



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

CONVENTION MÉDICALE 2023 MULTILATÉRALE

jeudi 23 février 2023

LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ DES MÉDECINS

Le médecin généraliste traitant est éligible s'il remplit quatre indicateurs selon la répartition visée ci-dessus au cours de l'année passée

Indicateurs nationaux

1. Augmentation de l'offre médicale (1 case)

- Niveau de file active adultes et enfants (1 800 patients)
- Niveau de patientèle médecin traitant (1 200 patients) |
- Evolution de la file active adultes et enfants **(+ 50 / an)**
- Evolution de la patientèle médecin traitant adulte **(+ 40 / an)**
- Emploi d'un assistant médical (aidé par l'AM)

2. Accès financier aux soins (1 case)

- Adhésion au secteur 1
- Adhésion à l'OPTAM / OPTAM-ACO
- Engagement d'un seuil minimal d'activité à TO fixé à **40%**

Objectifs territoriaux

3. Participation aux besoins de soins du territoire (2 cases)

- Exercice dans une ZIP
- Accueil d'un stagiaire minimum au cours des 12 derniers mois
- Participation à l'effection des soins non programmés issus du SAS ou du 15 **(5 SNP / mois)**
- Participation à la régulation du SAS (3 fois / trimestre)
- Participation à la PDSA (3 fois / trimestre)
- Ouverture le samedi matin par an **(24 samedis par an ou ouverture du cabinet pendant 50 semaines)**
- Participation aux actions d'une CPTS (ACI)
- Exercice en MSP (ACI)
- Participation à une équipe de soins primaires (ESP)
- Collaboration avec un infirmier Asalée
- Collaboration avec une IPA **(seuil minimum de 20% de patients MT en ALD adressés à une IPA)**

Pour les médecins en cumul emploi retraite, la 1^{ère} thématique est atteinte dès lors que le médecin a une patientèle de 500 PMT adultes. Cela représente plus de 70% de ces médecins. En outre, un seul item sera demandé pour la 3^{ème}.

Le médecin spécialiste est éligible s'il remplit quatre indicateurs selon la répartition visée ci-dessus au cours de l'année passée

Indicateurs nationaux

1. Augmentation de l'offre médicale (1 case)

- Niveau de la file active adultes et enfants (p70, niveau annuel défini par spécialité)
- Evolution de la file active adultes et enfants (évolution annuelle définie par spécialité, **revue à la baisse**)
- Emploi d'un assistant médical (aidé par l'AM)
- Activité + 220 jours / an

2. Accès financier aux soins (1 case)

- Adhésion au secteur 1
- Adhésion à l'OPTAM / OPTAM-ACO
- Seuil minimal d'activité à tarif opposable fixé à **40%**

Indicateurs territoriaux

3. Participation aux besoins de soins du territoire (2 cases)

- Exercice dans une ZIP
- Réalisation de consultations avancées en ZIP ou en ZAC (1 journée par mois)
- Accueil d'un stagiaire au cours des 12 derniers mois
- Participation à l'effection des soins non programmés issus du SAS ou du 15 (**5 SNP / mois**)
- Participation à la régulation du SAS (3 fois / trimestre)
- Participation à la PDSES (3 fois / trimestre)
- Participation aux actions d'une CPTS (ACI)
- Exercice en MSP (ACI)
- Participation à une équipe de soins spécialisés (ESS)
- Collaboration avec une IPA (**seuil minimum de 10% des patients ALD adressés à une IPA**)

Pour les médecins en cumul emploi retraite, l'atteinte de la 1^{ère} thématique sera fixée au niveau P30 FA. Cela représente plus de 70% de ces médecins. En outre, un seul item sera demandé pour la 3^{ème}.

