



Fiche explicative

FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT

1. Définition du Forfait patientèle médecin traitant

Des rémunérations forfaitaires ont été mises en place ces dernières années pour valoriser le rôle pivot du médecin traitant dans le suivi des patients :

<i>Forfait pour le suivi des patients souffrant d'ALD (RMT) et les patients en post-ALD (RST)</i>	<i>Forfait pour le suivi des patients hors ALD (FMT)</i>	<i>Majoration personnes âgées (MPA) pour le suivi des patients de 80 ans et +</i>
Pour prendre plus particulièrement en compte le besoin de coordination médicale que nécessite la pathologie concernée.	Pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi de ces patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse.	Pour tenir compte de leurs comorbidités et de la complexité de leur suivi.
Montant = 40 € par an et par patient.	Montant = 5 € par an et par patient.	Montant = 5 € par consultation ou visite, versé par trimestre.

Un nouveau forfait intitulé **forfait patientèle médecin traitant** a été créé et s'est substitué aux différents forfaits existants (tableau ci-dessus) **au 1^{er} janvier 2018**.

Ce forfait est indexé sur la patientèle¹ et ses caractéristiques : âge, pathologie, précarité.

Ainsi, son montant est de :

- ✓ 6 euros pour un enfant âgé de 0 à 6 ans
- ✓ 42 euros pour un patient âgé de 80 ans et plus
- ✓ 42 euros pour un patient de moins de 80 ans en ALD
- ✓ 70 euros pour un patient de 80 ans ou plus en ALD
- ✓ 5 euros pour les autres patients

Une majoration est appliquée au montant calculé en fonction de la part des patients CMU-C dans la patientèle.

Ce forfait est calculé annuellement.

Il est réservé aux médecins traitants exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs OPTAM.

¹ La patientèle utilisée pour le calcul du forfait correspond :

- Aux patients qui ont déclaré le médecin comme médecin traitant (même pour les moins de 16 ans) pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire ;
- Au nombre de patients comptabilisé au 31 décembre de l'année précédente.



2. Financement du forfait patientèle médecin traitant

Ce forfait est co-financé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires (OC).

La participation des OC au financement des rémunérations forfaitaires des médecins traitants avait déjà été amorcée dans la précédente convention médicale de 2011. La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2013 avait donc mis en place un prélèvement sur les OC, à hauteur de 150 millions d'euros, pour le financement du forfait médecin traitant (FMT : cf. 2ème colonne du tableau ci-dessus). Ce prélèvement fiscal a été reconduit par les LFSS.

Cependant, la nouvelle convention médicale de 2016 avait prévu que, pour le financement du nouveau forfait mis en place à compter du 1er janvier 2018, le prélèvement fiscal de 150 millions d'euros serait supprimé définitivement dans le cadre de la LFSS pour 2018. La volonté de l'UNCAM était en effet de permettre à l'OC de pouvoir informer en toute transparence chacun de ses adhérents des sommes qu'il aura directement versées à chaque médecin dans le cadre du co-financement (chose que ces organismes ne pouvaient pas faire à travers le prélèvement fiscal mis en place chaque année via les LFSS). Par conséquent, l'UNCAM et l'UNOCAM s'étaient engagés à mettre en place, avant le 31 décembre 2017, une modalité technique et financière permettant d'atteindre cet objectif. Mais les négociations entre les 2 Unions pour concrétiser cette mise œuvre n'ont pas abouti...

En parallèle, la convention médicale de 2016 avait tout de même prévu que la participation des OC au financement du nouveau forfait patientèle médecin traitant soit portée à 250 millions d'euros en 2018 et 300 millions d'euros en 2019. C'est pourquoi la dernière LFSS avait maintenu pour l'année 2018 une participation des OC égale à :

Forfait annuel de 8,10 euros

X

Nombre d'assurés de chaque organisme (hors bénéficiaires de la CMU-C) ayant consulté au moins une fois leur médecin traitant au cours de l'année 2017

3. Actualité réglementaire

Nouveauté – article 17 de la LFSS pour 2019 sur la participation des OC au financement des modes de rémunération alternatifs à l'acte des médecins conventionnés :

Au 1^{er} janvier 2019, il est prévu de transformer la participation qui était reconduite chaque année (cf. point 2) en une contribution pérenne (taxe), afin de sécuriser la participation financière des OC au forfait patientèle médecin traitant.

Cette nouvelle taxe sera :

- ✓ Annuelle
- ✓ Recouvrée en principe par l'URSSAF
- ✓ Affectée à la CNAM
- ✓ Assise sur l'ensemble des cotisations versées aux OC au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire (comme la TSA), avec un taux de 0,8 % : cela doit permettre d'assurer en 2019 un rendement de 300 millions d'euros, conforme aux engagements financiers prévus par la convention médicale de 2016.

Elle sera due au titre des années 2019, 2020 et 2021, et sera prorogée annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel destiné au financement de la prise en charge de ces modes de rémunération.



Pour la petite histoire ...

- * En 1ère lecture, l'Assemblée nationale a limité la date de fin de la taxe à la fin de la convention médicale, soit 2021.*
- * En 1ère lecture, le Sénat a retiré l'allusion à la fin de la convention médicale et a remplacé cette référence à la caducité de la convention par une référence aux années 2019, 2020 et 2021, en ajoutant que le dispositif sera prorogé annuellement, sauf disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel destiné au financement de la prise en charge des modes de rémunération.*
- * En nouvelle lecture, la commission des affaires sociales a adopté la rédaction du Sénat en supprimant la référence à une éventuelle disposition législative expresse prenant acte d'un nouveau dispositif conventionnel : elle a juste maintenu la référence aux années 2019, 2020 et 2021 !*
- * La Ministre a donné un avis « défavorable » à cette rédaction en indiquant qu'elle insécurisait le prélèvement après 2021 ! En effet, son souhait est de faire reposer les choses sur la négociation conventionnelle avec les médecins pour voir s'il n'y a pas un autre moyen de participer au financement de ce forfait patientèle (suite à l'échec des pourparlers qu'il y avait eu début d'année 2018), et que s'il n'y a pas d'autres moyens « nous aurons besoin de poursuivre cette taxe au-delà de 2021 »*
- * Finalement c'est donc la rédaction du Sénat en 1ère lecture qui a été choisie et adoptée en lecture définitive par l'AN.*