l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

CONVENTION MÉDICALE 2023 MULTILATÉRALE

Mercredi 22 février 2023

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

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

- 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**.

Les critères éligibilité

- **Médecins S1 et S2 OPTAM/OPTAM-(A)CO.**

- **Toutes les spécialités médicales sont éligibles à l'aide conventionnelle**, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, chirurgiens, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomo-cytopathologistes et médecins nucléaires.

- **Activité minimale** : un seuil minimal de patients est requis pour bénéficier du contrat. Il est fixé au 30e percentile de la distribution nationale des patientèles pour chaque spécialité concernée.

- **Caractère non substitutif** : dans le cas où l'assistant médical est déjà salarié comme secrétaire médical et que son poste n'est pas remplacé totalement par un autre secrétaire médical, le versement de l'aide conventionnelle est conditionné à l'embauche d'un autre secrétaire médical (sous 6 mois) ou au recours à un secrétariat médical téléphonique (sur justificatif à produire lors de la signature du contrat) pour un durée équivalente *a minima* au temps de temps travail du poste à remplacer.

Les modalités d'emploi

- Le montant de l'aide conventionnelle diffère selon deux options de temps de travail de l'assistant médical et l'ancienneté de l'emploi de l'assistant :
  - Un **demi équivalent temps plein** (1/2 ETP) ;
  - Un **équivalent temps plein** (1 ETP).
- **A titre dérogatoire**, si la situation en terme de démographie médicale apparait particulièrement dégradée, un médecin peut bénéficier sur accord du directeur de la caisse d'une aide conventionnelle qui va **au delà d'un ETP**

- Les parties conventionnelles conviennent de l'intérêt de proposer, aux médecins libéraux exerçant dans un même cabinet ou dans une même MSP qui le souhaitent, la possibilité de mutualiser les objectifs en terme de patients supplémentaires liés à l'emploi d'un assistant médical. A cette fin des travaux techniques seront conduit permettant d'adopter un avenant ouvrant cette possibilité.

Le montant de l'aide

- Le montant de l'aide est **modulé à compter de la 3ème année en fonction du niveau d'atteinte par le médecin des objectifs d'augmentation de sa patientèle** fixés au contrat et majoré pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes.

- Une fois l'objectif atteint, la patientèle doit être maintenue au même niveau.

	Montants maximaux de l'aide		**Versements de l'aide**
	Option 1/2 ETP	**Option 1 ETP**	
1ère année	18 000 €	36 000 €	Versement intégral quelle que soit l'atteinte des objectifs
2ème année	13 500 €	27 000 €	
3ème année et suivantes	10 500 €	21 000 €	Modulation à partir de la 3ème année selon l'atteinte des objectifs
Montant majoré pour les médecins ayant les patientèles les plus importantes :	12 500 €	25 000 €	
Médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P95]			
Montant fixe pour les Médecins ayant une patientèle ≥ P95 :	18 000 €	36 000 €	Modulation à partir de la 3ème année selon l'atteinte des objectifs