L'ENGAGEMENT TERRITORIAL : UNE RECONNAISSANCE DE LA PRATIQUE ACTUELLE DE NOMBREUX MÉDECINS

Quelques données hors cumul emploi/retraite* et exercice mixte qui ont des objectifs abaissés/proratisés :

- 40% des médecins généralistes atteignent les niveaux de file active ou de patientèle médecin traitant
 - Les médecins entre p60 et p 70 (10% des médecins) mettront au maximum entre 6 mois et 3 ans pour arriver au niveau seuil d'activité
 - 96% des médecins généralistes exercent en secteur 1
 - 78% des médecins spécialistes exercent en secteur 1 ou adhèrent à l'OPTAM/OPTAM-CO
 - 40% des médecins généralistes participent à la PDSA
 - Plus de 40% du territoire est couvert par une CPTS
- 18% des médecin généralistes exercent en ZIP, et 14% des spécialistes
 - 15% des médecins généralistes, au minimum, auront un assistant médical à fin 2024
 - 12% des médecins généralistes sont en MSP
 - 30% des médecins spécialistes travaillent au moins 220 jours par an
 - 30% des médecins généralistes travaillent plus d'un samedi sur deux

Des dérogations possibles

Cas des médecins en cumul emploi / retraite

Concernant les médecins exerçant en cumul emploi / retraite, la thématique 1 est atteinte dès lors que la patientèle du médecin dépasse les seuils suivant (plus de 70% des médecins concernés atteignent ces seuils) :

Médecins généralistes : 500 patients MT

Médecins spécialistes : niveau de file active (p30), par exemple, les neurologues devraient avoir une file active de 917 patients sur l'année.

Cas des médecins en activité mixte libéral et ayant des activités médicales annexes*

Concernant les médecins n'exerçant pas exclusivement en libéral, les indicateurs de l'axe 1 « Augmentation de l'offre médicale » seront proratisés en fonction de leur quotité d'activité autre en nombre de jours. Ils doivent apporter à leur caisse de rattachement les pièces justificatives attestant de l'exercice médical au sein d'un autre exercice que celui de libéral (contrat de travail, bulletin de salaire, contrat d'exercice libéral en établissement ...).

*activité salariée en établissement de santé, activité salariée en établissement médico-social, activité salariée en petite moyenne enfance (PMI), activité dans une ONG médicale, activité d'enseignement supérieur, activité salariée de médecine scolaire, activité salariée pour une société d'assurance, activité salariée de médecine du travail, fonction élective au sein d'un syndicat de médecin ou d'un syndicat pluri-professionnels ou de l'ordre

Par exemple, un médecin généraliste qui travaille une journée par semaine en PMI devrait augmenter sa file active de 4/5 de l'objectif, soit 40 nouveaux patients MT sur l'année.

Cas des médecins ayant eu une interruption d'activité pour raisons médicales ou en situation de maternité / paternité

