

LA CONVENTION NATIONALE 2016-2021

ENTRE LES MÉDECINS LIBÉRAUX
ET L'ASSURANCE MALADIE

SYNTHÈSE



SOMMAIRE



CLIQUEZ POUR ACCÉDER DIRECTEMENT
 À L'INFORMATION RECHERCHÉE

PRÉAMBULE ET ÉTAT DES LIEUX 3

VALORISER L'ACTIVITÉ 6

A La rémunération à l'acte 7

- Les consultations de référence 8
- Les consultations coordonnées 9
- Les consultations complexes 12
- Les consultations très complexes 19

B La rémunération au forfait 24

C La ROSP (rémunération sur objectif de santé publique) 25

- ROSP 2016 : les nouveautés 26
- ROSP : mode d'emploi 27
- ROSP : suivi du dispositif 31

D Les tarifs des consultations 32

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS 33

A Lutter contre les déserts médicaux 33

- Installation ▶ mesure 1 :
 contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM) 33
- Médecins installés ▶ mesure 2 :
 contrat de stabilisation et de coordination
 pour les médecins (COSCOM) 35
- Activité partielle ▶ mesure 3 :
 contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM) 37
- Reprise d'activité ▶ mesure 4 :
 contrat de transition (COTRAM) 39

B La maîtrise des dépassements 41

- Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) 41
- Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie
 et obstétrique (OPTAM-CO) 44

C Garantir l'accès aux soins pour tous 46

- Garantir et valoriser la permanence
 des soins 46
- La dispense d'avance de frais 46
- Faciliter l'accès au médecin traitant 46

RENFORCER LA QUALITÉ DES SOINS 47

A La prévention 47

- Poursuite des programmes en cours 47
- Nouveaux programmes 48

B La coordination des soins 49

- Valorisation des actes de coordination 49
- Suivi des enfants de moins de 6 ans 50
- Outils d'aide à la coordination 52

C Moderniser le cabinet 53

- Le forfait Structure 53

MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES MÉDECINS ET L'ASSURANCE MALADIE 58

A La simplification de la facturation des actes 58

B Les téléservices 60

- Aide à l'activité libérale 60
- Simplification de la prise en charge des patients 60
- Dématérialisation des démarches d'installation 61
- Conseillers informatique service (CIS) 61

C L'accompagnement 62

- Numéro d'appel dédié non surtaxé 62
- Messagerie sécurisée 62
- Échanges avec les DAM (délégués de l'Assurance Maladie) 63

D La vie conventionnelle 63

- Exercice conventionné 63
- Installation en libéral 64
- Cessation d'activité libérale 64
- Cabinets de groupe 64
- Collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés 65
- Situation des médecins remplaçants 65
- Situation des adjoints et des assistants des médecins libéraux conventionnés 66
- Situation des médecins assurant une tenue de cabinet 66

E Les secteurs conventionnels 67

- Secteur à honoraires opposables 67
- Autres secteurs conventionnels 67

PRÉAMBULE ET ÉTAT DES LIEUX

BILAN DE LA CONVENTION 2011

Le système de santé français est porteur de valeurs qu'il faut préserver et dont les médecins libéraux sont les garants. La Convention 2011 a encouragé la modernisation des cabinets, mis en place la ROSP, développé la prévention et l'accès aux soins pour tous.

La nouvelle convention de 2016 poursuit l'objectif de faire progresser la santé avec les médecins selon **4 principes** :

- ▶ reconnaître l'expertise des médecins par une revalorisation de leurs rémunérations ;
- ▶ aider les médecins à renforcer l'accès aux soins pour tous ;
- ▶ favoriser la qualité des pratiques, la prévention, le dépistage, et conforter le rôle pivot du médecin traitant dans la coordination des soins ;
- ▶ simplifier les conditions d'exercice et les échanges avec l'Assurance Maladie, pour libérer du temps médical.


La nouvelle convention, négociée avec l'Uncam, les syndicats représentatifs des médecins libéraux et l'Unocam, répond ainsi à l'ambition d'une médecine

libérale de qualité davantage valorisée et mieux organisée avec un renforcement de la prise en charge en ambulatoire, au bénéfice des patients.

L'objectif principal des 5 prochaines années porte sur **l'accès à la santé partout et pour tous**.

La convention 2016, qui prend en compte l'évolution de l'exercice de la médecine libérale, s'articule autour de **6 axes** :

- ▶ revaloriser les rémunérations selon la complexité du suivi des patients ;
- ▶ permettre l'accès aux soins partout, pour tous, en réduisant les délais d'attente ;
- ▶ consolider la qualité de la pratique médicale par une ROSP renforcée et élargie ;
- ▶ améliorer la coordination des soins autour du patient ;
- ▶ poursuivre la maîtrise des dépassements d'honoraires ;
- ▶ simplifier les conditions d'exercice et d'échanges avec l'Assurance Maladie.

99 % 
DES MÉDECINS LIBÉRAUX
SONT CONVENTIONNÉS

114 963
médecins libéraux
relèvent la Convention, dont :

59 802
généralistes et
omnipraticiens à exercice
particulier (MEP)

55 161
spécialistes
de **second recours**

85 317
médecins libéraux
de **secteur 1**

29 646
médecins libéraux
de **secteur 2**

10 MESURES-CLÉS PERMETTRONT DE RÉPONDRE À CES ENJEUX

1 LA REVALORISATION DU TARIF DE LA CONSULTATION DE RÉFÉRENCE POUR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES



2 LA REVALORISATION DE LA CONSULTATION COORDONNÉE



3 LA CRÉATION DE NOUVEAUX TARIFS DE CONSULTATIONS POUR DES PRISES EN CHARGE PLUS COMPLEXES

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

4 L'INCITATION FINANCIÈRE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN VILLE SANS DÉLAI* pour les médecins qui adressent et reçoivent ces patients sous



5 UNE RÉMUNÉRATION AU FORFAIT SIMPLIFIÉE AVEC UN FORFAIT PATIENTÈLE UNIQUE pour les médecins traitants**



* 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.

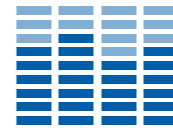
** Ce forfait est réservé aux médecins du secteur 1 et ceux engagés dans la maîtrise des dépassements (OPTAM).

10 MESURES-CLÉS PERMETTRONT DE RÉPONDRE À CES ENJEUX

- 6** DES MESURES RENFORCÉES POUR ENCOURAGER À UNE MEILLEURE RÉPARTITION DES MÉDECINS PARTOUT EN FRANCE

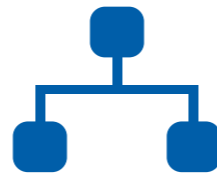


- 7** LA RÉNOVATION DU DISPOSITIF DE MAÎTRISE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES, – OPTAM ET OPTAM-CO – (ce dernier réservé aux chirurgiens et gynécologues obstétriciens) pour encourager tous les médecins exerçant en secteur 2 à stabiliser leurs dépassements et à accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables (sans dépassements)



- 8** UNE ROSP (RÉMUNÉRATION SUR OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE) RENFORCÉE ET ÉLARGIE sur les champs consacrés à la prévention (tabac, dépistage du cancer colorectal, iatrogénie, ...) et au suivi des pathologies chroniques (risque cardiovasculaire) et actualisée sur le volet efficacité (génériques, biosimilaires, biologie)

- 9** UN FORFAIT STRUCTURE ouvert à tous pour inciter à la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles au sein des cabinets médicaux



- 10** UN DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE*, notamment pour les personnes âgées en Ehpad et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque et des plaies chroniques



* sous réserve d'avenant à venir.



VALORISER L'ACTIVITÉ

Les modes de rémunération des médecins évoluent et se diversifient avec trois modes de rémunération combinés :

- › **la rémunération à l'acte**, socle de la rémunération des médecins libéraux ;
- › **la rémunération forfaitaire**, qui permet de rémunérer certaines activités, notamment le suivi au long cours des patients (au-delà des actes ponctuels réalisés), ou de nouveaux services pour une meilleure prise en charge coordonnée des patients ;
- › **la ROSP (rémunération sur objectif de santé publique)**, qui a fait progresser les pratiques vers les objectifs de santé définis. La Convention conforte ce dispositif en améliorant sa réactivité et en faisant évoluer les indicateurs conformément aux recommandations médicales. La ROSP s'actualise, s'étend et se renforce autour des 3 grands volets instaurés en 2011 : suivi des pathologies chroniques – prévention – efficacité. Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de cette rémunération complémentaire doivent le notifier à leur caisse primaire, par écrit avec accusé de réception (courrier, courriel...), dans les trois mois qui suivent la publication au Journal officiel de la Convention – soit jusqu'au 23 janvier 2017 – ou leur installation (médecins nouvellement installés). Par ce refus, le médecin renonce à la totalité de la rémunération sur objectifs de santé publique pour toute la durée de la Convention.



A • LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE

La Convention 2016 valorise la pratique libérale et prend en compte différents paramètres pour respecter l'équité tarifaire entre les différentes spécialités médicales et situations cliniques.

Dans ce but, les partenaires de la Convention conviennent de :

- › mieux identifier les situations cliniques et leurs implications en termes de prise en charge et de parcours de soins des patients ;
- › favoriser l'intervention ambulatoire coordonnée des médecins de premier et second recours autour des patients qui le nécessitent, notamment lorsqu'une prise en charge rapide en ville permet d'éviter l'hospitalisation ;
- › mettre en place des consultations différenciées en fonction de leur niveau de complexité ou de leur enjeu en termes de santé publique.

Concrètement, les consultations sont regroupées en quatre grands ensembles correspondant à des situations cliniques ou des modalités de prise en charge de complexité croissante.

› CONSULTATION DE RÉFÉRENCE

› CONSULTATION COMPLEXE

› CONSULTATION COORDONNÉE

› CONSULTATION TRÈS COMPLEXE



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Les consultations

Les consultations de référence

Ces consultations correspondent aux situations les plus courantes du quotidien du praticien libéral. Elles recouvrent notamment ⁽¹⁾ :

- ▶ le suivi de pathologies chroniques stables,
- ▶ la prise en charge de pathologies aiguës ne présentant pas de critère de sévérité,
- ▶ les recours non liés au traitement d'une affection évolutive...

Elles correspondent également aux niveaux CCMU 1 et 2 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS.



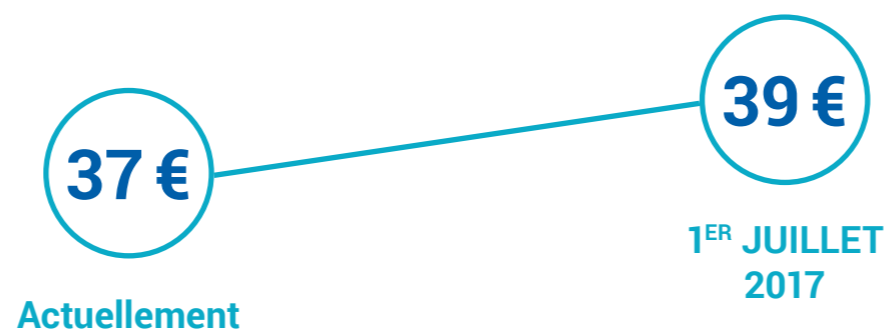
NOUVEAUTÉ

La MMG (majoration pour les médecins généralistes), d'un montant de 2 €, sera applicable dès le 1^{er} mai 2017*.

Elle permettra au médecin généraliste ou au médecin à expertise particulière (MEP) de bénéficier d'une valeur de consultation équivalente à celle des autres spécialistes, c'est-à-dire ceux qui peuvent facturer la majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS (MPC) définie à l'article 2 bis de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

* Majoration 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 1^{er} avril 2018, dès lors que la consultation est réalisée à tarif opposable.

