Que contient la nouvelle convention médicale ?

Cependant, la Fédération Française des Diabétiques a régulièrement pris position pour faire entendre sa voix. La « future » convention reconduit les principaux axes de la convention de 2011 et les principes d'une rémunération reposant sur trois piliers : le paiement à l'acte, les forfaits et la rémunération à la performance (ROSP).

Décryptage

Résumé et position

Dans le prolongement de la loi de Modernisation de notre système de santé, la nouvelle convention médicale contient de nombreuses mesures visant à améliorer la qualité des soins et à faciliter leur accès.

Aussi, la Fédération Française des Diabétiques estime qu'il y a eu des avancées dans la prise en charge des patients diabétiques (développement de la prévention, rémunération forfaitaire) et restera attentive à leur déploiement.

En quelques points, la présente note détaille les principales mesures de cette nouvelle convention.

1) Revalorisation tarifaire des consultations

Cette nouvelle convention médicale prévoit une revalorisation tarifaire. Concrètement, à partir du :
- 1er mai 2017, la consultation chez le médecin généraliste sera à 25 euros
- 1er juillet 2017, la consultation coordonnée – c'est-à-dire si votre médecin traitant vous envoie chez un autre médecin- sera à 30 euros
- 1er novembre 2017, les consultations complexes seront à 46 euros
- 1er novembre 2017, les consultations très complexes seront à 60 euros.

Ces différents niveaux de consultation devraient permettre aux médecins d'adapter la durée de leurs consultations aux besoins des patients en fonction de la complexité de leur situation médicale.

2) Rémunération forfaitaire « patientèle »

La nouvelle convention médicale prévoit un forfait patientèle pour le médecin traitant. Ce forfait d'une base de 5 euros sera modulable selon l'âge et les caractéristiques du patient. Le forfait s'élèvera pour :
- Un enfant de 0 à 6 ans, à 6euros
- Une personne âgée de plus de 80 ans ou de moins de 80 ans en ALD, à 42 euros
- Une personne âgée de plus 80 ans souffrant d'une ALD, à 70 euros
- Autre : 5 euros

Son financement sera assuré progressivement par les complémentaires.

3) Renforcer l'accès à des soins rapides

Une incitation financière a été mise en place pour la prise en charge des patients en ville sans délai (sous 48heures) pour les médecins traitants qui déclenchent cette demande de consultation d'urgence et les médecins spécialistes de second recours qui les reçoivent en 48h.

4) Améliorer la répartition de l'offre de soins sur le territoire

En complément du Pacte territoire Santé, la nouvelle convention propose quatre types de contrats instaurant des aides pouvant aller jusqu'à 50 000 euros qui seront modulables par les ARS à savoir un :
- Contrat type national d'aide à l'installation des médecins (CAIM) dans les zones sous-dotées
- Contrat de transition pour les médecins en fin de carrière (Cotram)
- Contrat de stabilisation et de coordination pour les médecins (COSCOM)
- Contrat de solidarité territoriale (CSTM)

5) Maîtrise des dépassements d'honoraires

Pour maîtriser les dépassements d'honoraires, la nouvelle convention prévoit de supprimer le contrat d'accès aux soins (CAS) pour le remplacer par une option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM). En adhérant à cette option, les médecins de secteur 2 s'engagent à respecter :
- un taux moyen de dépassement qui ne peut excéder 100% du tarif de la sécurité sociale
- un pourcentage d'actes en tarifs opposables comme les urgences médicales, les patients bénéficiaires de la CMU-C, ou de l'aide à l'Acquisition d'une Complémentaire Santé (ACS)

L'objectif est d'impliquer deux fois plus de praticiens qu'avec le CAS.

6) La ROSP, une nouvelle formule

La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) est renforcée et élargie notamment dans le domaine de la prévention (tabac, dépistage du cancer colorectal, iatrogénie etc…) et du suivi des pathologies chroniques (risques cardio-vasculaires) et actualisée sur le volet efficience (générique, biosimilaire, biologie.) Pour rappel huit indicateurs sur neuf dans le suivi des pathologies chroniques concernent le diabète.

7) Développement du recours à la télémédecine

- Création d'un acte de télé-expertise valorisant l'échange d'informations entre le médecin traitant assurant le suivi du patient avant son admission en EPHAD et le nouveau médecin traitant choisi par le patient
- Consultation en urgence par les médecins généralistes des personnes en EHPAD
- Extension à la France entière de la téléconsultation et de la télé expertise pour des pathologies identifiées dont les plaies chroniques et les insuffisances cardiaques

8) Combien coûteront ces nouveaux engagements ?

Ces nouveaux engagements couteront 960 millions d'euros à l'Assurance maladie et 340 millions d'euros aux complémentaires, soit un total de 1,3 milliards d'euros.

Lire aussi :

Le mémo télémédecine et diabète du Diabète LAB