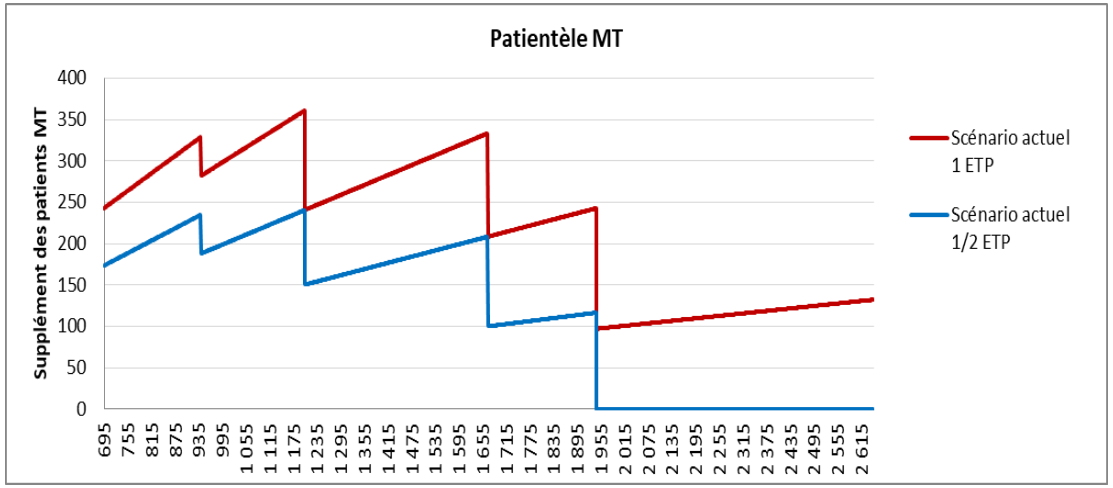
UNE NOUVELLE FIXATION DES OBJECTIFS À ATTEINDRE

Objectif

Un dispositif plus juste avec moins d'effets seuils

Scénario actuel

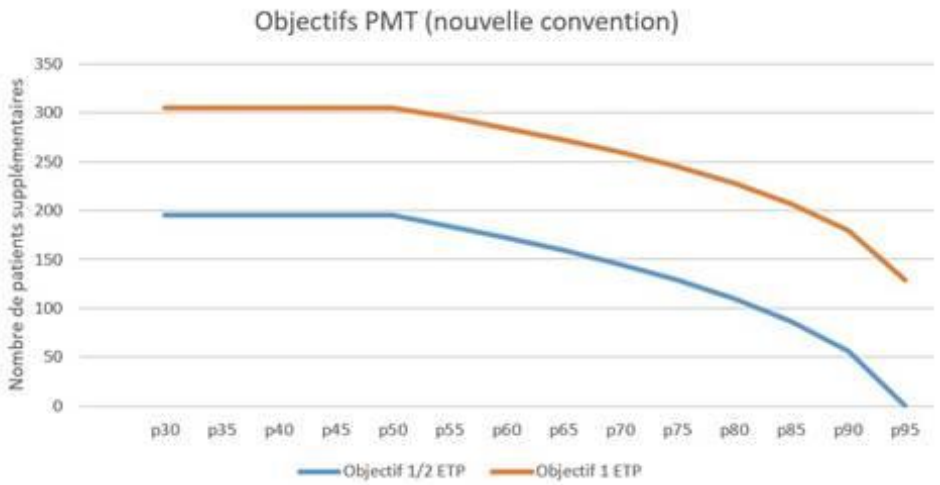
Un scénario avec des effets de seuil



Scénario proposé

Plus la patientèle initiale du médecin est importante, moins ses objectifs seront élevés

Courbe constante entre P30-P50 et décroissante à partir de P50



Objectifs

(avec dérogations pour les nouveaux installés et les médecins en exercice mixte)

En contrepartie de l'aide conventionnelle, le médecin s'engage à prendre en charge davantage de patients. Les engagement sont modulés selon la taille initiale de la patientèle des médecins.