La consultation des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (CNPSY)



(1) Article L.162-1-7 du code de la Sécurité sociale.



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Les consultations coordonnées

Les tarifs de ces consultations, qui s'inscrivent dans le cadre du parcours de soins établi entre le médecin traitant et le médecin correspondant, hors situation complexe, ont été revalorisés.

Consultations coordonnées et de suivi par le médecin correspondant dans le cadre du parcours de soins, avec retour d'information vers le médecin traitant

+ 2 €


les majorations MCS et MCG

passent de **3 € à 5 €**,
dès le **1^{er} juillet 2017*** 

Consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans par les médecins généralistes et les pédiatres


+ 5 €

majoration unique MEG (majoration enfant pour les médecins généralistes)

quel que soit le secteur d'exercice du médecin, permettant de rémunérer les consultations réalisées pour ces enfants à hauteur de **30 €** au **1^{er} mai 2017** 


+ 5 €

majoration spécifique pour les pédiatres NFP (nouveau forfait pédiatrique),

pour les consultations des nourrissons de 0 à 2 ans, quel que soit le secteur d'exercice du médecin au **1^{er} mai 2017** 


+ 5 €

majoration spécifique pour les pédiatres NFE (nouveau forfait enfant), pour les consultations par les pédiatres exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée pour les consultations

des enfants de 2 à 6 ans et des enfants de 6 à 16 ans qui ne sont pas adressés par le médecin traitant, au **1^{er} mai 2017**** 

+ 4 €

majoration spécifique pour les pédiatres MEP (majoration enfant pour le médecin pédiatre), pour les consultations par les pédiatres conventionnés en secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, des enfants

de 0 à 6 ans au **1^{er} mai 2017**** 

Cette majoration pourra se cumuler aux majorations NFP et NFE

Ces nouvelles cotations ne sont pas cumulables avec la MCS et la MPC

* Majoration 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 1^{er} avril 2018, dès lors que la consultation est réalisée à tarif opposable.

** Majoration applicable quel que soit le secteur d'exercice à partir du 1^{er} avril 2018, dès lors que la consultation est réalisée à tarif opposable.



Revalorisation des consultations des enfants

Intitulé	Pédiatre		Médecin généraliste	
	Nouvelles cotations	Cotations actuelles	Nouvelles cotations	Cotations actuelles
0 - 2 ans	32 € CS + NFP + MEP* (28 € sect. 2 non OPTAM)	31 € CS + FPE + MNP* (28 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MEG (28 € sect. 2 non OPTAM)	28 € C + MNO
2 - 6 ans	32 € CS + NFE* + MEP* (23 € sect. 2 non OPTAM)	31 € CS + MPE* + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MEG (28 € sect. 2 non OPTAM)	26 € C + MGE
6 - 16 ans non adressés par MT	28 € CS + NFE* (23 € sect. 2 non OPTAM)	28 € CS + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	25 € C + MMG* (23 € sect. 2 non OPTAM)	23 € C
6 - 16 ans adressés par MT	30 € CS + MPC* + MCS* (23 € sect. 2 non OPTAM)	28 € CS + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MCG* (23 € sect. 2 non OPTAM)	23 € C
3 Examens obligatoires nourrisson	46 € COE	38 € CS + MBB + FPE + MNP	46 € COE	33 € C + FPE + MNO
Entre la sortie de maternité et le 28^e jour	46 € CSM	38 € CS + FPE + MNP* + MBB	30 € C + MMG* + MEG	28 € C + MNO


* Majoration ouverte au secteur 1 et au secteur 2 adhérent OPTAM ou CAS, ou consultations des enfants relevant de l'ACS ou de la CMUC et réalisées à tarif opposables.



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Consultations correspondant au niveau CCMU 3 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS.


30 €

tarif au 1^{er} janvier 2018 
dans le cadre d'une consultation dénommée U03




Consultations réalisées par un médecin correspondant pour un patient adressé par son médecin traitant pour une prise en charge dans les 48 heures

+ 15 €

 **avec la majoration MCU**
dès le 1^{er} janvier 2018
(à l'exclusion des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues qui relèvent d'une majoration spécifique)

La MCU n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

+ 5 €

 **avec la majoration MUT**
dès le 1^{er} janvier 2018 pour le médecin traitant qui adresse son patient à un médecin correspondant, lequel s'engage à prendre en charge le patient dans un délai de 48h

La MUT n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

Consultations réalisées en urgence par le médecin traitant en réponse à une demande du centre de régulation des appels dans le cadre de l'aide médicale urgente (centre 15 ou 116 117)

+ 15 €

avec la MRT (majoration médecin traitant régulation),

dès le 1^{er} janvier 2018 

La MRT n'est pas cumulable avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoires et ne peut être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

Les consultations complexes

Ces consultations correspondent à la prise en charge, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable ainsi que les situations cliniques à fort enjeu de santé publique (dépistage, prévention...).

Ainsi ont été créées des consultations spécifiques valorisées :

Consultations à fort enjeu de santé publique réalisée à tarif opposable

Application à compter du 1^{er} novembre 2017

› Consultation de contraception et prévention

première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles pour les jeunes filles de 15 à 18 ans

Consultation ne pouvant être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

46 €

remboursable à 100 %
 par l'Assurance Maladie



› Consultation suivi de l'obésité

pour le suivi et la coordination des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité

Consultation ne pouvant être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

46 €

facturée au maximum
 deux fois par an



› Consultation obligatoire de l'enfant

: pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat (8^e jour, entre le 9^e et le 10^e mois, entre le 24^e et le 25^e mois)

Consultation ne pouvant être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

46 €



› Consultation de sortie de maternité

pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique, par un pédiatre, entre le jour de sortie de la maternité et le 28^e jour de vie

Consultation ne pouvant être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables

46 €





Consultations, dans le cadre de parcours de soins, de patients présentant une pathologie complexe ou instable

› Consultation spécifique pour une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...)

Pour ces consultations, les acteurs de la Convention proposent la création de consultations et majorations spécifiques

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Majoration limitée à 4 consultations par grossesse



› Consultation spécifique coordonnée pour des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires, réalisée par le neurologue ou le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR)

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Majoration limitée à 4 consultations par an



› Première consultation spécifique pour un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide) réalisée par un endocrinologue ou, pour l'anorexie mentale, par un pédiatre

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



› Consultation spécifique coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC, réalisée par le neurologue ou le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR)

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Majoration limitée à 4 consultations par an



Majoration applicable par le pédiatre ayant des compétences en neuropédiatrie pour la consultation spécifique de prise en charge coordonnée d'un patient cérébro-lésé ou traumatisé médullaire



- › **Première consultation spécifique pour scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent**, par le rhumatologue, le médecin de médecine physique et réadaptation (MPR) ou le chirurgien

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

- › **Consultation spécifique pour un asthme déstabilisé**, par un pneumologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Majoration applicable une fois par an ou en cas de décompensation



Majoration applicable par le pédiatre ayant des compétences en pneumopédiatrie pour la consultation de prise en charge d'un asthme déstabilisé

- › **Consultation spécifique pour un patient atteint de sclérose en plaques, de maladie de Parkinson ou d'épilepsie instable**, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée

Majoration applicable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu



Majoration applicable par le pédiatre ayant des compétences en neuropédiatrie pour la consultation de prise en charge d'une épilepsie instable

- › **Consultation spécifique pour une polyarthrite rhumatoïde évolutive**, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un rhumatologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Majoration applicable une fois par an ou en cas d'aggravation ou d'épisode aigu





VALORISER
L'ACTIVITÉ

Création de 2 nouvelles majorations pour des consultations spécifiques :

- › **Consultation annuelle pour le suivi de second recours** réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours, par un pédiatre

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017

Majoration ne pouvant être facturée qu'en cas de respect des tarifs opposables



- › **Première consultation d'un couple dans le cadre de la stérilité**, réalisée par un gynécologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017



Consultations correspondant au niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS

46 €

consultation U45 des interventions de niveau CCMU 4 et 5 réalisées par un médecin urgentiste exerçant dans un service d'urgence privé autorisé par l'ARS, à partir du 1^{er} janvier 2018





VALORISER
L'ACTIVITÉ

Revalorisation ou création de majorations pour certaines consultations complexes

- › **Consultation pour la prescription de certains types d'appareillage de première mise**, réalisée par le médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation (MPR)

majoration MTA passant de
+ 20 € à + 23 €



- › **Consultation en présence de la famille, d'un tiers social ou médico-social**, par le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave

majoration MPF passant de
+ 10 € à + 20 €



- › **Consultation annuelle de synthèse familiale** par le psychiatre et pédopsychiatre pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave relevant d'une ALD

majoration MAF passant de
+ 10 € à + 20 €



- › **Consultation pour diabète compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant ou première consultation** pour endocrinopathie complexe réalisée par l'endocrinologue ou le médecin spécialiste en médecine interne disposant d'une compétence en diabétologie

majoration MCE passant de
+ 10 € à + 16 €



- › **Consultation** spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires

consultation CSC passant de
45,73 € à 47,73 €
à partir du 1^{er} juillet 2017





Création de 4 nouvelles majorations pour des consultations complexes

- › **Première consultation spécifique pour une tuberculose,** réalisée par un pneumologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017



- › **Consultation spécifique d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave** (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand prématuré), par un ophtalmologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017



- › **Première consultation spécifique pour une thrombophilie grave héréditaire,** par un médecin vasculaire, un gynécologue ou gynécologue obstétricien, ou un cardiologue, dans le cadre du suivi de la grossesse

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017



- › **Première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire** par un pneumologue

majoration de **16 €**

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, à partir du 1^{er} novembre 2017





VALORISER
L'ACTIVITÉ

Valorisation de l'avis ponctuel de consultant

► Si effectué par le médecin spécialiste à la demande explicite du médecin traitant

Pour l'avis de consultant réalisé par un médecin spécialiste (hors psychiatre, neuropsychiatre, neurologue ou par un professeur des universités-praticien hospitalier), les tarifs seront :



Pour l'avis de consultant réalisé par un psychiatre, neuropsychiatre ou un neurologue, les tarifs seront :



Pour l'avis de consultant réalisé par un professeur des universités-praticien hospitalier, le tarif reste à :





Les consultations très complexes

Certains cas et situations cliniques nécessitent des prises en charge très complexes. Des consultations spécifiques ont été créées.