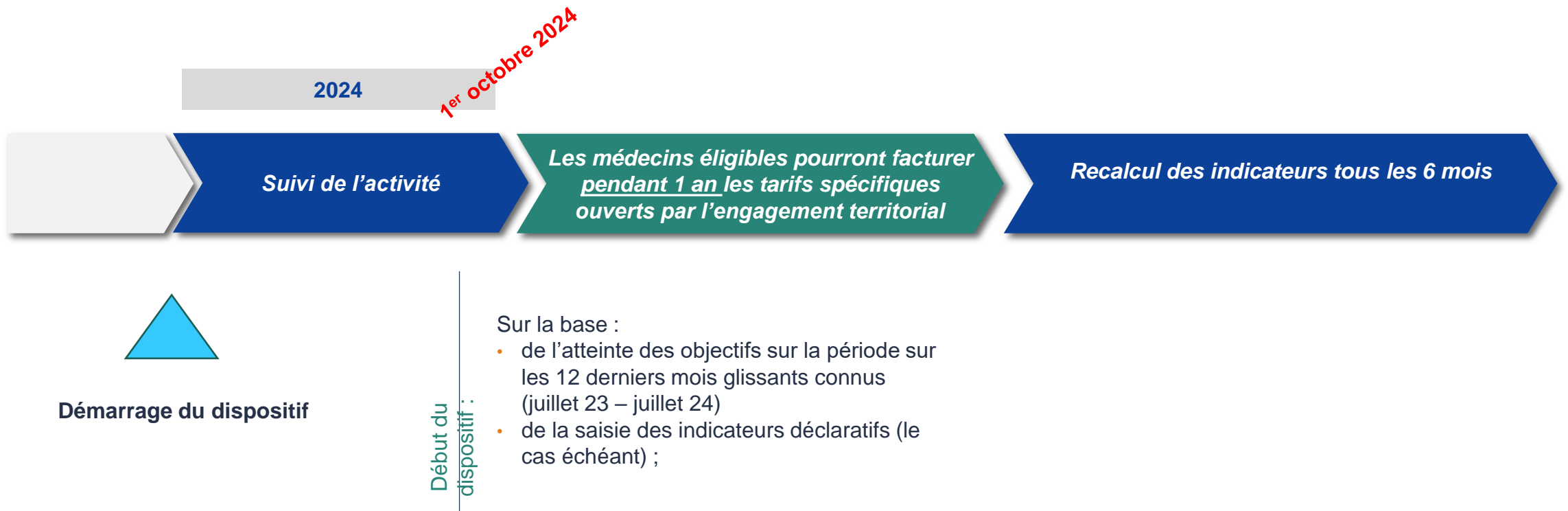
Concernant les médecins ayant eu une interruption d'activité liée à des raisons médicales (indemnités journalières) ou en situation de maternité et de paternité (grossesse, congé maternité, congé paternité, congés d'adoption ...), la période d'absence est prise en compte.

DATE APPLICATION

Mise en œuvre de l'engagement territorial

Mise en œuvre du dispositif dès l'année 2024 :

- période de référence observée juillet 23 – juillet 24
- entrée en vigueur du dispositif (bénéfice de la valorisation) : 1er octobre 2024



REVALORISATION DE LA NOMENCLATURE

NOMENCLATURE MAJORÉE GÉNÉRALISTES TRAITANT

Nomenclature médecins généralistes

		Tarif actuel	Nouveau tarif	Tarif majoré
N1	Consultation	25 €	26,5 €	30 € ou FPMT
N2	Consultation des 0-2 ans	30 €	31,5 €	
	Consultations obligatoires de l'enfant (17 consultations)	25 €/ 30 €	26,5 € / 31,5 €	40 €
	Consultation annuelle / patient suivi en collaboration avec IPA	25 €	26,5 €	
N3	Consultation longue du patient ALD de + 80 ans (2x/an)	25 €	26,5 €	
	Repérage autisme et TND / dossier MDPH (CCE) > CTE/MPH	60 €	60,0 €	
	Consultation de sortie d'hospitalisation (MIC/MSH)	48 €	49,5 €	
	Consultation complexe de l'enfant (CCX) >CSE/ASE*	46 €	47,5 €	60 €
	3 consultations obligatoires de l'enfant avec certificat (COE)	46 €	47,5 €	
	Consultation initiale d'information + stratégie thérapeutique** (MIS)	55 €	56,5 €	
	APC	55 €	56,5 €	

Autres Maintien de la majoration MEG 2-6 ans de 5€, en sus de la revalorisation sociale

