

POINT SUR LE PARCOURS DE SOINS

La loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie instaure une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins, le parcours de soins coordonnés, qui incite les patients de 16 ans ou plus à ne plus consulter directement certains spécialistes mais à s'adresser en première intention à leur médecin traitant, lequel les orientera éventuellement vers un médecin correspondant.

La possibilité d'accéder directement aux soins de certains spécialistes hors parcours de soins subsiste mais dans ce cas, le reste à charge des patients est plus important. La réforme prévoit néanmoins que les gynécologues, les ophtalmologues – pour l'essentiel des soins - et les psychiatres – pour les moins de 26 ans - peuvent continuer à être consultés directement.

Le parcours de soins

Le parcours de soins s'organise autour d'un médecin traitant, généraliste ou spécialiste conventionné, choisi par le patient et de médecins correspondants qui dispensent des soins spécialisés.

Le médecin traitant

Le médecin traitant devient garant du bon accès aux soins des patients. Ses missions ont été valorisées, pour le suivi médical des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), par la création du forfait annuel à 40€ par patient. La consultation des généralistes valorisée jusqu'ici au tarif de 20€ passera à 21€ à partir du 1er août 2006.

Les médecins correspondants

Dans le cadre du parcours de soins, le médecin généraliste ou spécialiste correspondant de secteur 1 applique une majoration de coordination généraliste (MCG) ou spécialiste (MCS). Cette majoration a été revalorisée de 1€ au 1^{er} avril.

Les médecins conventionnés exerçant en secteur 2 continuent d'appliquer des honoraires libres (cette liberté doit être exercée « avec tact et mesure ») mais peuvent choisir d'adhérer à l'option de coordination. Ils s'engagent alors, pour les patients qui leur sont adressés par un médecin traitant, à appliquer le tarif conventionnel du médecin correspondant pour les actes cliniques et à maîtriser leurs dépassements sur les actes techniques (jusqu'à 15% des tarifs des actes opposables). Par ailleurs, l'activité liée aux tarifs conventionnels réalisée dans le cadre de l'option doit représenter au minimum 30% de l'activité globale du spécialiste.

En contrepartie, les caisses d'assurance maladie s'engagent à participer au financement de leurs cotisations sociales au titre du régime d'assurance maladie, maternité et décès. Cette participation est assise sur le montant des revenus nets issus des actes à tarifs opposables.

Dans le cadre du parcours coordonné, tous les actes sont pris en charge à 70% par l'assurance maladie obligatoire.

L'accès spécifique

Dans le cadre du parcours de soins, certains médecins spécialistes peuvent être directement consultés. Il s'agit des gynécologues, des ophtalmologues, selon les actes réalisés⁴⁹, ainsi que des psychiatres, pour les moins de 26 ans.

L'accès non coordonné

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, sauf cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient, les spécialistes exerçant en secteur 1 sont autorisés à pratiquer des dépassements. Pour les actes cliniques comme pour les actes techniques, le praticien s'engage à ne pas dépasser la limite de 17,5% de la valeur de l'acte. Il doit également garantir un volume d'activité en tarifs opposables au moins égal à 70% de son activité globale.

Hors parcours coordonné, les actes sont pris en charge à 60% par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1er janvier 2006 conformément à l'article R.322-1 du Code de la Sécurité Sociale.

L'avenant 12 à la convention médicale

Afin d'encourager la dynamique de maîtrise médicalisée, certaines majorations et revalorisations tarifaires sont prévues par la convention. Elles ont comme contrepartie des engagements d'objectifs médicalisés et d'accords de bon usage des soins (Acbus). Ces derniers sont exposés dans les tableaux suivants.

L'avenant 12 prévoit de valoriser la médecine générale et d'accompagner les spécialités cliniques qui ont été impactées par la mise en œuvre du parcours de soins. Ainsi, dès le 31 mars 2006, une revalorisation de 1€ de la majoration des généralistes pour les nourrissons de moins de 2 ans (MNP) ainsi que des majorations de coordination des généralistes (MCG), des spécialistes (MCS) et des psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (MCSpsy) pour les patients de plus de 16 ans ont été mises en place. La majoration provisoire clinicien (MPC) et la majoration pour les patients de moins de 16 ans (MPJ) ont également été revalorisées de 1€. S'agissant des cardiologues, l'extension et la revalorisation de 1€ de leur majoration de coordination (MCC) pour les patients de moins de 16 ans ont été validées. Une majoration de 3€ pour les enfants de 2 à 6 ans a également été créée. Enfin, la consultation des généralistes sera revalorisée de 1€ à partir du 1^{er} août 2006.