Application à compter du 1^{er} novembre 2017

Consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les cas de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique, par un rhumatologue, un dermatologue ou par un médecin spécialiste en médecine interne

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation initiale d'information et d'organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha), réalisée par le rhumatologue ou le médecin de médecine interne en cas de polyarthrite rhumatoïde active, de spondylarthrite ankylosante, de rhumatisme psoriasique, et réalisée par le gastro-entérologue en cas de maladie de Crohn ou de rectocolite hémorragique

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée





VALORISER
L'ACTIVITÉ

Consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale,
réalisée par le néphrologue

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, **en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anténatal**

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, **en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale**

majoration de 30 €

réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée



Consultation de suivi par un pédiatre conventionné **de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neurosensoriel sévère nécessitant un suivi régulier**

60 €

facturée 1 fois par trimestre et réalisée à tarif opposable



Consultation de suivi par un pédiatre conventionné **des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave**

60 €

facturée 2 fois par an et réalisée à tarif opposable



Consultation de visite longue pour des patients atteints de pathologie neurodégénérative

60 €

consultation VL (visite longue), facturée 3 fois par an maximum





VALORISER
L'ACTIVITÉ

Le suivi des personnes âgées

Les consultations ou visites aux patients âgés de 80 ans et plus continuent de bénéficier d'une majoration versée trimestriellement au médecin qui n'est pas le médecin traitant et au médecin généraliste en l'absence du médecin traitant

+ 5 €

avec la majoration MPA (majoration personnes âgées), réservée aux médecins conventionnés de secteur à honoraires opposables et de secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Cette majoration bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant



Pour les patients suivis par leur médecin traitant, cette majoration reste en vigueur pour 2017 et sera ensuite supprimée pour être intégrée dans le forfait patientèle à partir de janvier 2018

Les actes de télémédecine

Le développement de la télémédecine est un levier important pour favoriser l'accès aux soins pour tous, aussi celle-ci sera-t-elle encouragée dans plusieurs cas :

- › **changement de médecin traitant lors de l'entrée d'un patient en Ehpad (acte de téléexpertise) ;**
- › **téléconsultation en urgence par les médecins généralistes pour des patients résidant en Ehpad ;**
- › **téléconsultation ou téléexpertise pour les patients présentant des plaies chroniques dès que l'évolution d'une plaie chronique et complexe le justifie ;**
- › **téléconsultation ou téléexpertise pour les patients atteints d'insuffisance cardiaque en cas d'évolution de leur état de santé, notamment lors de modifications/adaptations thérapeutiques.**

**VALORISATION
DES ACTES DE TÉLÉMÉDECINE,**



**par un avenant à la Convention
à conclure au plus tard**

**31
décembre
2016**



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Les actes techniques

Certaines spécialités et interventions nécessitent des plateaux techniques lourds : chirurgie, anesthésie-réanimation, gynécologie-obstétrique.

Afin de valoriser ces activités techniques, **4 leviers** ont été identifiés :

Mise en œuvre d'une nouvelle dynamique de la CCAM (classification commune actes médicaux)

1^{ère} étape d'actualisation en 2017



Les priorités de valorisation des actes de la CCAM seront définies selon :

- ▶ les pratiques médicales, dont celles à fort impact économique et de santé publique ;
- ▶ les innovations thérapeutiques et organisationnelles.

Évolution de la liste des actes ouvrant droit aux modificateurs J et K (coefficient multiplicateur du tarif) pour les chirurgiens ou les gynécologues-obstétriciens exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou adhérant à l'option définie dans l'article 49 et suivants (OPTAM et OPTAM-CO) ou quand ils sont facturés aux patients bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS ou pris en charge en urgence



valeur du modificateur K
portée de

11,5%

20%

pour les médecins de secteur 1 ou ayant
adhéré à l'OPTAM-CO à partir du 15 juin 2017



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Valorisation des actes d'anesthésie lourde avec la majoration pour présence permanente du médecin anesthésiste durant toute l'intervention (modificateur 7)

majoration pour présence permanente portée à **6 %** à partir du **15 juin 2017**

Revalorisation significative des modificateurs d'urgence pour les actes réalisés la nuit et le dimanche, et création d'une majoration revalorisant les actes réalisés le jour en urgence vitale ou en urgence d'organe par les chirurgiens, anesthésistes ou gynécologues-obstétriciens

80 €



pour les actes réalisés en nuit profonde

50 €



pour les actes réalisés entre 20h et minuit

40 €



pour les actes réalisés les dimanches et jours fériés

+ 80 €



majoration pour les actes chirurgicaux en urgence vitale et urgence d'organes réalisés dans un délai maximum de 6h après l'admission du patient

Ces valorisations prendront effet le **1^{er} janvier 2018**

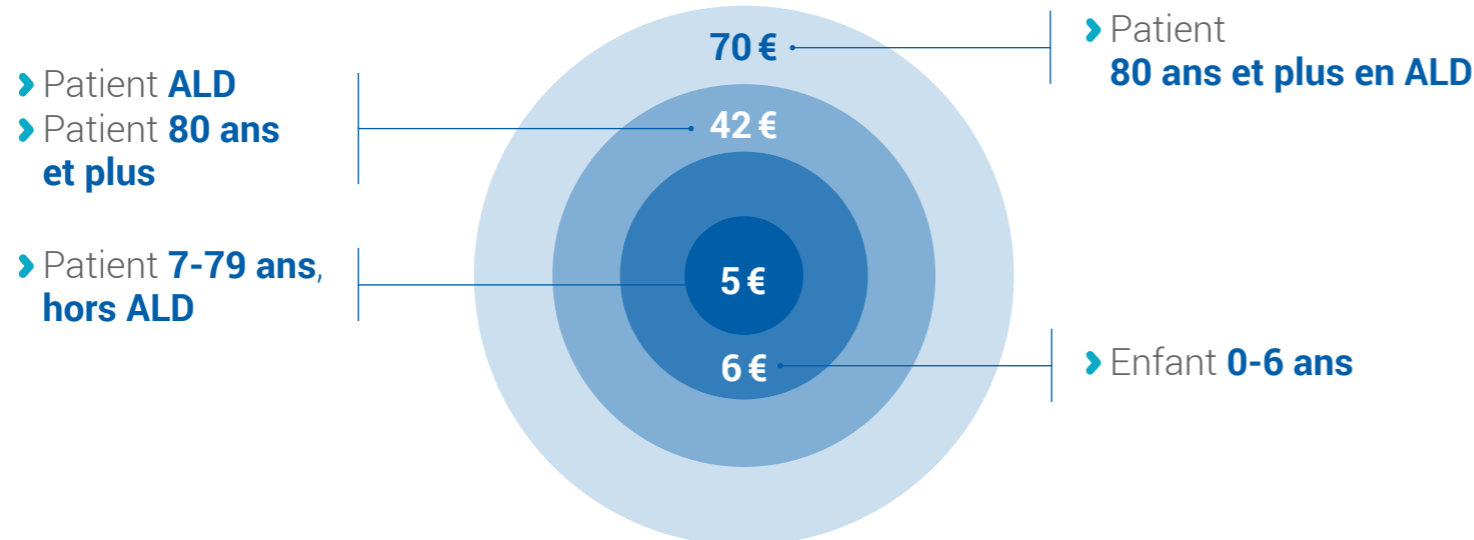
B • LA RÉMUNÉRATION AU FORFAIT

La Convention 2016 a instauré un forfait patientèle unique qui se substitue aux différents forfaits actuels (MPA, FMT, RMT, RST) à partir de 2018. Il est indexé sur la patientèle du médecin traitant et calculé selon ses caractéristiques : âge, pathologies et précarité.

Son montant moyen estimé est de 14 640 € par médecin ⁽¹⁾.

Ce forfait patientèle fonctionne sur le principe d'une valorisation forfaitaire qui intègre la complexité de la prise en charge de la patientèle. Il est calculé chaque année au 31 décembre, pour tous les patients ayant déclaré le praticien comme médecin traitant, pour l'ensemble des régimes obligatoires en utilisant les pondérations suivantes :

Valorisation



Ce forfait sera versé trimestriellement à partir de 2018.

MAJORATION DES PATIENTS EN CMU-C

Quand un médecin a un pourcentage de patients médecin traitant bénéficiaires de la CMU-C supérieur à la moyenne nationale

(aujourd'hui à 7 %), la majoration 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 %.

Exemple : un médecin, dont 15 % de la patientèle médecin traitant est bénéficiaire de la CMU-C, voit son forfait patientèle augmenté de 4 %.



Calcul du taux de majoration

$$\frac{15 - 7}{2} = 4$$

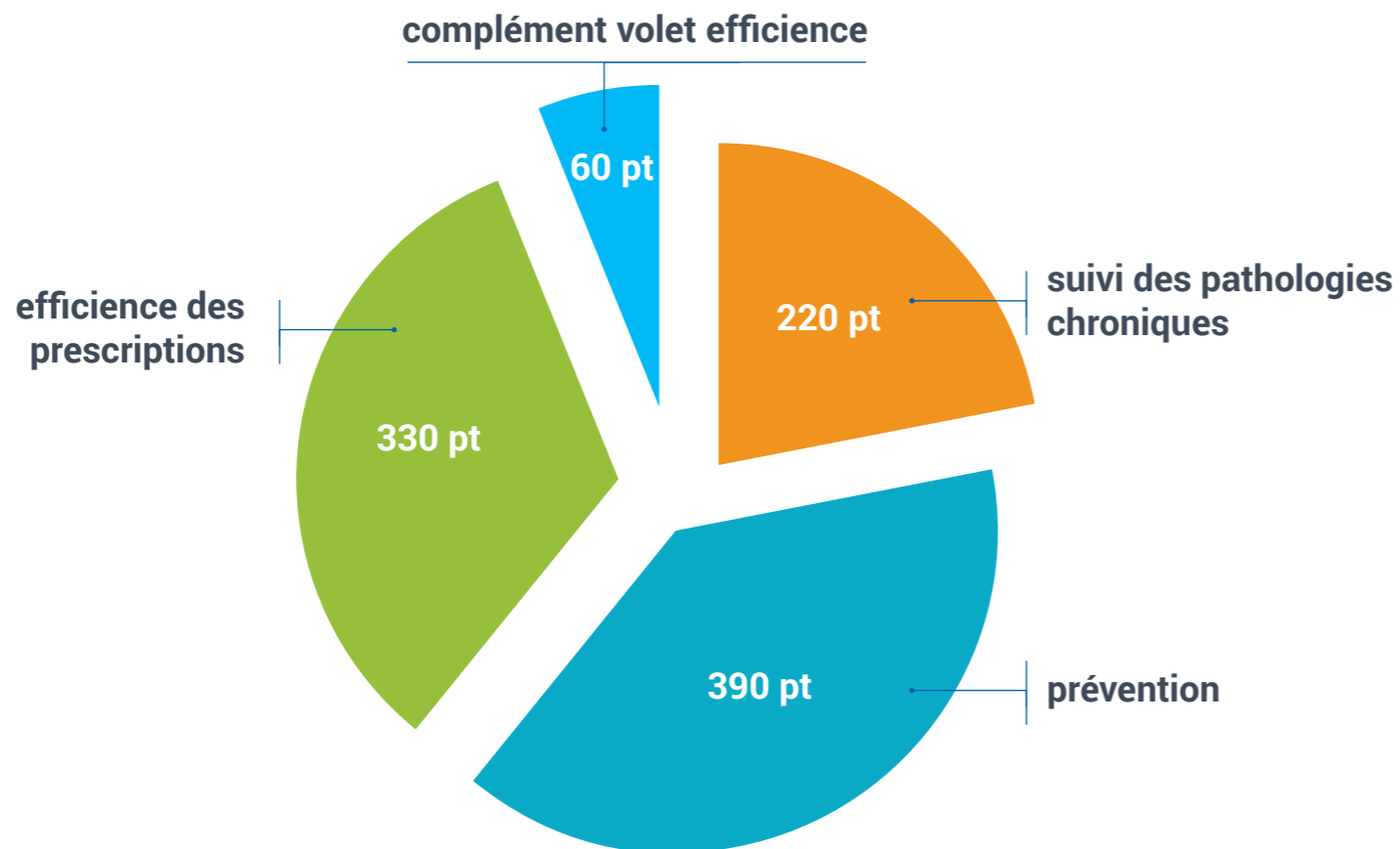
(taux chez le médecin) (taux moyenne nationale) (taux de majoration)

(1) Source : dossier presse Cnamts – août 2016.

C • LA ROSP

La ROSP (rémunération sur objectif de santé publique), qui complète le paiement à l'acte du médecin libéral, est un dispositif qui repose sur le suivi d'indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale. Elle est évaluée en fonction d'un nombre de points, porté à 940 par la Convention 2016 et qui à terme atteindra 1 000 points.