*Repérimétrage de la CCX : la consultation ASE devient annuelle

** Périmètre actuel

MPA (80ans et +, hors PMT) : transformation en majoration facturée à l'acte

NOMENCLATURE MAJORÉE SPÉCIALISTES

Nomenclature spécialistes

		Tarif actuel	Nouveau tarif	Tarif majoré
N1	Consultation	30 €	31,5 €	35 €
N2	Pédiatres 0-2 ans	37 €	38,5 €	
	Pédiatres 2-6 ans	32 €	33,5 €	40 €
	Pédiatres examens obligatoires	32 € / 37 €	33,5 € / 38,5	
N3	APC	55 €	56,5 €	
	Consultations psychiatriques	50,2 €	51,7 €	
	Consultations complexes de l'enfant (CCX) > CSE + ASE (qui devient annuelle)	46 €	47,5 €	
	Consultations très complexes (CCE) > EPH/CGP/CTE/MPH	60 €	60,0 €	
	Consultations obligatoires de l'enfant avec certificat (COE)	46 €	47,5 €	60 €
	Consultations de sortie d'hospitalisation et de maternité > MIC/MSH/CSM	53 € / 46 €	54,5 € / 47,5 €	
	Consultations initiale d'information + stratégie thérapeutique > MIS*	60 €	60 €	
	Consultation d'appareillage (MTA) - MPR	53 €	54,5 €	
	Consultation de dépistage du mélanome (CDE) - dermatologues	46 €	47,5 €	
	Consultation spécifique d'endocrinologie (MCE) - endocrinologues	52 €	53,5 €	
Autres	APY	62,5 €	64 €	67,5 €
	CSC	50 €	51,5 €	51,5 €

Maintien de la majoration avenant 9 pour les gynéco-med (+2 €)

*Périmètre actuel

MPA (80ans et +, hors PMT) : transformation en majoration facturée à l'acte

De nouvelles possibilités de dérogation...

Possibilité de cumul

- **Nouvelles dérogations possibles** de cumul d'actes techniques CCAM avec un acte clinique (**supplément de 15€ valorisant le temps clinique**)

Propositions

Endocrinologues	KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde
Rhumatologues et MPR	NZJB001, MZJB001 NZJB002, MZJB002 MZLB001, NZLB001, LHLB001	Évacuation de collection articulaire / Ponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur Infiltrations articulations membre supérieur ou inférieur / articulation vertébrale
Gynécologues et MG	JKLD001 JKGD001 JKKD001	Pose, ablation par voie vaginale et changement d'un dispositif intra-utérin
Gynécologues-obstétriciens	JQQM00-1-2-3-7-8-10-15-16-17-18-19 JQQJ037 ZCQJ001-2-3, ZCQM003	Echographies obstétricales réalisées en dehors d'une hospitalisation Echographies pelviennes

LA MAITRISE DES DÉPASSEMENTS D'HONORAIRES L'OPTAM ET L'OPTAM-ACO

**Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T liés à l'OPTAM et l'OPTAM-ACO**

modificateur K (S1/S2 OPTAM-CO) : +20% → +30%
 modificateur T (S2 OPTAM) : +11,5% → +21,5%



Pour les nouveaux installés, l'objectif est fixé :

- ✓ au minimum au niveau du taux moyen de dépassement de la région ayant le taux le plus bas **majoré de 10%**
 au maximum au niveau du taux moyen de dépassement de la région ayant le taux le plus haut **minoré de 5%**

Exemples**Gastroentérologues (OPTAM)**

Taux de dépassement

	Île-de-France	35,2%	30,2%
	Bretagne	5,2%	15,2%

Chirurgiens (OPTAM-ACO)

Taux de dépassement

	Île-de-France	47,9%	42,9%
	Bretagne	16,7%	26,7%

L'AIDE À L'EMPLOI D'UN ASSISTANT MÉDICAL

Les critères éligibilité

- Le médecin a le choix de recruter **directement** l'assistant médical ou par l'intermédiaire **d'un groupe de médecins libéraux** ou d'une structure organisée en **groupement d'employeurs**.
- **Rappel** : les gynécologues médicaux sont éligibles à l'aide conventionnelle.
- Proposition d'élargissement à l'ensemble des chirurgiens de l'éligibilité au dispositif dès lors que leurs honoraires CCAM représentent moins de 20% de leurs honoraires totaux

Les modalités d'emploi

- Les **contrats 1/3 ETP** existants sont maintenus et continuent d'exister **jusqu'à leur cessation par le médecin** ou **jusqu'à ce que celui-ci bascule vers une autre option**.
- Dans **l'atteinte des objectifs**, les **arrêts d'activité / l'activité mixte des médecins** et les **arrêts de travail de l'assistant médical** sont bien pris en compte.

