



L'ECLAIRAGE DU MARDI

par



La convention médicale

Mardi 24 Janvier 2017

La convention médicale organise les rapports entre l'Assurance Maladie et les médecins libéraux. Elle permet aux praticiens d'exercer sous différentes formes.

L'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie établit avec les médecins libéraux une convention, pour une durée de cinq ans, qui fixe les tarifs de chaque acte médical. Les médecins libéraux peuvent choisir d'exercer en étant conventionnés ou non.

Quelles sont les typologies de convention ?

- Conventionné de Secteur 1 : les médecins appliquent le tarif de base de la Sécurité sociale ou tarif conventionnel qui sert de socle au remboursement. Les dépassements d'honoraires¹ restent très ponctuels.
- Conventionné de Secteur 2 : les médecins pratiquent des honoraires libres, mais dans le cadre imposé par la convention médicale. Les dépassements d'honoraires sont donc permanents mais limités.
- Non conventionné ou Secteur 3 : les médecins ne sont pas conventionnés avec l'Assurance Maladie. Cette dernière ne prend pas en charge leurs consultations et ils pratiquent des tarifs totalement libres.

La nouvelle convention médicale

Une nouvelle convention médicale est en vigueur depuis le **1^{er} janvier 2017**. Elle a été signée le 25 août 2016 par l'Assurance Maladie et trois syndicats de médecins, approuvée par arrêté du 20 octobre 2016 et publiée au journal officiel du 23 octobre 2016.

¹ Les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, seules les Complémentaires Santé peuvent les couvrir selon le contrat souscrit par l'assuré, ou sinon le patient lui-même directement.

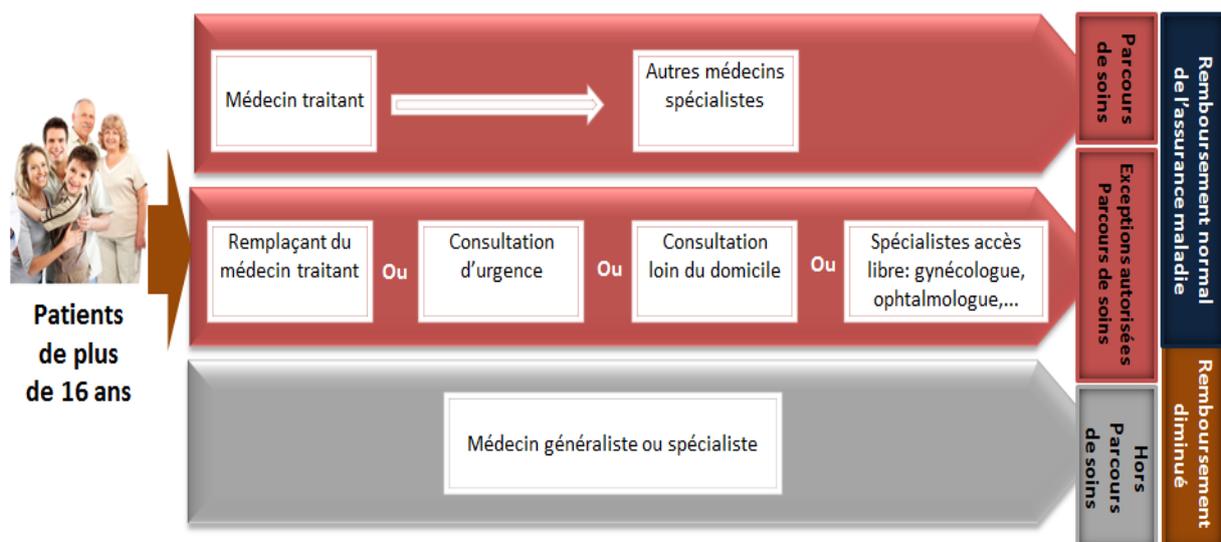


Elle s'adresse aux médecins exerçant à titre libéral, aux praticiens hospitaliers pour la partie de leur activité effectuée en libéral et aux organismes d'assurance maladie obligatoire.

Les principales mesures sont :

- **Evolution tarifaire et aménagement des consultations**, avec notamment :
 - La consultation de base du généraliste qui passe de 23 à 25€ à partir du 1^{er} Mai 2017 et celle du spécialiste qui passe de 28 à 30€ à partir du 1^{er} Juillet 2017.
 - Création de deux nouvelles consultations pour les maladies graves qui tiennent compte de la complexité de la prise en charge.
- **Maîtrise des dépassements d'honoraires** en rénovant le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) qui devient Optam (Option Pratique Tarifaire Maîtrisée) pour les médecins du secteur 2 et Optam-Co (pour les chirurgiens et obstétriciens) ;
- **Mise en place de mesures incitatives**, par exemple avec la mise en place de 2 nouveaux forfaits :
 - Le forfait patientèle médecin : forfait unique réservé aux médecins traitants de secteur 1 ou adhérent à l'Optam, pour valoriser leurs actions.
 - Le forfait structure : ouvert à tous les médecins pour inciter à la mise en place d'outils et d'une organisation optimisant leur gestion interne et la relation avec l'Assurance Maladie.
- **Amélioration de l'accès aux soins**, par exemple à travers la réception d'un patient sous 48 heures par un médecin spécialiste, suite à l'avis de son médecin traitant ; ou encore à travers une incitation financière pour l'installation des médecins dans les zones déficitaires (ou déserts médicaux) ;
- Renforcement et élargissement du dispositif de **Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)** avec notamment de nouveaux indicateurs d'efficience ;
- Déploiement de la **Télémédecine**, renforcement des actions de **Prévention**, etc.

Lien entre tarification et le parcours de soins coordonnés



Rendez-vous mardi prochain pour un nouvel éclairage