ROSP : Répartition des points



ROSP : DÉTAIL DES 1 000 POINTS

- **220 points** : suivi des pathologies chroniques
- **390 points** : prévention
- **330 points** : efficacité des prescriptions
- + **60 points** : complément max. du volet efficacité (transports, biologie, imagerie, reprise d'activité professionnelle...)



ROSP 2016 : les nouveautés



NOUVEAUTÉS

Nouveaux indicateurs

La Convention 2016 intègre de nouveaux indicateurs, portant leur nombre à 29 et comprenant notamment :

- › le suivi des patients diabétiques (recherche de micro-albuminurie, examen clinique des pieds...);
- › la prévention des risques cardiovasculaires ;
- › le dépistage du cancer colorectal ;
- › la prévention des conduites addictives (tabac, alcool) ;
- › la lutte contre l'antibiorésistance ou la iatrogénie médicamenteuse.

Les médecins concernés par la ROSP

La ROSP concerne les médecins traitants (940 puis 1000 points), les médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires (340 points) et les médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie (300 points).

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, des indicateurs propres à la prise en charge des enfants seront introduits. Ils porteront sur les thèmes suivants : vaccination, repérage et prise en charge de l'obésité, lutte contre l'antibiorésistance et prise en charge de l'asthme. Ces indicateurs spécifiques du suivi de l'enfant feront l'objet d'un avenant conventionnel, au plus tard le 31 décembre 2016.

La ROSP sera également étendue aux médecins endocrinologues, (avenant à conclure d'ici le 31 décembre 2016).



ROSP : mode d'emploi

- › **Principe 1** - Chaque indicateur est indépendant des autres.
- › **Principe 2** - Le nombre de points par indicateur correspond à la réalisation de **100 %** de l'objectif cible.
- › **Principe 3** - Le nombre de points attribués au médecin est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients pour un médecin traitant ou un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires et pour une patientèle moyenne de 1 100 patients pour un spécialiste en gastro-entérologie et hépatologie (comptabilisé au 31 décembre de chaque année). Une pondération en fonction du volume de la patientèle réelle est ensuite appliquée.
- › **Principe 4** - La valeur du point est de **7 €**.



CALCUL DU NOMBRE DE POINTS PAR INDICATEUR pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients*

→ **100 %** du taux de réalisation annuel donne le nombre de points maximum de l'indicateur.

→ **Le nombre de points par indicateur** se calcule au prorata du taux de réalisation annuel.

Exemple : pour un indicateur valorisé de 20 points au maximum (ex. : part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière), un taux de réalisation de 50 % donnera droit à **20 x 50 % = 10 points (soit 10 x 7 € = 70 €)**

**Un médecin qui obtient un total de 900 points pour l'ensemble de ses indicateurs
percevra une ROSP de 6 300 €** pour une patientèle moyenne**

* Référence pour un MT ou un MS en cardiologie et maladies vasculaires (pour un MS en gastro-entérologie et hépatologie, la patientèle moyenne de référence est de 1 100 patients).

** Si sa patientèle est égale à la patientèle de référence de 800 patients.



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Suivi des pathologies chroniques

Nouveaux indicateurs Indicateurs modifiés Indicateurs 2011 non modifiés

Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
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 ayant bénéficié 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 d'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 cardiovasculaire 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
TOTAL			220



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Prévention

Nouveaux indicateurs Indicateurs modifiés Indicateurs 2011 non modifiés

Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
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, hyper-réactivité 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 du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des 2 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 anxiolytique et dont la durée de traitement est > 12 semaines	≤ 7 %	35
ANTI-BIOTHÉRAPIE	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 ^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			390



VALORISER
L'ACTIVITÉ

Efficiences

Nouveaux indicateurs Indicateurs modifiés Indicateurs 2011 non modifiés

Sous-thème	Indicateur	Objectif cible	Nombre de points
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 prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 94 %	30
	Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	≥ 86 %	30
	Indice global de prescription dans le reste du répertoire	À déterminer	10
PRESCRIPTION DE BIOSIMILAIRES	Prescriptions de biosimilaires (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 anti-agrégants 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			330



ROSP : suivi du dispositif

Les instances conventionnelles (CPN, CPR, CPL) assurent le suivi du dispositif ROSP.

Dès l'entrée en vigueur du dispositif, chaque médecin pourra :

- ▶ recevoir trimestriellement les données nécessaires au suivi de ses indicateurs ;
- ▶ solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse.



BON
À SAVOIR



Clause de sauvegarde ROSP la première année de la Convention

Si le montant global de la rémunération versée au titre de la ROSP 2017 est inférieur de plus de 10 % au montant versé au titre de l'année 2016, le différentiel donne lieu à un **versement complémentaire** aux médecins sous forme de majoration de leur rémunération versée au titre des objectifs de santé publique de 2017.

D • LES TARIFS DES CONSULTATIONS

La plupart de ces tarifs concernent les médecins de secteur 1 et ceux engagés à maîtriser leurs dépassements.

Tous les tarifs concernent les consultations effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés.

Le prix des consultations	Exemples	Tarifs et calendrier	Ancien tarif
CONSULTATION DE RÉFÉRENCE	Prise en charge courante par le médecin généraliste : épisode infectieux aigu (bronchite, gastroentérite...) consultation avec suivi des vaccinations...	25 € 1 ^{er} mai 2017 C ou CS + MMG	23 € C ou CS
CONSULTATION COORDONNÉE	Prise en charge par un médecin correspondant d'un patient adressé par son médecin traitant. Ex. : prise en charge par un dermatologue d'un patient présentant un psoriasis sévère ; consultation auprès d'un rhumatologue pour la prise en charge coordonnée d'un rhumatisme inflammatoire chronique...	30 € 1 ^{er} juillet 2017 CS + MPC + MCS	28 € CS + MPC + MCS
CONSULTATION COMPLEXE Prise en charge de pathologie complexe instable ou avec un fort enjeu de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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^e jour, du 9^e mois ou du 24^e mois ▶ Première consultation pour tuberculose, prise en charge d'une pathologie oculaire grave, fibrose pulmonaire 	C ou CS + maj. 16 € ou 46 € pour consultation spécifique 1 ^{er} novembre 2017	 Certains de ces actes existaient déjà (ex. : examens obligatoires du nourrisson)
CONSULTATION TRÈS COMPLEXE dont la visite longue à domicile	<ul style="list-style-type: none"> ▶ 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 dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale 	C ou CS + maj. 30 € 1 ^{er} novembre 2017	
AVIS DE CONSULTANT	Avis médical ponctuel du spécialiste correspondant sur demande du médecin traitant	48 € pour spécialiste (hors psychiatre ou neurologue), au 1 ^{er} octobre 2017 50 € , au 1 ^{er} juin 2018	46 €

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS

UN TRIPLE OBJECTIF : LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX, MAÎTRISER LES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES ET GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS

Aujourd'hui, tous les patients n'ont pas un égal accès aux soins médicaux.

Trois raisons principales ont été identifiées : **des zones sous-dotées en termes d'offre médicale et donc une charge de travail très importante qui pèse sur les rares médecins installés dans ces territoires, un accès aux soins difficile pour certains patients pour des raisons socio-économiques et une coordination des soins complexes.**

La Convention prévoit des dispositifs pour poursuivre ce triple objectif.

A • LUTTER CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Installation → mesure 1 : contrat d'aide à l'installation des médecins (CAIM)

Ce contrat apporte une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité (locaux, équipements, charges diverses...).

Conditions d'adhésion du médecin

1. S'installer dans une zone identifiée par l'ARS comme « fragile » ;
3. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou dans le secteur à honoraires différents et ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée (secteur 2 avec adhésion au CAS et à partir de 2017 à l'OPTAM ou à l'OPTAM-CO) ;
3. Exercer au sein d'un cabinet de groupe ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou une équipe de soins primaires (ESP).



ATTENTION



- › Le **contrat d'installation** n'est **pas cumulable** avec le **contrat de transition (COTRAM)** ;
- › Le **contrat d'installation** n'est **pas cumulable** avec le **contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)** ;
- › **Adhésion possible au COSCOM ou au COTRAM à l'issue d'un CAIM (sous réserve de conditions d'éligibilité)** ;
- › **Le contrat d'installation** n'est accordé qu'une seule fois.

Dérogation possible au niveau régional (ARS) :

- ▶ possibilité d'adhérer, même si au moment de l'installation le médecin n'exerce pas encore en groupe ou de manière coordonnée dans le cadre d'une CPTS ou EPS. Dans ce cas, le médecin dispose d'un délai de 2 ans suivant la signature du contrat pour remplir cette condition ;
- ▶ cette dérogation s'applique au maximum à 20 % des médecins éligibles de la région.

Nature de l'aide

Aide forfaitaire

à l'installation de **50 000 €**  
pour une activité de 4 jours par semaine (43 750 € pour 3 jours et demi, 37 500 € pour 3 jours et 31 250 € pour 2 jours)

En cas de majoration ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) :
Aide forfaitaire à l'installation jusqu'à **60 000 €** pour une activité de quatre jours par semaine (jusqu'à 52 500 € pour 3 jours et demi, jusqu'à 45 000 € pour 3 jours et jusqu'à 37 500 € pour 2 jours)

Majoration de **2 500 €** si une partie de l'activité libérale ⁽¹⁾ est exercée au sein d'un hôpital de proximité. Cette majoration fait l'objet de deux versements : 50 % à la signature du contrat, 50 % un an plus tard

+ 2 500 €



L'aide est versée en deux fois : **50 %** à la signature du contrat, **50 %** un an plus tard

Engagements du médecin

- ▶ S'installer dans la zone et y exercer en libéral pendant une durée de 5 ans ;
- ▶ Exercer une activité libérale dans la zone au minimum égale à 2,5 jours par semaine ;
- ▶ Participer au dispositif de permanence des soins (*sauf dérogation accordée par le CDOM*) ;
- ▶ Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité ⁽²⁾ dans les conditions de l'article L.6146-2 CSP (facultatif).



ATTENTION

- ▶ **Résiliation anticipée : récupération des sommes versées** au titre de l'aide à l'installation et de la majoration éventuelle, par l'Assurance Maladie, **au prorata de la durée restant à courir.**

Durée du contrat

- ▶ Contrat de 5 ans non renouvelable.

(1) Dans les conditions prévues à l'article L.6146-2 du code de santé publique.

(2) Article L.6111-3-1 du code de santé publique.

Médecins installés → mesure 2 : contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)

Ce contrat encourage les médecins qui s'impliquent dans :

- ▶ des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné ;
- ▶ la formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires ;
- ▶ la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.

Conditions d'adhésion du médecin

1. Être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou 2 ;
3. Exercer :
 - ▶ en groupe (médical ou pluriprofessionnel),
 - ▶ ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (EPS) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS.



ATTENTION

- ▶ Le **contrat de stabilisation et de coordination** n'est **pas cumulable** avec le **contrat d'installation (CAIM)** ;
- ▶ Le **contrat de stabilisation et de coordination** n'est **pas cumulable** avec le **contrat transition (COTRAM)** ;
- ▶ Le contrat de stabilisation et de coordination n'est **pas cumulable** avec l'**option démographie (Convention 2011)**.



Nature de l'aide

Rémunération forfaitaire de
5 000 € par an



Majoration annuelle de 1 250 €
si une partie de l'activité libérale a
été effectuée au sein d'un hôpital
de proximité

+ 1 250 €



**Rémunération complémentaire
de 300 € par mois** pour l'accueil
d'un stagiaire à temps plein
(stagiaires internes de niveau 1
et externes) : rémunération
proratisée si le stagiaire est
accueilli à temps partiel



Pour les médecins exerçant
en secteur à honoraires
différents (secteur 2), l'aide est
proratisée sur la base du taux
d'activité réalisé aux tarifs
opposables par le médecin

Dérogation pouvant être accordée au niveau régional (ARS) :

- ▶ possibilité d'intégrer dans le contrat type régional la réalisation de stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS) pour les internes, ceci après appréciation des éventuelles aides financières existant sur son territoire et visant à favoriser cette activité de maître de stage.