Des dérogations locales possibles

- Proposition de **construire un cadre général pour ces dérogations locales en CPN** :
 - Critères éligibilité
 - **Modalités de calcul des objectifs** : les arrêts d'activité / l'activité mixte des médecins et les arrêts de travail de l'assistant médical sont bien pris en compte.

Le suivi des contreparties d'augmentation de patientèle

Médecins généralistes et pédiatres

Médecins spécialistes

Augmentation de la patientèle
médecin traitant (adulte et enfant) et
de la file active

Augmentation de la file active

Lorsque l'un des deux l'objectifs est atteint et que la patientèle de l'autre objectif n'est pas en diminution sur la période,
le médecin perçoit 100% de l'aide.

LES DISPOSITIFS VISANT À GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS URGENTS (SAS)

La valorisation de la participation à la prise en charge des soins non programmés

L'effectifion

- Le médecin peut facturer une **majoration de 10 euros** en cas de visite à domicile avec un **délai court (24h)** après appel de la régulation
- La MCU et l'APC sont cumulables.

PDSA majoration

- Création d'une majoration de +5€ sur les visites (régulées ou non) :
 - Samedi après-midi / dimanche
 - Nuit profonde et non profonde

LE FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT

Les majorations (cumulables)

Tous les médecins

Majoration patientèle précaire

Doublement de la majoration
précarité C2S

**Proposition de mettre en place un GT
portant sur la valorisation des patients
AME**

Tous les médecins installés en ZIP

Majoration d'exercice en ZIP

Majoration de 30% du forfait

Aujourd'hui, pas de distinction entre les
cabinet principal et secondaire (calcul sur
agrégat de l'ensemble de la patientèle).

**Proposition de travailler sur le traitement
médecins ayant des cabinets principal et
secondaire dans des zones
démographiques différentes.**

Les jeunes* primo-installés

Majoration de primo-installation

Majoration de 30% du forfait
pendant 3 ans

**Majoration « jeunes primo-installés »
lorsque l'installation a lieu dans les 4 ans
post-DES.**

Impact sur les contrats démographiques

- En complément de l'aide unique de 10 000 € en ZIP pour les primo-installés, un aide de 5 000 € en ZAC, y compris pour les médecins diplômés étrangers (ZIP et ZAC)
- Pour les spécialistes exerçant en ZIP, proposition d'un forfait de 5 000 € / an pérenne
- Concernant le zonage, travail avec les ARS pour une actualisation des zonages plus fréquente

**Mobilisation pour les patients en ALD
sans médecin traitant**

- Pour l'inscription d'un nouveau patient en ALD dans la PMT (60€) , le changement de médecin traitant pour ALD est pris en compte.

LE FORFAIT DE SANTÉ PUBLIQUE

Indicateurs conservés ou modifiés des médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus à compter du 1er janvier 2024

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans et un trimestre – Ajout d'un acte supplémentaire : acte CCAM EBQF 004 angiographie du segment postérieur de l'œil par injection intraveineuse transcutanée de fluorescéine.	65%	79%	75

- Proposition de mettre en place un GT sur les modalités de traçabilité des dépistages de cancer

Indicateurs des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans à compter du 1er janvier 2024

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Vaccination	Part des patients MT âgés de 15-16 ans ayant reçu le schéma vaccinal complet contre le HPV	23%	50%	45
	Part des patients MT âgés de 12 ans ayant reçu une première dose contre le HPV (proposition d'ajout)			

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Cancer colorectal	Proposition de supprimer : Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CGR	18%	44%	70

- Les points seront réattribués sur les autres indicateurs.