Percentile	Si PMPT initiale au 31/12/2021	Objectif ½ ETP Actuel	Objectif 1/2 ETP	Objectif 1 ETP Actuel	Objectif 1 ETP	Si PFA initiale au 31/12/2021	Objectif 1/2 ETP Actuel	Objectif 1/2 ETP	Objectif 1 ETP Actuel	Objectif 1 ETP
p30	775	**195**	**195**	**271**	**305**	1 219	**311**	**311**	427	**467**
p35	850	**213**	**195**	**298**	**305**	1 297	**324**	**311**	454	**467**
p40	917	**229**	**195**	**321**	**305**	1 368	**342**	**311**	479	**467**
p45	981	**245**	**195**	**343**	**305**	1 440	**360**	**311**	504	**467**
p50	1045	**209**	**195**	**314**	**305**	1 514	**303**	**311**	454	**467**
p55	1110	**222**	184	**333**	295	1 590	**318**	297	477	446
p60	1181	**236**	172	**354**	284	1 671	**334**	283	501	424
p65	1256	**251**	159	**377**	272	1 760	**352**	266	528	399
p70	1336	**167**	145	**267**	260	1 858	**232**	248	372	372
p75	1430	**179**	129	**286**	245	1 971	**246**	227	394	341
p80	1540	**193**	110	**308**	228	2 114	**264**	201	423	302
p85	1677	**210**	87	**335**	207	2 303	**288**	166	461	249
p90	1858	**111**	56	**232**	179	2 587	**155**	114	323	171
p95	2187	**Maintien**	Maintien	**109**	109	3 207	**Maintien**	Maintien	**160**	**Maintien**

« Un médecin généraliste qui a **1 000 patients MT** et qui contractualise pour être accompagné d'un assistant médical à temps plein devra avoir augmenté sa patientèle MT de de **305 patients au bout de 3 ans** »

Proposition d'avenant pour traiter la mutualisation des objectifs

Le suivi des contreparties d'augmentation de patientèle

Médecins généralistes

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

Médecins spécialistes

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 conditions de versement

Spécialité	Objectif PMT	Objectif FA	Calcul de l'aide
Médecin généraliste	Atteint	Atteint	100% de l'aide versée
	Atteint	Non atteint (sans diminution)	100% de l'aide versée
	Non atteint (sans diminution)	Atteint	100% de l'aide versée
	Non atteint (sans diminution)	Non atteint (sans diminution)	Prorata sur le taux d'atteinte le plus élevé
	Non atteint (**avec** diminution)	Non atteint (**avec** diminution)	Pas d'aide versée sur l'année
	Non atteint (**avec** diminution)	Atteint	Pas d'aide versée sur l'année
	Atteint	Non atteint (**avec** diminution)	Pas d'aide versée sur l'année
Médecin spécialiste	N/A	Atteint	100% de l'aide versée
	N/A	Non atteint (sans diminution)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
	N/A	Non atteint (**avec** diminution)	Pas d'aide versée sur l'année

LE FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Principe général

- Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le médecin est enregistré comme médecin traitant dans les bases de l'assurance maladie (de l'ensemble des régimes obligatoires de base) sont pris en compte dans le calcul du FPMT, avec une pondération tenant compte de leurs caractéristiques (âge et ALD) décrite dans le tableau ci-dessous :

Valorisation du FPMT selon l'âge et la pathologie des patients		
Caractéristiques	**Précision**	**Valorisation**
80 ans et plus	Hors ALD	**50 €** (contre 42 € convention 2016)
80 ans et plus	ALD	**70 €**
0 à 6 ans	Hors ALD	**6 €**
80 ans et moins	ALD (y compris 0-6 ans)	**50 €** (contre 42 € convention 2016)
Autres patients	7 à 79 ans Hors ALD	**5 €**

- Le nombre de patients ainsi comptabilisé est arrêté **au 1er janvier** de l'année au titre de laquelle le forfait est versé : **plus de système d'acompte/régularisations qui pouvaient entrainer des indus**.
- Cette rémunération est versée chaque année, **par période de référence de 3 mois**, correspondant à un quart de la rémunération annuelle.

Proposition d'avenant pour permettre une mutualisation de ces rémunérations entre plusieurs médecin (cabinet de groupe, MSP)

Les majorations (cumulables)

Tous les médecins

Majoration patientèle précaire

Doublement de la majoration précarité C2S

Majoration « précarité » : une majoration est appliquée en fonction de la part des patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire ayant déclaré le professionnel comme médecin traitant. Si cette part est supérieure à la part moyenne de ces patients dans la patientèle des médecins calculée pour la même année au niveau national, une majoration égale à la différence entre le taux national et le taux du médecin, plafonné à 30%, est applicable au montant de la rémunération au titre du FPMT.