En cas de majoration par l'ARS

- ▶ Rémunération forfaitaire jusqu'à **6 000 € par an** ;
- ▶ **Majoration annuelle jusqu'à 1 500 €** si une partie de l'activité libérale a été effectuée au sein d'un hôpital de proximité ;
- ▶ **Rémunération complémentaire maximale de 360 € par mois** pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein (rémunération proratisée si le stagiaire est accueilli à temps partiel) ;
- ▶ Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents, l'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisé aux tarifs opposables par le médecin.

Engagements du médecin

- › Être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
- › Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou 2) dans la zone ;
- › Exercer en groupe ou en CPTS ou en EPS ;
- › Réaliser une partie de l'activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (article L.6111-3-1 CSP) dans les conditions de l'article L.6146-2 CSP (facultatif) ;
- › Exercer les fonctions de maître de stage universitaire⁽¹⁾ et accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale (facultatif).



ATTENTION

› **Résiliation anticipée : sommes dues pour l'année en cours** calculées, **au prorata de la durée effective de l'année.**

Durée du contrat

- › Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Activité partielle → mesure 3 : contrat de solidarité territoriale médecin (CSTM)

Ce contrat favorise l'exercice ponctuel de médecins dans les zones identifiées comme « fragiles » par les ARS (*tout type de vacation en zone « fragile » autorisée par le conseil départemental de l'Ordre – contrats éventuels avec un confrère ou une collectivité territoriale, ...*). Ceci afin de répondre aux besoins en offre de soins des patients.

Conditions d'adhésion du médecin

1. Ne pas être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée en secteur 1 ou 2 ;
3. S'engageant à exercer en libéral au minimum dix jours par an, en zone « fragile ».

(1) R.6153-47, alinéa 3 CPS.

Nature de l'aide

Aide annuelle de **10 %** des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin réalisée en zones « fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), **dans la limite de 20 000 € par an**, calculée par année civile



En cas de majoration par l'ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) : aide à l'activité de **12 % maximum** des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique réalisée en zones « fragiles » (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), **dans la limite de 24 000 € au maximum par an**



Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents (secteur 2), l'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée aux tarifs opposables par le médecin

Prise en charge des frais de déplacement engagés par le médecin sur ces zones



Engagements du médecin

- › Exercer au minimum dix jours par an, en zones « fragiles » (intervention dans plusieurs zones « fragiles » possibles), après accord du conseil de l'Ordre des médecins quant au lieu d'exercice ;
- › Facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant (numéro AM) attribué spécifiquement à cette activité.



ATTENTION

- › **Résiliation anticipée : sommes dues pour l'année en cours** calculées, **au prorata de la durée effective de l'année.**

Durée du contrat

- › Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

Transmission d'activité → mesure 4 : contrat de transition (COTRAM)

Ce contrat a pour objet de soutenir les médecins qui exercent dans les zones « fragiles » et préparent leur cessation d'activité en accueillant et accompagnant un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Conditions d'adhésion du médecin

1. Être installé dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » ;
2. Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou secteur 2) ;
3. Avoir 60 ans ou plus ;
4. Accueillir au sein de son cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui :
 - ▶ s'installe dans la zone,
 - ▶ ou est installé dans la zone depuis moins d'un an. ;



ATTENTION

- ▶ Le **contrat de transition** n'est **pas cumulable** avec le **contrat d'installation (CAIM)** ;
- ▶ Le **contrat de transition** n'est **pas cumulable** avec le **contrat de stabilisation et de coordination (CSTM)** ;
Le contrat de transition n'est **pas cumulable** avec l'**option démographie (convention 2011)** ;
- ▶ L'adhésion au COSCOM à l'issue du COTRAM est possible (si décision de poursuite de l'activité libérale).

Nature de l'aide

Aide annuelle de **10 %** des honoraires de l'activité conventionnée clinique et technique du médecin (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires), du médecin, **dans la limite de 20 000 € par an**, calculé par année civile



En cas de majoration par l'ARS (pour les zones particulièrement déficitaires en médecins) : aide à l'activité représentant **12 % maximum** des honoraires tirés de l'activité conventionnée clinique et technique (hors dépassements d'honoraires et rémunérations forfaitaires)

Aide plafonnée à
24 000 € par an



Pour les médecins exerçant en secteur à honoraires différents (secteur 2), l'aide est calculée au prorata du taux d'activité aux tarifs opposables par le médecin

Engagement du médecin

- ▶ Accompagner son confrère, nouvellement installé, dans son cabinet pendant une durée de 3 ans et, selon les besoins, dans ses démarches liées à l'installation en libéral, à la gestion du cabinet, à la prise en charge des patients...



ATTENTION

▶ **Résiliation anticipée : sommes dues pour l'année en cours** calculées, **au prorata de la durée effective de l'année.**

Durée du contrat

- ▶ Contrat de 3 ans ;
- ▶ Renouvelable une fois pour une durée maximale de trois ans, si prolongation de l'activité du médecin au-delà de la durée du contrat initial (dans la limite de la date de cessation d'activité du médecin).

B • LA MAÎTRISE DES DÉPASSEMENTS

Poursuivre la dynamique de maîtrise des dépassements d'honoraires est une priorité pour la santé de tous. Dès le 1^{er} janvier 2017, deux nouvelles options de contrats accompagnent les médecins qui s'engagent dans cette démarche. Ces dispositifs viennent remplacer le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et confèrent aux médecins des contreparties plus attractives.

Option Pratique Tarifaire Maîtrisée (OPTAM)

Le médecin de secteur 2 qui souscrit l'option OPTAM s'engage à faire bénéficier ses patients de l'amélioration du tarif de remboursement des soins.

Qui peut adhérer ?

- ▶ Tous les médecins, toutes spécialités confondues autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1 ;
- ▶ Les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la 1^{ère} fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents ;
- ▶ Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent ;
- ▶ Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.

Comment adhérer à l'option OPTAM ?

- ▶ Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, en lui adressant par lettre recommandée avec accusé de réception, un contrat conforme au contrat-type (voir modèle annexe 18 de la Convention) ;
- ▶ Est joint au contrat un état de sa pratique tarifaire sur les 3 années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente Convention, établi conformément aux dispositions de l'article 41.1 (années 2013, 2014 et 2015) ;
- ▶ La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement ;
- ▶ L'adhésion valable pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

Engagements du médecin dans l'OPTAM ?

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire sur les années 2013, 2014 et 2015.

Les médecins adhérant à l'option sont encouragés à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs conventionnés avec des engagements sur :

- ▶ le respect d'un taux moyen de dépassement ;
- ▶ la réalisation d'une partie de leur activité au tarif opposable (sans dépassement).

Et en contrepartie ?

- ▶ Tarifs de leurs actes alignés sur ceux des médecins en secteur 1 (leurs patients bénéficient d'un meilleur niveau de remboursement) ;
- ▶ Valorisation de l'activité réalisée aux tarifs conventionnés (sans dépassements), par une prime calculée :
 - avec un taux par spécialité (voir tableau page 43) ;
 - appliqué aux honoraires pratiqués aux tarifs opposables (avec prise en compte de l'activité en ESPIC pour les médecins ayant une activité mixte*).

Les médecins pour lesquels un faible écart par rapport à leurs engagements contractuels est constaté dans les conditions définies⁽¹⁾, bénéficient d'une rémunération minorée calculée comme suit :

- Écart de 1 à 2 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 90 % du montant de la rémunération spécifique ;
 - Écart de 2 à 3 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 70 % du montant de la rémunération spécifique ;
 - Écart de 3 à 4 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 50 % du montant de la rémunération spécifique ;
 - Écart de 4 à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : versement de 30 % du montant de la rémunération spécifique ;
 - Écart supérieur à 5 points entre l'objectif et le taux constaté, calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : aucun versement de la rémunération spécifique.
- ▶ Paiement plus rapide (dès l'année suivante en juin) de la prime citée ci-dessus ;
 - ▶ Options plus souples avec contrats d'un an renouvelables tacitement (sortie possible à tout moment) ;

* Afin de permettre cette prise en compte, transmission par le médecin des documents émanant des structures précisant le nombre d'actes réalisés, et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués au cours de l'année considérée.

(1) Conditions définies à l'article 44 de la Convention.

- ▶ Engagements définis à partir de l'activité observée sur les années 2013, 2014 et 2015 ;
- ▶ Prise en compte de l'activité à tarif opposable réalisée dans les structures de type Espic ;
- ▶ Pour les médecins éligibles à l'OPTAM-CO⁽¹⁾, qui choisissent néanmoins d'adhérer à l'OPTAM, le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur O se substituant au modificateur K) applicable à leurs actes de chirurgie et aux actes d'accouchements est fixé à 11,5 %. Toutefois, ces médecins pourront bénéficier du modificateur K valorisé à hauteur de 20 % lorsque les actes sont facturés à tarifs opposables aux patients bénéficiant de la CMUC, de l'ACS ou pris en charge en urgence selon certaines conditions⁽²⁾ ;
- ▶ Les médecins ayant une activité mixte en cabinet de ville libérale et une activité libérale dans des structures dont le financement inclut leur rémunération, il est tenu compte de l'activité à tarif opposable effectuée au sein de ces structures.

Taux par spécialité, appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables pour le calcul de la rémunération spécifique

Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables	Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables
ACP	4,7 %	MÉDECINS NUCLÉAIRES	3,3 %
ANESTHÉSISTES	7,0 %	NÉPHROLOGUES	4,6 %
CARDIOLOGUES	7,0 %	NEUROLOGUES	7,8 %
CHIRURGIENS*	7,2 %	ORL	7,4 %
DERMATOLOGUES	8,3 %	OPHTALMOLOGUES	5,7 %
ENDOCRINOLOGUES	8,8 %	PNEUMOLOGUES	7,4 %
GASTRO-ENTÉROLOGUES	7,1 %	PSYCHIATRES-NEURO-PSYCHIATRES	8,6 %
GÉNÉRALISTES	8,6 %	PÉDIATRES	8,7 %
MEP	8,4 %	RADIOLOGIE DIAGNOSTIC ET IMAGERIE MÉDICALE	4,6 %
GYNÉCOLOGUES-MÉDICAUX	7,5 %	RADIOTHÉRAPEUTES	2,8 %
GYNÉCOLOGUES-OBSTÉTRICIENS ET MIXTES	7,1 %	RHUMATOLOGUES	7,5 %
INTERNISTES	7,6 %	STOMATOLOGUES	8,0 %
MPR	7,9 %		

* Chirurgiens : chirurgie générale, neurochirurgie, chirurgie urologique, chirurgie orthopédique et traumatologie, chirurgie infantile, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale et digestive.

(1) Définie aux articles 49 et suivants de la Convention.

(2) Conditions définies à l'article 44 de la Convention.

Option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (OPTAM-CO)

Qui peut adhérer ?

- ▶ Les médecins exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique et ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » ;
- ▶ Les médecins autorisés à pratiquer des honoraires différents en application de l'article 38.1 ;
- ▶ Les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 permettant d'accéder au secteur à honoraires différents et qui s'installent pour la première fois en exercice libéral en secteur à honoraires différents ;
- ▶ Les médecins titulaires du droit à dépassement permanent ;
- ▶ Par dérogation, les médecins titulaires des titres visés à l'article 38.1 et installés antérieurement au 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.

Comment adhérer à l'option OPTAM-CO ?