Par ailleurs, le texte prévoit des mesures d'accompagnement pour les spécialités dont l'activité a été particulièrement modifiée par la mise en place du parcours de soins coordonnés. Elles consistent à revaloriser les actes fréquents en accélérant la progression ou l'accession vers les tarifs cibles de la Classification Commune des Actes Médicaux.

⁴⁹ En gynécologie, les soins pouvant donner lieu à un accès spécifique sont les examens cliniques gynécologiques périodiques, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi des grossesses et l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse. Pour l'ophtalmologie, ce sont les troubles de la réfraction oculaire et les actes de dépistage et de suivi du glaucome. Enfin, pour la psychiatrie et la neuropsychiatrie, ce sont les soins prodigués aux patients de moins de 26 ans uniquement.

Les premiers résultats

Début juin 2006, 77 % des assurés de plus 16 ans (soit 38,3 millions d'assurés sociaux) ont choisi un médecin traitant.

A la fin du mois de février 2006, 99,6% des médecins choisis par les assurés comme médecin traitant sont des médecins généralistes.

Le détail des consultations coordonnées à la fin du mois d'avril 2006 est présenté dans les graphiques suivants⁵⁰. Parmi les consultations réalisées dans le cadre du parcours de soins, 4/5 sont réalisées par un médecin traitant et peuvent éventuellement faire l'objet d'une orientation vers un médecin correspondant. Les consultations spécifiques vers les gynécologues, les ophtalmologues et les psychiatres représentent 13% des cas. Enfin, les situations spécifiques - déplacement de l'assuré ou remplacement du praticien - expliquent respectivement moins de 1% et 2,7% des cas.

Parmi les situations en accès non coordonné, près des 2/3 correspondent à des patients qui n'ont pas choisi de médecin traitant. Dans les autres cas, les patients ont enregistré leur déclaration auprès d'un médecin traitant mais ne suivent pas le parcours de soins.

⁵⁰ Ces résultats concernent les régimes suivants : CNAMTS, CANAM, MSA, Banque de France, CAVIMAC Cultes, CCIP, CNMSS-Militaires, CRPCEN-Clercs et employés notaires, ENIM-Marins, IEG-CMCAS Port autonome de Bordeaux, SNCF, Mutuelles étudiantes régionales et RATP.

L'avenant n°12

Sous forme d'engagements

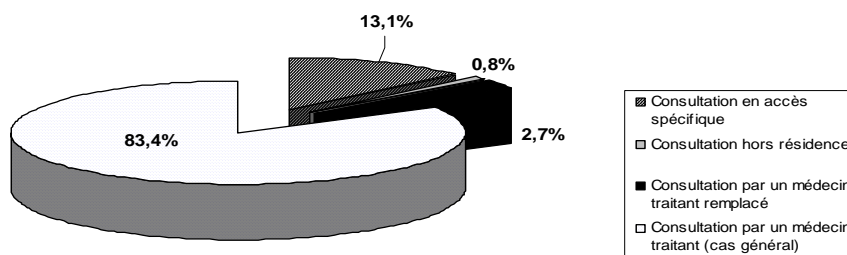
	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Antibiotiques	Baisse de 10 % des montants de prescription	Baisse de 5 % des montants de prescription
Arrêts de travail (IJ)	Baisse de 1 % des dépenses	Stabilisation des dépenses
Statines	Stabilité en montant des prescriptions	Stabilité en montant des prescriptions
Anxiolytiques et hypnotiques	Baisse de 5 % des montants de prescription	Baisse de 5 % des montants de prescription
Affections de longue durée (ALD)	Baisse de 4 points de la part des dépenses ALD	Baisse de 2 points de la part des dépenses ALD
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Baisse de 3 % de la croissance des dépenses des dépenses remboursées	Baisse de 3 % de la croissance des montants de prescription
Transport	Croissance de 3 % des montants de prescription	Stabilisation des montants des prescriptions
Antihypertenseurs		Croissance de 6 % seulement des montants de prescription
Actes diagnostiques et thérapeutiques redondants		Baisse de leur nombre, pour 30 millions d'euros
Lits médicalisés		Baisse des prescriptions de location au-delà la 1ère année

Sous forme d'Accords de bon usage des soins

	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Efficiéce des prescriptions d'anti-agrégants	Augmentation de 3 points du nombre de patients sous aspirine ou associée à un autre anti-agrégant	Idem
Bon usage de la coloscopie après polypectomie	Taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie avec nouvelle coloscopie entre les 4 ^{ème} et 24 ^{ème} mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5 % à 2 ans	Idem

Les consultations coordonnées au 30 avril 2006

Les consultations dans le parcours de soins



Les consultations hors parcours de soins