LE FORFAIT NUMÉRIQUE

Indicateurs du forfait numérique appliqués à compter du 1^{er} janvier 2024

Les cibles à partir de 2025 pourront être aménagées, en fonction du déploiement des dispositifs, par décision de la CPN

VOLET	INDICATEUR	CIBLE 2024	CIBLE 2025	CIBLE 2026	CIBLE 2027
Indicateurs optionnels	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé	5%	5%	5%	5%

Diminution des cibles

LA TÉLÉMÉDECINE

Précisions

1. Pour déroger à la règle générale, chaque **CNP pourra proposer un taux pour sa spécialité**
2. Le seuil est applicable aux médecins des plateformes.
3. La déclaration MT ne peut être faite en téléconsultation.
4. La consultation à 60 € d'accueil de patients en ALD dans sa PMT ne peut être faite en téléconsultation.

LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

Les critères conditionnels à la création d'une ESS

- Proposition de **deux missions socles** pour les ESS

Missions socles de l'ESS	<u>Activités</u> de l'ESS
<p>Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »</p>	<ul style="list-style-type: none"> Structurer l'offre de 2^e recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3^e recours Faciliter la gradation des soins via la mise en place de parcours sur certaines pathologies Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel sur demande des médecins du territoire pour leurs patients dans des délais réduits sous la forme de téléexpertise, téléconsultation ou de consultation en présentiel Accompagner le virage ambulatoire des établissements hospitaliers notamment par la participation à l'organisation des sorties d'hospitalisation Faciliter la pratique de la téléexpertise et de la télésurveillance sur le territoire
<p>Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier</p>	<ul style="list-style-type: none"> Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP Le cas échéant, contribuer à l'organisation des soins non programmés de leur spécialité, en lien avec les CPTS de leur territoire Déterminer les modalités de participation des spécialistes du territoire à la permanence des soins

- Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible **possible** régionale pour les ESS arrivées à maturité), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée ;
- Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins 20% des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre, à terme l'ESS doit avoir une cible d'intégration **d'au moins 50 % des spécialistes** de la spécialité concernée présents sur son territoire ;
- Suppression de l'intégration des paramédicaux dans le cahier des charges**

Le financement

Le financement d'une ESS s'effectue selon deux dotations :

- Crédit d'amorçage de 40 000 euros, à réception de la lettre d'intention simplifiée, afin de pouvoir rédiger le projet de santé, puis 40 000 à réception du projet de santé.
- Dotation annuelle dès la première année de 60 000 euros

Les partenaires conventionnels proposent de mettre en place un suivi régulier de la montée en charge du dispositif et d'ajuster le cas échéant les modalités d'accompagnement financier de ces équipes, notamment pour prendre en compte la diversité de leurs tailles.

AVENANTS

Proposition d'avenant
Réforme CCAM / OPTAM
Enjeux environnementaux
Rémunérations collectives Mutualisation des objectifs
Consultations de prévention
Ouverture du FSP à d'autres spécialités
Collaboration médecin - infirmier

ANNEXES

EVOLUTION ANNUELLE PAR SPECIALITE : AUGMENTATION ANNUELLE FILE ACTIVE

Spécialités	Augmentation FA par an
23-ACP	100
08-Radiologues	100
17-Ophtalmologues	100
13-1 ORL médicaux	70
03-Anesthésistes	70
06-Dermatologues	70
07-Médecins nucléaires	70
13-2 ORL chirurgicaux	60
84-Médecine Vasculaire	60
10-2 Gynécologues obstétriciens	50
85-Allergologie	50
10-1 Gynécologues médicaux	50
04-Cardiologues	50
02-MEP	50
15-Pneumologues	50
01-Généralistes	50

Spécialités	Augmentation FA par an
16-Rhumatologues	50
11-Gastro-entérologues	40
24-Endocrinologues	40
20-Neurologues	40
14-Pédiatres	40
18-Stomatologues	40
19-MPR	30
32-ODF	30
05-Chirurgiens	30
12-Internistes	30
09-Radiothérapie	30
25-Gériatres	20
22-Néphrologues	20
21-Psychiatres-neuro-psychiatres	10