- ▶ Le médecin déclare son souhait d'adhérer à l'option auprès de la CPAM ou de la CGSS de son lieu d'installation, en lui adressant par lettre recommandée avec accusé de réception, un contrat conforme au contrat-type (voir modèle annexe 20 de la Convention) ;
- ▶ Est joint au contrat un état de sa pratique tarifaire sur les 3 années civiles précédant l'année de l'entrée en vigueur de la présente Convention (années 2013, 2014 et 2015) établi conformément aux dispositions de l'article 50 ;
- ▶ La caisse enregistre l'adhésion à la date de réception de cette lettre et adresse au médecin un courrier attestant cet enregistrement ;
- ▶ L'adhésion valable pour une durée d'un an, renouvelable par tacite reconduction.

POUR LES MÉDECINS, NOUVELLEMENT INSTALLÉS

le seuil des **50** actes
réalisés ne pouvant s'appliquer
ils peuvent choisir l'OPTAM
ou l'OPTAM-CO.





Quels sont les engagements du médecin dans l'OPTAM-CO ?

Les caisses mettent à disposition de chaque médecin éligible à l'option un état de sa pratique tarifaire sur les années 2013, 2014 et 2015.

Les médecins adhérant à l'option sont encouragés à stabiliser leurs tarifs et à facturer davantage aux tarifs conventionnés avec des engagements sur :

- › le respect d'un taux de dépassement moyen ;
- › la réalisation d'une part de leur activité au tarif opposable (sans dépassement).

Et en contrepartie ?

- › Les tarifs des actes sont alignés sur ceux des médecins en secteur 1 (leurs patients bénéficient d'un meilleur niveau de remboursement) ;
- › Le niveau de la majoration forfaits modulables (modificateur K), applicable aux actes de chirurgie et aux actes d'accouchements définis dans la liste des actes et prestations mentionnée à l'article 162-1-7 du code de la sécurité sociale, est porté à 20 % (au lieu de 11,5 %) pour les médecins exerçant dans le secteur à honoraires opposables et pour les adhérents à l'option OPTAM-CO ;
- › 269 actes techniques supplémentaires concernés par les modificateurs J et K (revalorisé).



ATTENTION

› OPTAM et OPTAM-CO ne sont pas cumulables.

C • GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS POUR TOUS

Garantir et valoriser la permanence des soins

L'accès aux soins doit être garanti aux assurés en dehors des heures ouvrables ou lors des jours fériés, en ville comme en établissements de santé. Le dispositif PDSA, géré par les ARS, rémunère les médecins pour leur participation à la permanence des soins.

La Convention prévoit des **majorations spécifiques pour les soins ambulatoires** pour le médecin qui intervient à la demande du médecin chargé de la régulation ou du centre d'appels de l'association de permanence des soins. Les montants sont distincts selon que le médecin de permanence reçoit le patient à son cabinet ou qu'il effectue une visite à domicile justifiée. Le montant de ces majorations est défini à l'annexe 9.

La dispense d'avance de frais est prévue dans plusieurs situations et notamment

Tiers payant pour les bénéficiaires de la CMU-C :

- ▶ tiers payant intégral (sur la part obligatoire et la part complémentaire) pour les patients bénéficiaires de l'ACS et ayant souscrit un contrat complémentaire sélectionné ;
- ▶ tiers payant sur la part obligatoire pour les patients bénéficiaires du dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), mais qui n'ont pas encore souscrit de contrat complémentaire sélectionné ;
- ▶ tiers payant pour les soins pris en charge à 100 % auprès des femmes enceintes et des patients en ALD ;
- ▶ tiers payant pour certains actes et coefficients visés (fond d'œil, prévention bucco-dentaire des femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse) ;
- ▶ tiers payant dans le cadre de la permanence des soins ;
- ▶ dispense d'avance des frais pour les médicaments et certains dispositifs médicaux délivrés par les médecins pharmaciens à leurs patients, dans certaines communes dépourvues d'officine ;
- ▶ ...

Faciliter l'accès au médecin traitant

Le conciliateur permet au patient qui rencontre des difficultés d'accès à un médecin traitant de bénéficier d'un appui dans ses démarches. Il peut donc prendre contact avec les médecins installés dans une zone proche de la résidence du patient afin de voir si l'un d'eux peut le prendre en charge en tant que médecin traitant.



RENFORCER LA QUALITÉ DES SOINS

LE PREMIER OBJECTIF DE LA CONVENTION EST DE GARANTIR L'ACCÈS DE TOUS À DES SOINS DE QUALITÉ.

Pour l'atteindre, **différents dispositifs** sont déployés pour :

- ▶ promouvoir et valoriser l'amélioration de la qualité des soins ;
- ▶ favoriser le juste soin dans toutes ses composantes : prévention et dépistage, suivi des pathologies chroniques, efficacité des prescriptions et réduction des actes inutiles ou redondants.

La Convention 2011 a valorisé la fonction du médecin traitant, instauré la ROSP et encouragé le médecin à s'engager dans une démarche d'efficacité favorisant le juste soin (meilleur soin au meilleur coût).

La Convention 2016 poursuit cette dynamique.

A • LA PRÉVENTION

Certains programmes instaurés lors de la Convention 2011 se poursuivent. Les partenaires conventionnels ont souhaité renforcer leurs actions autour de **trois thèmes importants** de santé publique : prévention des conduites addictives (tabac-alcool), prévention de l'obésité des jeunes enfants, amélioration de l'accès à la contraception, y compris d'urgence, chez les jeunes filles de moins de 18 ans.

Poursuite des programmes en cours

Dépistage
des cancers
(sein, colorectal,
col de l'utérus)

Prévention
des pathologies
infectieuses aiguës
(vaccination antigrippale,
vaccination ROR)

Prévention
des complications liées aux
pathologies chroniques (diabète,
pathologies cardiovasculaires,
pathologies respiratoires)

Programmes dédiés à certaines populations
(dépistages néonataux, prévention bucco-dentaire chez les enfants, les adolescents et les femmes enceintes à partir du 4^e mois de grossesse, sevrage tabagique, lutte contre le surpoids et l'obésité de l'enfant, facteurs de risque liés à la grossesse, accès à la contraception, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées)



Nouveaux programmes

Les acteurs de la Convention renforcent le rôle du médecin traitant sur les programmes de prévention et de promotion de la santé. Dans ce cadre, des campagnes de visite seront organisées afin d'accompagner les médecins traitants sur ces sujets

<p>Respect des calendriers vaccinaux</p> 	<p>Prévention des risques liés au tabac chez la femme, tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse et chez les personnes atteintes de maladies chroniques</p> 	<p>Sevrage tabagique sensibilisation à la prescription de traitements substitutifs nicotiques bénéficiant d'une prise en charge améliorée</p> 
<p>Prévention de l'obésité chez l'enfant (expérimentation en cours) : possibilité pour le médecin de prescrire un forfait de prise en charge</p> 	<p>Contraception et contraception d'urgence chez les adolescentes de moins de 18 ans</p> 	<p>Dépistage de la rétinopathie diabétique, l'une des causes principales de malvoyance et de cécité évitables</p> 
<p>Accompagnement du retour à domicile des patients après hospitalisation</p> 	<p>Accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques pour prévenir les aggravations et améliorer leur qualité de vie</p> 	<p>Programme d'accompagnement Sophia pour les patients diabétiques et asthmatiques</p> 

EXTENSION DES PROGRAMMES D'ACCOMPAGNEMENT



Pour renforcer la qualité de prise en charge des personnes souffrant de **pathologies chroniques**

cardiovasculaires



neurovasculaires



respiratoires





B • LA COORDINATION DES SOINS

Depuis la réforme de 2005, le médecin traitant a un rôle central dans l'offre de soins de 1^{er} recours, la coordination des soins et la centralisation des informations émanant des professionnels qui interviennent dans le parcours de soins.

La Convention renforce ce rôle et soutient l'organisation des soins qui favorisent une médecine de parcours et de proximité autour du patient. Le médecin traitant répond à une **triple mission** :

- premier recours dans le suivi des patients (y compris des enfants) et dans l'organisation des interventions de 2nd recours ;
- suivi au long cours des patients et rôle de coordination et de synthèse pour éviter le recours aux hospitalisations inutiles et faciliter le retour à domicile des patients en sortie d'hospitalisation ;
- actions de prévention (vaccination, prévention des pratiques addictives, de l'obésité, notamment chez les enfants, ...), de dépistage (cancer colorectal, cancer du sein, cancer du col de l'utérus, ...) et de promotion de la santé pour favoriser de meilleurs comportements dès le plus jeune âge (habitudes alimentaires, arrêt du tabac et de l'alcool, conduites à risques,...).

Valorisation des actes de coordination

Afin d'encourager la prise en charge rapide des patients en ville, un système de majorations a été mis en place :

+ 15 €

majoration pour les **médecins correspondants** qui reçoivent sous 48h un patient adressé par son médecin traitant (MCU)



+ 5 €

majoration pour le **médecin traitant** (MUT) qui contacte un médecin correspondant pour obtenir la prise en charge de son patient sous 48h



+ 15 €

majoration (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 majorations ne sont pas cumulables avec les majorations applicables dans le cadre de la permanence des soins ambulatoire et ne peuvent être facturées qu'en cas de respect des tarifs opposables.



Suivi des enfants de moins de 6 ans

La prise en charge des enfants de moins de 6 ans, par les généralistes et les pédiatres a été valorisée :



Consultations de suivi de l'enfant de moins de 6 ans

+ 5 €

majoration unique MEG (majoration enfant pour les médecins généralistes) quel que soit le secteur d'exercice du médecin, permettant de rémunérer les consultations réalisées pour ces enfants à hauteur de 30 € au 1^{er} mai 2017

+ 5 €

majoration spécifique pour les pédiatres NFP (nouveau forfait pédiatrique), pour les consultations des nourrissons de 0 à 2 ans, quel que soit le secteur d'exercice du médecin au 1^{er} mai 2017

+ 5 €

majoration spécifique pour les pédiatres NFE (nouveau forfait enfant), pour les consultations par les pédiatres exerçant en secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, pour les consultations des enfants de 2 à 6 ans et des enfants de 6 à 16 ans qui ne sont pas adressés par le médecin traitant, au 1^{er} mai 2017*

+ 4 €

majoration spécifique pour les pédiatres MEP (majoration enfant pour le médecin pédiatre), pour les consultations par les pédiatres conventionnés en secteur à honoraires opposables (secteur 1) ou en secteur à honoraires différents adhérant aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée, des enfants de 0 à 6 ans, au 1^{er} mai 2017*
Cette majoration pourra se cumuler aux majorations NFP et NFE

* Majoration applicable quel que soit le secteur d'exercice à partir du 1^{er} avril 2018, dès lors que la consultation est réalisée à tarif opposable.



Revalorisation des consultations des enfants

Intitulé	Pédiatre		Médecin généraliste	
	Nouvelles cotations	Cotations actuelles	Nouvelles cotations	Cotations actuelles
0 - 2 ans	32 € CS + NFP + MEP* (28 € sect. 2 non OPTAM)	31 € CS + FPE + MNP* (28 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MEG (28 € sect. 2 non OPTAM)	28 € C + MNO
2 - 6 ans	32 € CS + NFE* + MEP* (23 € sect. 2 non OPTAM)	31 € CS + MPE* + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MEG (28 € sect. 2 non OPTAM)	26 € C + MGE
6 - 16 ans non adressés par MT	28 € CS + NFE* (23 € sect. 2 non OPTAM)	28 € CS + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	25 € C + MMG* (23 € sect. 2 non OPTAM)	23 € C
6 - 16 ans adressés par MT	30 € CS + MPC* + MCS* (23 € sect. 2 non OPTAM)	28 € CS + MPJ* (23 € sect. 2 non CAS)	30 € C + MMG* + MCG* (23 € sect. 2 non OPTAM)	23 € C
3 Examens obligatoires nourrisson	46 € COE	38 € CS + MBB + FPE + MNP	46 € COE	33 € C + FPE + MNO
Entre la sortie de maternité et le 28 ^e jour	46 € CSM	38 € CS + FPE + MNP* + MBB	30 € C + MMG* + MEG	28 € C + MNO

* Majoration ouverte au secteur 1 et au secteur 2 adhérent OPTAM ou CAS, ou consultations des enfants relevant de l'ACS ou de la CMUC et réalisées à tarif opposables.