Tous les médecins installés en ZIP

Majoration d'exercice en ZIP

Majoration de 30% du forfait

Majoration « ZIP » : afin de soutenir les médecins libéraux conventionnés dont le cabinet principal est implanté dans une ZIP, une majoration du forfait patientèle médecin traitant est mise en place. Cette majoration de 30% est appliquée au montant total du forfait.

Le médecin généraliste qui était installé dans une ZIP et dont la commune, après publication du zonage ARS, ne relève plus d'une zone d'intervention prioritaire bénéficie d'une sortie progressive du dispositif de majoration FPMT :

- ✓ Année du changement de zonage de son lieu d'exercice : 75% de la majoration FPMT-ZIP
- ✓ Année suivant le changement de zonage de son lieu d'exercice : 25% de la majoration FPMT-ZIP

Les jeunes* primo-installés

Majoration de primo-installation

Majoration de 30% du forfait pendant 3 ans

Majoration « jeunes primo-installés » : afin d'accompagner les jeunes diplômés dans leur première installation en libéral, une majoration de 30% est appliquée au montant total du forfait pour les médecins ayant obtenu le Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) depuis moins de trois ans. Cette majoration s'applique pendant les 3 années à compter de l'année de la première installation du jeune diplômé. Cette majoration de 30% est appliquée au montant total du forfait.

Impact sur les contrats démographiques

- **Contrats démographiques en cours :** à compter de l'entrée en vigueur de la convention, il est mis fin à la possibilité d'adhérer aux contrats démographiques prévus par la convention 2016. Les contrats conventionnels démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivent jusqu'à leur terme sauf demande de résiliation par les médecins pour basculer dans le dispositif de majoration du FPMT prévu par la nouvelle convention (pas de cumul des deux possibles).

- **Dispositif complémentaire aux majorations FPMT** : **aide unique à l'installation de 10 000€** pour tous les médecins (secteur 1 et secteur 2 OPTAM / OPTAM-(A)CO), généralistes ou spécialistes, qui s'installent, en primo installation, en ZIP.

Mobilisation pour les patients en ALD sans médecin traitant

Dans l'objectif de permettre à tous les patients en ALD d'avoir accès à un médecin traitant, les médecins bénéficieront des revalorisations suivantes :

- **la majoration de la valorisation des patients ALD de moins de 80 ans à 50€ dans le FPMT;**
- **D'une consultation à 60€ pour l'inscription d'un nouveau patient en ALD dans leur patientèle médecin traitant.**

L'assurance maladie en lien avec les acteurs du territoire lancera en mars un plan d'action afin d'accompagner les médecins et les patients ALD dans cette démarche.

LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Les critères conditionnels à la création d'une ESS

Pour bénéficier des financements prévues par la présente convention, les ESS doivent respecter les conditions suivantes.

- **Périmètre géographique :** l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible 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, l'ESS doit avoir une cible d'intégration de la quasi-totalité des spécialistes de la spécialité concernée présents sur son territoire ;
- **Articulation avec CPTS / DAC** : l'ESS doit collaborer avec les CPTS et les DAC de son territoire ;
- **Périmètre médical** : l'ESS doit traiter de l'ensemble des problématiques liées à une spécialité médicale et non à une seule pathologie ;
- **Intégration des paramédicaux** : l'ESS doit garantir l'ouverture de ses prestations aux professionnels paramédicaux du territoire ; **Intégration des professionnels hospitaliers** : l'ESS doit collaborer avec les professionnels hospitaliers et formaliser ses liens avec l'hôpital en particulier pour l'organisation de la prise en charge des soins non programmés.

Le financement de l'ESS

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

- **Une dotation de démarrage :** ce financement d'un montant de 80 000 euros est versé dès lors que le projet de santé de l'ESS est validé ;
- **Des dotations annuelles de fonctionnement :** ce financement d'un montant de 60 000 euros est versé tous les ans à compter de la 2ème année.