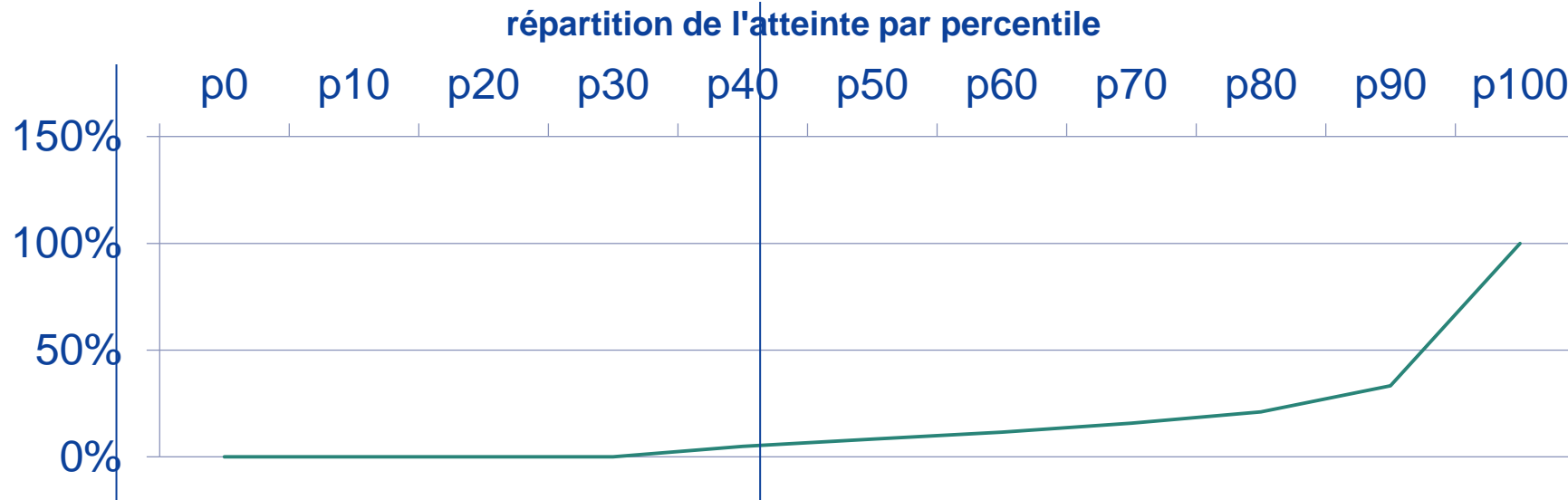
ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Prévention de l'antibiorésistance	Part des patients MT traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques chez les patients de moins de 4 ans (décroissant)	29%	1%*	45
	Part des patients MT traités par céphalosporine de 3e ou 4e génération parmi ceux traités par antibiotiques chez les patients de plus de 4 ans (décroissant)	16%	1%*	45
Vaccination	Part des patients MT âgés de 15-16 ans ayant reçu le schéma vaccinal complet contre le HPV	23%	50%	45
	Part des patients MT âgés de 12 ans ayant reçu une première dose contre le HPV			45

***Dans la pratique observée, le p70 pour les indicateurs d'antibiorésistance est à 0%. Pour prendre en compte les cas où une prescription d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance est nécessaire, l'indicateur est fixé à 1%.**

Part des patients mt de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques

Dénominateur	Patients MT de 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance d'antibiotiques prescrits par le MT
Numérateur	Patients MT 4 ans ou plus ayant eu au moins 1 délivrance de céphalosporines de 3è ou 4è génération prescrites par le MT
Période de calcul	12 mois glissants
Sens	Décroissant

Reflet de la pratique des PS libéraux actifs et conventionnés (sur 2021)



Indicateurs	p0	p10	p20	p30	p40	p50	p60	p70	p80	p90	p100
Part des patients MT de 4 ans ou plus traités par céphalosporine de 3è ou 4è génération parmi les patients MT de 4 ans ou plus traités par antibiotiques	0%	0%	0%	0%	5%	8%	12%	16%	21%	33%	100%