Outils d'aide à la coordination

La Convention déploie des outils destinés à faciliter l'échange d'informations entre professionnels de santé pour un meilleur suivi du patient et à simplifier la coordination des soins.

Objectifs

- › Continuité et efficacité des parcours de soins ;
- › Amélioration de la prise en charge des pathologies chroniques ;
- › Renforcement de la prévention ;
- › Amélioration de l'articulation des soins entre la ville et l'hôpital.

Outils en faveur de la coordination

- › Dossier Médical Partagé (DMP) ;
- › Messagerie sécurisée de santé ;
- › Téléservices, simplifiant les échanges entre professionnels de santé et Assurance Maladie.



C • MODERNISER LE CABINET

La Convention accompagne les médecins qui souhaitent investir dans la mise en place d'outils et d'organisations nouvelles qui facilitent leur pratique, allègent leurs charges administratives et simplifient leur gestion de cabinet, leur permettant de libérer du temps médical. Dans cette perspective, la Convention met en place un forfait en 2 volets qui vient remplacer les indicateurs de la ROSP 2011 portant sur l'organisation du cabinet (mise en place le 1^{er} janvier 2017 pour un premier paiement au 1^{er} semestre 2018).

Le forfait Structure

Ce dispositif en 2 volets prévoit une rémunération destinée à aider les médecins pour :

- › investir dans des outils informatiques facilitant le suivi des patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients ;
- › développer des démarches d'appui au patient dans le parcours de soins, mises en place soit au sein même des cabinets médicaux, soit en recourant à des services extérieurs.

(Cf. détails et conditions aux articles 20.1 et 20.2 de la Convention et à l'annexe 12.)

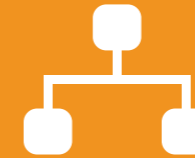
VOLET 1

Prérequis pour favoriser l'équipement des cabinets

VOLET 2

Indicateurs qui valorisent les services supplémentaires apportés aux patients

QUE REPRÉSENTE LE FORFAIT STRUCTURE ?



Le forfait Structure est valorisé en fonction de **l'acquisition de points** dont la valeur unitaire est de

7 €

- › 250 points pour 2017, soit jusqu'à **1 750 €**,
- › 460 points pour 2018, soit jusqu'à **3 220 €**,
- › 660 points pour 2019, soit jusqu'à **4 620 €**.



Engagements du médecin

ANCIENS PRÉREQUIS TOUJOURS EN VIGUEUR

Utilisation de logiciels d'aide à la prescription (LAP), taux de télétransmission des feuilles de soins supérieur à 2/3, affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans Annuaire Santé, utilisation des versions logicielles SESAM-Vitale les plus à jour comportant notamment les fonctionnalités permettant de simplifier les échanges avec l'Assurance Maladie

NOUVEAUTÉS

Valorisation de 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 et avec les établissements de soins

VALORISATION

Valorisation de différents outils et modes d'organisation permettant d'apporter des services supplémentaires aux patients : usage de téléservices (déclaration de médecin traitant en ligne (DCMT), prescription des arrêts de travail (ATT), du protocole de soins électronique (PSE)), codage de données médicales, soins coordonnés, services de parcours, accueil de stagiaires



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, compatible DMP*			
	Indicateur 2 : utilisation d'une messagerie sécurisée de santé			
	Indicateur 3 : 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	175	230	280
	Indicateur 4 : taux de télétransmission > ou égal à 2/3			
	Indicateur 5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé			
VOLET 2 (uniquement si volet 1 atteint)	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	20	60	90
	Indicateur 2 : capacité à coder certaines données médicales	10	20	50
	Indicateur 3 : démarche de prise en charge coordonnée	15	40	60
	Indicateur 4 : amélioration des services offerts aux patients	20	80	130
	Indicateur 5 : encadrement des jeunes étudiants en médecine	10	30	50
	Total volet 2	75	230	380
TOTAL FORFAIT STRUCTURE		250	460	660

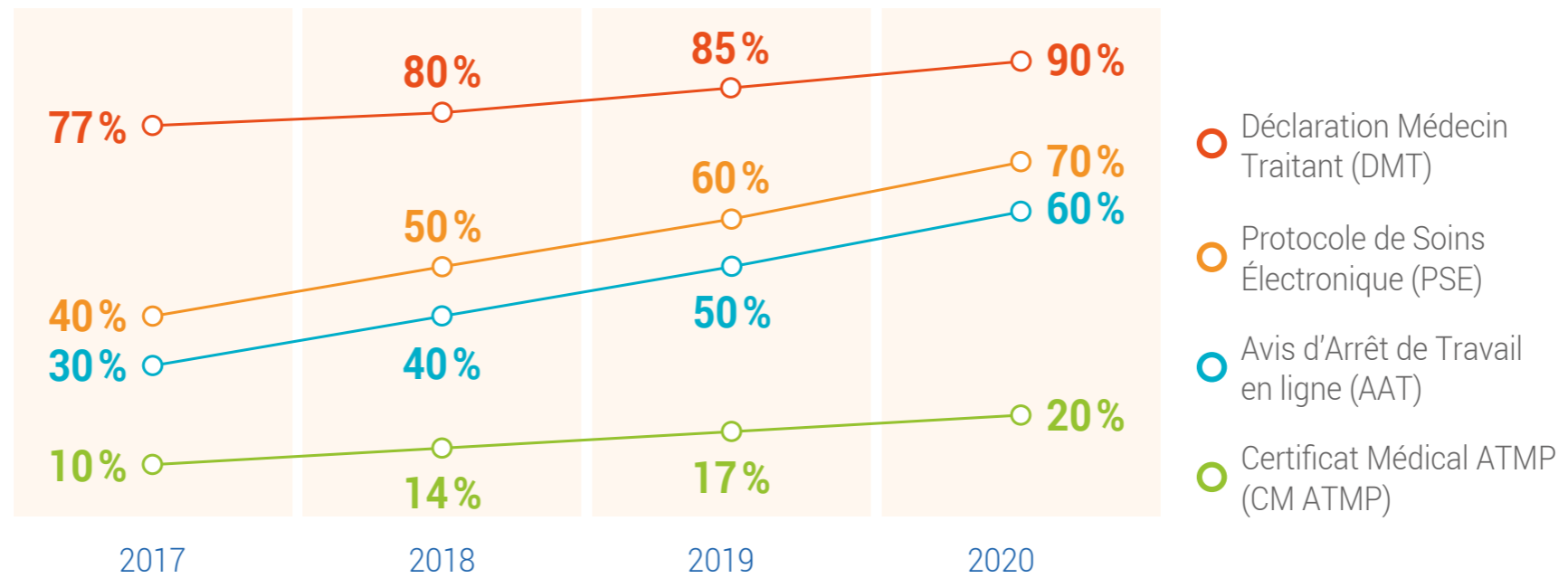
* Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels.

Tous les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour percevoir la rémunération correspondante et déclencher les indicateurs du volet 2.



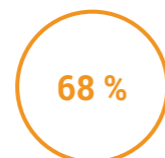
Focus sur l'indicateur 1 « téléservices » du volet 2

DES OBJECTIFS
CROISSANTS DE
DÉMATÉRIALISATION
SONT DÉFINIS PAR
TÉLÉSERVICE

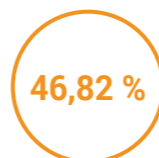


Le calcul de cet indicateur sera réalisé automatiquement sur la base des données du régime général.

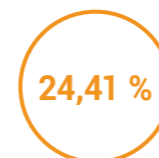
À fin septembre 2016, les taux observés* étaient de



DMT



PSE



AAT



CM ATMP

* Taux de dématérialisation France entière



Les indicateurs 2, 3, 4 et 5 sont déclaratifs :
 chaque médecin devra produire les justificatifs permettant d'attester leur réalisation.

	Indicateur	Exemples de justificatifs
VOLET 2	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	Indicateur calculé automatiquement
	Indicateur 2 : capacité à coder certaines données pour produire ou alimenter des registres de patients	Transmission de résultats de requêtes anonymisées pour la production de registres
	Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée : participation à une équipe de soins primaires (ESP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à des réunions de concertation pluridisciplinaire (au moins 4 par an)	Fourniture de tout justificatif pouvant attester cette implication (projet de santé de l'ESP ou de la CPTS, attestations de participation aux réunions pluridisciplinaires)
	Indicateur 4 : amélioration des services offerts aux patients (prise en charge de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale...)	Contrat de travail indiquant les fonctions de coordination du personnel du cabinet ; attestation de recours à des structures d'appui, types plate-forme d'appui
	Indicateur 5 : valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine	Transmission d'attestations ou conventions de stages



MODERNISER LES RELATIONS ENTRE LES MÉDECINS ET L'ASSURANCE MALADIE

La simplification administrative est facteur de gain de temps dans l'exercice quotidien des médecins. C'est pourquoi la nouvelle Convention engage l'Assurance Maladie dans une démarche globale de simplification des démarches et d'amélioration de sa qualité de service auprès des médecins.

A • LA SIMPLIFICATION DE LA FACTURATION DES ACTES

Les différents régimes obligatoires d'Assurance Maladie s'engagent à harmoniser leurs procédures pour faciliter la facturation des actes. De son côté, l'Assurance Maladie a pris plusieurs engagements pour accélérer les paiements et simplifier la facturation.

Garantie de paiement

sur la base des informations de la carte Vitale du patient, même si elle n'est pas mise à jour



Suppression des rejets

liés aux droits des patients, même en cas de changements de situation (changement de régime ou de situation familiale, déménagement, ...)



Droits continus

à l'Assurance Maladie obligatoire : en absence de carte Vitale, le service ADRI permet, lors de l'établissement de la FSE, d'accéder aux droits du patient figurant dans les bases de l'Assurance Maladie. Grâce à la protection universelle maladie pour l'ensemble des travailleurs et résidents en France, les patients bénéficient de droits continus à l'Assurance Maladie obligatoire

Rejets des factures

liés au parcours de soins supprimés au 31/12/2016





Garantie de paiement

sous 5 jours ouvrés en cas de facturation en FSE. Si le délai de paiement des FSE (en mode sécurisé Vitale ou SESAM sans Vitale uniquement) excède 7 jours ouvrés, une indemnité définie réglementairement est versée par l'Assurance Maladie. Chaque trimestre, les régimes obligatoires d'Assurance Maladie publient sur leur site Internet les délais de paiement des FSE en tiers-payant.



Meilleur suivi de la facturation

avec un logiciel SESAM-Vitale à jour agréé « suivi des factures à partir de la norme NOEMIE 580 ». Le suivi des paiements est amélioré et les rapprochements comptables sont facilités. De même, les libellés de rejets de factures sont plus explicites et harmonisés entre les régimes obligatoires d'Assurance Maladie.



Liberté de choix

Le médecin est libre de choisir son équipement informatique de télétransmission des feuilles de soins électroniques (FSE), sous réserve que la solution informatique soit agréée par le Centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) de l'Assurance Maladie, ou homologuée par le GIE SESAM-Vitale.