Equipes de soins spécialisés

Missions socles | Missions annexes

Missions de l'ESS	Activités de l'ESS
Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier	• Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP • Proposer une organisation permettant de donner un accès direct à un avis spécialisé ponctuel pour les médecins du territoire et leurs patients dans des délais réduits sous la forme de téléexpertise, téléconsultation ou de consultation en présentiel) • 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
Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »	• Faciliter la collaboration entre acteurs du 1er, 2e et 3° recours ainsi que la gradation des soins au sein de la spécialité notamment la mise en place de parcours de soins spécialisés sur certaines pathologies et l'élaboration des protocoles et arbres décisionnels … • Accompagner le virage ambulatoire des établissements hospitaliers notamment par la participation à l'organisation des sorties d'hospitalisation • Faciliter la pratique des téléconsultations, de la téléexpertise et de la télésurveillance
Proposer des lieux d'accueil et de formation pour les professionnels de santé	• Organiser l'accueil des stagiaires et les programmes de formation en lien avec les organismes agrées • Développer des programmes d'échanges de pratiques entre professionnels de santé de ville de premier et de second recours (RCP, staffs des équipes soignantes…) • Favoriser la participation des professionnels de santé aux programmes de formation continue réalisés par les organismes habilités
Promouvoir et soutenir les politiques de santé publique	• Relayer les campagnes nationales / régionales / territoriales de santé publique, de prévention et de promotion de la santé • Mettre en place leurs propres campagnes de prévention, de dépistage et de santé publique
Expérimenter et promouvoir de nouveaux modes de prise en charge	• Organiser la sensibilisation des médecins du territoires à la primo-prescription en médecine de ville des biothérapies et/ou l'accès précoce à de nouveaux médicaments et/ou de nouvelles stratégies thérapeutiques • Contribuer à l'évaluation et au déploiement d'innovations (ex : « thérapies digitales », objets connectés…) • Définir des modèles de collaboration ou de protocoles de coopération, pour faciliter le partage de tâches entre professionnels de santé (IPA par exemple) • Promouvoir la recherche clinique en ambulatoire
Contribuer au déploiement de bonnes pratiques	• Diffuser des recommandations et structurer un programme d'E.P.P. et de pertinence des soins

LE FORFAIT DE SANTÉ PUBLIQUE

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

La convention médicale 2023 simplifie et recentre le forfait de santé publique sur la prévention primaire et secondaire.

Le forfait de santé publique : critères d'éligibilité

Sont éligibles au forfait santé publique les médecins libéraux conventionnés et de tous secteurs suivants.

- **Tout médecin traitant** de l'adulte et de l'enfant ;
- **Tout médecin traitant de l'enfant** ;
- **Spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires** ;
- **Spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie** ;
- **Spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition**.

Proposition d'avenant pour traiter l'ouverture à d'autres spécialités

Le forfait de santé publique : nouveaux indicateurs

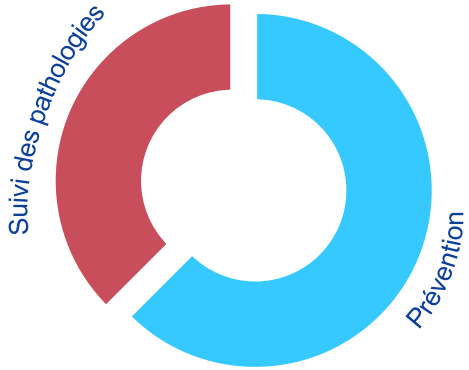
La Convention 2023 intègre de nouveaux indicateurs, notamment :

