



DÉCRYPTAGE



N°13 | février 2017



Protéger c'est s'engager

Retraite | Prévoyance | Santé | Épargne | Dépendance



Nouvelle convention médicale : quels changements pour les patients ?

Après six mois de négociations, l'Assurance maladie et les représentants des médecins libéraux ont signé, le 25 août 2016, une nouvelle convention médicale. Au travers de plusieurs mesures phares, elle vise à offrir aux patients un meilleur accès aux soins.

« 150 000
médecins de ville exercent
aujourd'hui en France. »

(Données CNAMTS - SNIR-France entière)

La nouvelle convention médicale est destinée à régir les relations entre l'Assurance maladie et les médecins libéraux. Elle a été conclue pour une durée de 5 ans (arrêté du 20 octobre 2016, publié au Journal Officiel du 23 octobre 2016). Elle vise à répondre aux enjeux auxquels est confrontée aujourd'hui la médecine de ville.

PAROLES D'EXPERTS

« L'architecture conventionnelle mise en place au travers de cette nouvelle convention répond de façon ambitieuse aux principaux défis de notre système de soins : amélioration des conditions d'exercice et modernisation des pratiques, qualité des soins et meilleure coordination des parcours au service du virage ambulatoire et facilitation de l'accès aux soins »

(Nicolas Revel - directeur de l'UNCAM)

➤ Un meilleur accès aux soins

Afin de pallier la difficulté d'accès aux médecins dans les zones rurales, un contrat d'aide à l'installation (CAIM) permettra à ceux d'entre eux qui souhaitent s'installer dans les déserts médicaux de percevoir une aide forfaitaire à l'installation d'un montant maximal de 50 000€.

D'autres allocations spécifiques seront également accordées afin de favoriser la reprise des cabinets libéraux par de jeunes médecins et de valoriser les liens entre les professionnels de santé sur un même secteur géographique. L'objectif est de lutter contre les disparités de répartition des médecins sur le territoire qui pénalisent les patients, souvent contraints à effectuer de longs trajets et à attendre plusieurs jours avant de pouvoir consulter un généraliste.

••• REPÈRES

Ce sont les Agences Régionales de Santé qui définissent des zones considérées comme insuffisamment pourvues en médecins libéraux pour répondre efficacement aux besoins de la population. Ces espaces sont dits « sous denses ».

➤ Une maîtrise des pratiques tarifaires

L'année 2017 va être marquée par une hausse du tarif des consultations chez les généralistes et les spécialistes. Cependant, cette augmentation sera sans incidence sur les modalités de remboursements actuelles. La répartition de la prise en charge entre l'Assurance maladie et les complémentaires santé reste identique (par exemple, pour une consultation de praticien : 70% pour l'Assurance maladie et 30% pour les organismes complémentaires d'assurance maladie). L'organisme complémentaire prendra en charge l'intégralité du ticket modérateur sur la base des tarifs de responsabilité, pour une consultation de généraliste, dans le cadre des contrats responsables. La participation forfaitaire habituelle d'un euro restera à la charge de l'assuré (ainsi que les éventuels dépassements d'honoraires).

TYPE	DETAILS	ANCIEN TARIF	NOUVEAU TARIF ET CALENDRIER
Consultation de référence	Maladies courantes (exemples : rhinopharyngite, bronchite, gastroentérite...), vaccination, etc.	23€	25 € A partir du 1 ^{er} mai 2017
Consultation coordonnée	Prise en charge par un spécialiste d'un patient adressé par son médecin traitant (exemple : dermatologue, rhumatologue...)	28€	30 € A partir du 1 ^{er} juillet 2017
Consultation complexe	Prise en charge d'une pathologie complexe instable ou avec un fort enjeu de santé publique (exemple : diabète gestationnel, sclérose en plaque, maladie de Parkinson, épilepsie...)	Nouveautés 2017	46 € A partir du 1 ^{er} novembre 2017
Consultation très complexe	Consultation lourde et visite longue à domicile (exemple : traitement face à un cancer, une maladie neurologique ou neurodégénérative, le VIH, une malformation congénitale...)		60 € A partir du 1 ^{er} novembre 2017

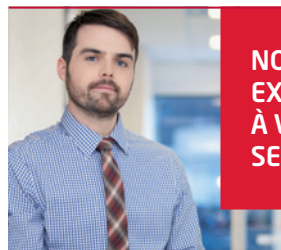
Par ailleurs, afin de poursuivre et d'accélérer la maîtrise des dépassements d'honoraires souvent sources de renoncement aux soins, un nouveau dispositif (OPTAM et OPTAM-CO) vient remplacer le contrat d'accès aux soins (CAS). Il vise à encourager les médecins, chirurgiens et obstétriciens exerçant en secteur 2, à stabiliser leurs tarifs et à accroître la part des soins facturés sans dépassements d'honoraires.

➤ Un renforcement de la coordination de l'information

La nouvelle convention médicale confirme le rôle clé du médecin traitant dans l'offre de soins de premiers secours, la prévention des risques et l'accompagnement durable des patients. Elle met également l'accent sur la coordination entre les différents corps de métiers médicaux afin de sécuriser et de faciliter la prise en charge et le suivi des patients. L'utilisation croissante des nouvelles technologies sera notamment un levier essentiel pour favoriser ces échanges d'informations.

Parmi les mesures clés de la nouvelle convention médicale, on retrouve également la création d'un forfait patientèle unique pour les médecins traitants et le renforcement d'une rémunération sur objectif de santé publique dans le domaine de la prévention.

Pour découvrir en détails toutes les modalités de cette nouvelle convention médicale : Ameli.fr



**NOTRE
EXPERTISE,
À VOTRE
SERVICE**

Acteur de référence de la protection sociale, Humanis vous accompagne dans le choix de votre contrat santé, afin de répondre parfaitement à vos besoins et vous permettre d'accéder à la meilleure qualité de soins.

Fort d'un savoir-faire technique et d'une expertise juridique reconnus, nos équipes vous donnent les clés pour tirer le meilleur profit de la réglementation.

Pour en savoir plus : humanis.com



Humanis

Humanis Prévoyance, Institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du Code de la Sécurité sociale
Siège social : 29, boulevard Edgar Quinet, 75014 Paris



REPÈRES

95% des Français disposent d'une assurance maladie complémentaire.

Lexique

Médecins de secteur 1

Les médecins du secteur 1 appliquent les tarifs de base de la Sécurité sociale. Ils peuvent donc ponctuellement être autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, si la situation le justifie (visite en urgence, consultation en dehors des horaires normaux, consultation le week-end ou la nuit ...).

Médecins de secteur 2

Les médecins de secteur 2 pratiquent, quant à eux, des tarifs libres mais qui doivent être, selon les critères imposés par la convention médicale, élaborés avec « tact et mesure ». Leurs dépassements d'honoraires sont donc permanents mais limités.



REPÈRES

Près de 1,3 milliards d'euros supplémentaires seront investis chaque année dans la médecine libérale par l'Assurance maladie et les complémentaires santé.



Avec Ecofolio
tous les papiers
se recyclent.