B • LES TÉLÉSERVICES

Les téléservices ont une place centrale dans la simplification des échanges entre les médecins et l'Assurance Maladie.

Ils sont l'un des principaux leviers de la simplification administrative et répondent à **trois objectifs** :

- › garantir l'ouverture des droits et accélérer les remboursements des patients afin de favoriser leur accès aux soins ;
- › faciliter l'accès des patients à certaines prestations grâce au développement de téléservices ;
- › faciliter les relations entre professionnels de santé et Assurance Maladie et ainsi libérer du temps médical.

Aide à l'activité libérale

Un ensemble de services simplifiant les tâches administratives des médecins et facilitant la prise en charge de leurs patients seront déployés à travers des logiciels qui éviteront les doubles saisies et permettront de disposer de données à jour.

En attendant la mise en service de cette fonctionnalité, l'Assurance Maladie met à la disposition des professionnels des téléservices, *via* son portail.

Tâches et démarches administratives sur le portail Espace pro

Ces services permettent au médecin d'accéder à des informations administratives concernant son activité :

- › sa patientèle ;
- › les paiements effectués par l'Assurance Maladie ;
- › les commandes en ligne (formulaires, kits de dépistage du cancer colorectal, tests de détection rapide de l'angine, ...).



Simplification de la prise en charge des patients

- › Gestion des protocoles de soins électroniques (PSE) simplifiés : demande de prise en charge ALD avec rédaction simplifiée du protocole de soins sur un support électronique. Le médecin disposera ainsi d'un accord immédiat pour les ALD à déclaration simplifiée et pourra échanger avec le médecin-conseil ;
- › Prescription d'arrêt de travail en ligne qui adresse immédiatement l'avis d'arrêt de travail dématérialisé à l'Assurance Maladie et édite le volet destiné à l'assuré ;
- › Déclaration du médecin traitant en ligne dématérialisée transmise en temps réel aux services de l'Assurance Maladie ;
- › Déclaration d'un certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle en ligne, avec une aide intégrée à la rédaction. Ce service transmet le document en temps réel aux services de l'Assurance Maladie ;
- › Déclaration de grossesse en ligne transmise en temps réel à l'Assurance Maladie lors du premier examen médical.





Dématérialisation des démarches d'installation

Ces différents services en ligne permettent au médecin, dès son rendez-vous avec le conseiller de sa caisse, d'obtenir sa Carte de Professionnel de Santé (CPS).

- › Démarches en ligne ;
- › Dépôt des pièces justificatives ;
- › Prise de rendez-vous avec un conseiller de la caisse.



Conseillers informatique service (CIS)

Les conseillers informatiques services sont les interlocuteurs privilégiés des médecins pour toutes les questions relatives aux démarches en ligne et aux documents dématérialisés.

- › Aide à l'informatisation du cabinet ;
- › Conseils sur l'utilisation des outils de facturation et des téléservices intégrés ou non à leurs logiciels métiers ;
- › Information sur l'ensemble des téléservices proposés par l'Assurance Maladie ;
- › Formation à l'utilisation des services dématérialisés proposés par l'Assurance Maladie ;
- › Assistance technique (démarrage d'utilisation des téléservices, résolution d'incidents).





C • L'ACCOMPAGNEMENT

La simplification administrative passe par l'amélioration des relations directes entre les médecins et leur caisse de rattachement. Aussi, l'Assurance Maladie obligatoire s'engage à mettre en place différents moyens de joindre facilement ses services.

Numéro d'appel dédié non surtaxé

Ce service, coordonné avec le service médical, répond à toutes les questions dès le premier niveau (sans renvoi à un second niveau d'expertise) :

- situation et les droits des patients ;
- paiements ;
- rejets ;
- commandes d'imprimés.

Certaines questions peuvent nécessiter l'intervention d'un second niveau d'expertise avec réponse immédiate ou différée :

- l'application de la Convention,
- l'usage et l'utilisation des téléservices.

Les médecins adhérant à la présente Convention qui souhaitent bénéficier de ces modalités d'échanges privilégiés communiquent leurs coordonnées téléphoniques ou leurs coordonnées électroniques professionnelles à l'Assurance Maladie afin de faciliter la communication d'informations.



Messagerie sécurisée

L'Assurance Maladie a mis en place une messagerie sécurisée qui permet des échanges sécurisés pour les informations confidentielles entre les médecins traitants et les praticiens conseils.

Plus largement, l'Assurance Maladie développe les échanges électroniques avec ses interlocuteurs identifiés pour traiter les différentes demandes des médecins.



Échanges avec les DAM (délégués de l'Assurance Maladie) et les Praticiens-conseil

Lors des échanges confraternels ou des visites DAM, l'Assurance Maladie apporte aux professionnels de santé des informations actualisées pour les aider dans leur exercice professionnel :

- › des recommandations de bonne pratique émanant des agences sanitaires nationales ;
- › un état des lieux thématique des pratiques sur le territoire ou la présentation de résultats d'études ;
- › des informations personnalisées sur le thème de l'échange permettant au médecin de situer sa pratique au regard de celle de ses confrères du département ou de la région ;
- › des outils d'aide à la pratique (mémos de bonne pratique, arbre décisionnel, mémos coût..) ;
- › la présentation en avant-première de futures campagnes de communication destinées aux assurés ;
- › des brochures destinées aux patients pour qu'ils soient mieux informés et plus observants des recommandations émanant des professionnels de santé.



D • LA VIE CONVENTIONNELLE

La présente Convention, conclue pour une durée de cinq années, régit les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie.

Exercice conventionné

Pour exercer dans le cadre de la Convention, le médecin doit effectuer certaines démarches et respecter certaines obligations pendant toute la durée de son adhésion.



BON
À SAVOIR

- › Si **vous étiez conventionné** avant l'entrée en vigueur de la nouvelle Convention médicale, vous n'avez **aucune démarche** à effectuer vous restez conventionné.
- › Si **vous n'étiez pas conventionné**, vous pouvez à tout moment **contacter votre caisse pour adhérer à la nouvelle convention médicale.**



Installation en libéral

L'adhésion à la Convention d'un médecin libéral qui s'installe se fait en 4 étapes :

1. le médecin effectue les démarches auprès de sa caisse de rattachement pour se faire enregistrer ;
2. la caisse de rattachement attribue un identifiant qui permet la facturation ;
3. la caisse de rattachement identifie un interlocuteur unique pour accompagner le médecin dans ses démarches administratives liées à l'installation ;
4. le médecin expose son choix d'exercer ou non sous le régime de la Convention.



Une procédure simplifiée d'installation sur ameli.fr

Cessation d'activité libérale

Lorsque le médecin cesse son activité libérale, il doit impérativement en informer sa caisse de rattachement.

En cas d'absence de facturation par le médecin pendant 12 mois, l'Assurance Maladie suspend l'application de la Convention, sauf motif justifié et indépendant de la volonté du médecin (ex. : maladie, ...).

Cabinets de groupe

Principe

Le médecin libéral qui exerce dans un cabinet regroupant plusieurs praticiens, quel que soit son statut juridique (SEL, SCP, SCM, ...), reste libre de choisir d'adhérer ou non à la Convention et de souscrire ou non aux options conventionnelles proposées (OPTAM, contrats démographie etc).

Mode d'emploi

- › L'adhésion à la Convention est individuelle.
- › L'exercice de la médecine dans ces structures, y compris pour leurs salariés, est assimilé à un exercice libéral au sens de la présente convention sans préjudice des dispositions applicables en matière fiscale et sociale.





Collaborateurs salariés de médecins libéraux conventionnés

Principe

Le médecin salarié par un médecin libéral conventionné exerce sous la responsabilité du médecin conventionné et n'est pas adhérent lui-même à la Convention.

Mode d'emploi

Il exerce aux mêmes conditions que son médecin employeur et doit appliquer :

- › les tarifs conventionnés (tarifs opposables sans dépassement), quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur (secteur 1 ou secteur 2) ;
- › le collaborateur salarié d'un médecin exerçant en secteur à honoraires différents (secteur 2) peut appliquer les tarifs correspondant s'il a les titres pour accéder au secteur 2 (titres définis à l'article 38 de la Convention).

Situation des médecins remplaçants



Principe

L'activité du remplaçant est assimilée à celle du remplacé au regard de la facturation à l'Assurance Maladie.

Mode d'emploi

- › Le médecin remplaçant d'un médecin exerçant dans le cadre de la Convention, effectue une démarche auprès de la caisse de rattachement de son domicile pour se faire enregistrer ;
- › Le médecin remplacé vérifie que son remplaçant remplit toutes les conditions nécessaires à l'exercice du remplacement dans le cadre de la Convention ;
- › Le médecin remplacé informe son remplaçant des dispositions de la Convention et des droits et obligations qui en découlent ;
- › Le remplaçant adopte la situation du remplacé au regard des droits et obligations qui découlent de la Convention, à l'exception du droit permanent à dépassement (DP) ;
- › Le médecin remplacé s'interdit toute activité médicale libérale rémunérée dans le cadre de la Convention durant son remplacement, à l'exception d'un exercice dans le cadre du contrat de solidarité territoriale défini à l'article 7 de la Convention.



Situation des adjoints et des assistants des médecins libéraux conventionnés



Principe

L'activité d'un adjoint ou d'un assistant est assimilée à celle du médecin conventionné qu'il assiste, au regard de la facturation à l'Assurance Maladie.

Mode d'emploi

- › Le médecin conventionné est tenu d'informer sa caisse d'Assurance Maladie s'il souhaite se faire assister temporairement ;
- › Il transmet dans ce cadre une copie des autorisations nécessaires ;
- › L'adjoint ou l'assistant exerce sous la responsabilité du médecin conventionné ;
- › L'adjoint ou l'assistant n'étant pas adhérent lui-même à la Convention, il ne peut appliquer que les tarifs opposables (sans dépassement), quel que soit le secteur conventionnel du médecin employeur (secteur 1 ou secteur 2).

Situation des médecins assurant une tenue de cabinet

Principe

Un médecin peut gérer temporairement le cabinet d'un confrère décédé.

Mode d'emploi

- › Autorisation temporaire par l'Ordre des médecins ;
- › Le médecin désigné pour gérer le cabinet effectue une démarche auprès de la caisse d'implantation du cabinet ;
- › La caisse l'enregistre et lui attribue un identifiant lui permettant de facturer les actes à l'Assurance Maladie ;
- › Le médecin est considéré comme temporairement conventionné pour cette activité de tenue de cabinet ;
- › Le médecin ne peut appliquer que des tarifs conventionnés (tarifs opposables sans dépassement), quel que soit le secteur conventionnel (secteur 1 ou secteur 2) du confrère décédé ;
- › Attention, cette activité n'est pas assimilée à une première installation en libéral au sens de la Convention.



E • LES SECTEURS CONVENTIONNELS

Secteur à honoraires opposables

Principe

Le médecin qui adhère à la Convention s'engage à respecter les tarifs qui y sont fixés.

Exception

L'accès non coordonné : le médecin spécialiste conventionné, consulté hors du parcours de soins coordonnés et hors cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient, est autorisé à pratiquer un dépassement d'honoraire, limité à 17,5 % du tarif du parcours de soins coordonnés. Cette autorisation ne s'applique pas aux patients bénéficiaires de la CMU complémentaire. (Détails et conditions à respecter, voir article 37.1 de la Convention).

Autres secteurs conventionnels

- › Secteur à honoraires différents : titres donnant accès au secteur à honoraires différents (liste, voir article 38.1.1 de la Convention), procédure d'équivalence de titres (liste, voir article 38.1.2 de la Convention), accès non coordonné (détails, voir article 38.1.3 de la Convention) ;
- › Droit à dépassement d'honoraires (DP).