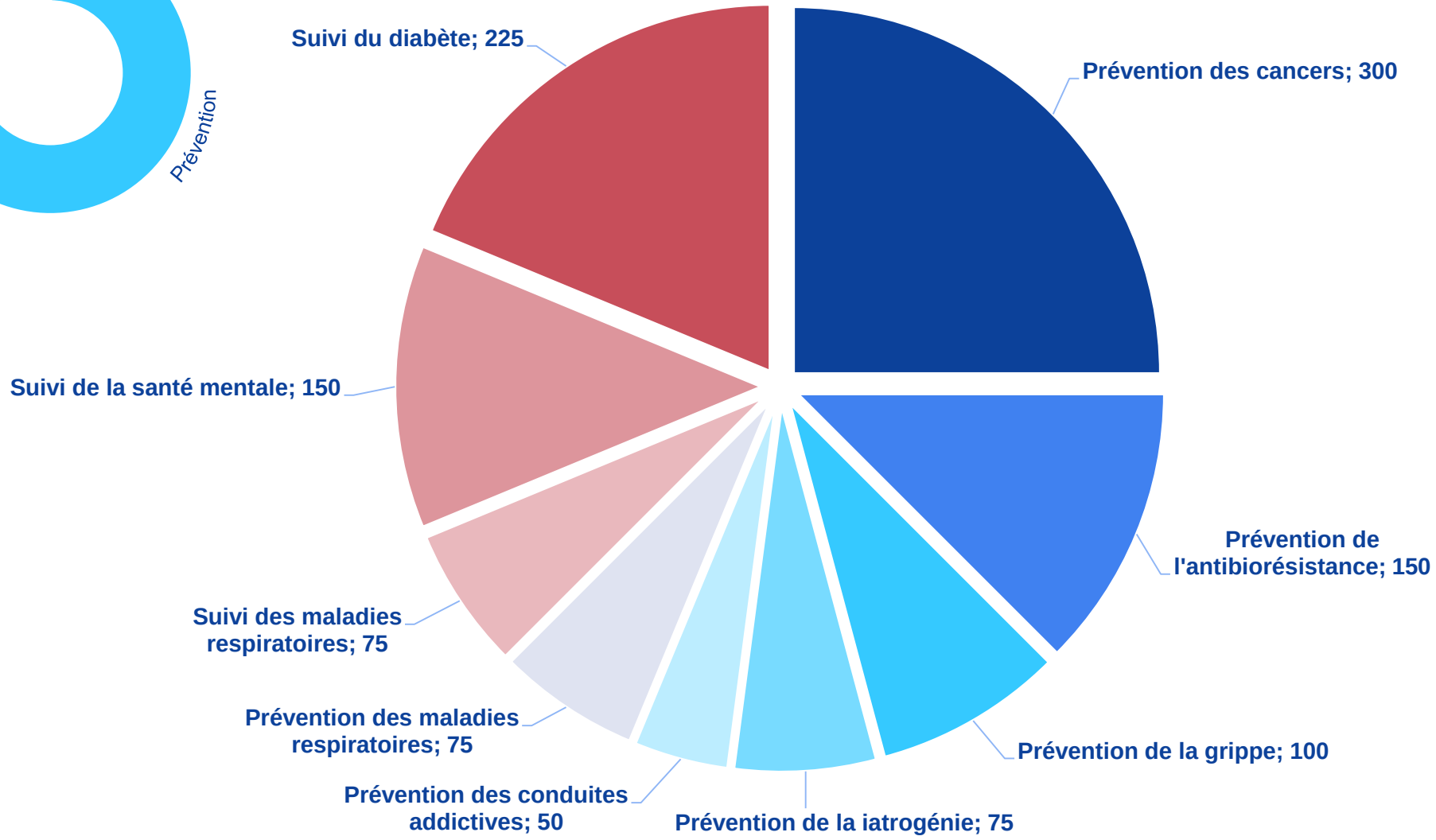
- La prévention autour de la **santé mentale** ;
- La promotion de la **vaccination** ;
- Le contrôle des patients ayant pris des **antidépresseurs** ;
- La lutte contre **l'antibiorésistance** ou la **iatrogénie médicamenteuse**.

La Convention 2023 simplifie les indicateurs du forfait de santé publique.

1. **Réduction du nombre d'indicateurs** *(de 29 à 15 indicateurs sur le forfait médecin traitant adulte) ;*
2. **Suppression du volet d'efficience** *(transfert vers le dispositif d'intéressement) ;*
3. **Réduction du nombre d'indicateurs déclaratifs.**

Forfait de santé publique : Répartition des 1200 points





Avec la convention médicale 2023, le forfait de santé publique est simplifié et axé sur la prévention primaire et secondaire.

Le forfait de santé publique : méthodes de calcul

1

Les **indicateurs** sont élaborés en tenant compte des **avis et référentiels** émis par la **Haute Autorité de Santé** ainsi que des **recommandations existantes** en cohérence avec **les priorités nationales de santé publique**.

2

Pour **chaque indicateur** sont définis **3 seuils** :

- Un **seuil minimal** fixé à un nombre minimal de **5 patients** ;
- Un **taux de départ** à partir duquel est calculée la **progression de chaque indicateur** ;
- Un **taux de suivi**, correspondant au **taux atteint pour l'indicateur à la fin de l'année de référence** de la rémunération.

Le forfait de santé publique : pondération selon la patientèle

	PATIENTÈLE MOYENNE
Médecin traitant des patients de 16 ans et plus	900
Médecin traitant des patients âgés de moins de 16 ans	600
Médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires	800
Médecin spécialiste en gastro-entérologies et hépatologie	1100
Médecins spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition	1000

Définition de la patientèle pour le calcul des indicateurs

- Pour les **médecins traitants des patients âgés de seize ans et plus**, la patientèle retenue est dite « patientèle consommante fidèle » ;
- Pour les **médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans**, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant consommante de l'année en cours ;
- Pour les **spécialistes**, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante » constituée des patients de tous régimes d'Assurance maladie pour lesquels au moins deux contacts ont été réalisés par ces médecins sur les deux années civiles précédentes.

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

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'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	75%	92%	75
	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	65%	79%	75
	Part des patients MT traités par antihypertenseurs et / ou antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de créatininurie et d'albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire (fusion)	7%	23%	75
Prévention de l'antibiorésistance	Part des patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones) (décroissant)	33%	17%	75
	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (décroissant)	30	11	75
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	58%	70%*	100
	Part des patientes MT de 25 à 30 ans ayant bénéficié d'une cytologie au cours des 3 dernières années et des patientes de 30 à 65 ans ayant bénéficié d'un test HPV au cours des 5 dernières années	50%	70%*	100
	Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	30%	65%*	100
Grippe	Part des patients MT ciblés par la campagne de vaccination (65 ans et plus, 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique) vaccinés contre la grippe saisonnière (fusion)	50%	63%	100
TOTAL POINTS INDICATEURS				775

*Indicateurs issus de la *Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030*

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Santé mentale	Part des patients MT anciennement sous BZD et « sevrés »	4%	9%	75
	Part des patients MT ayant initié un traitement par antidépresseur et dont la durée de traitement est >= 6 mois	33%	50%	75
BPCO	Part des patients MT BPCO ayant bénéficié d'une EFR annuelle ou spirométrie	25%	45%	75
Conduites addictives	Sensibilisation des patients aux addictions (tabac, alcool, écran, etc.) – Indicateur déclaratif	80%	95%	50
Iatrogénie	Part des patients MT de 75 ans et plus en poly prescription continue (décroissant)	28%	16%	75
Vaccination	Part des patients MT à risque de survenue d'infection invasive ayant bénéficié d'une dose de vaccination contre le pneumocoque (VPP23) dans les 5 dernières années	7%	15%	75
TOTAL POINTS INDICATEURS				425

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

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
Asthme	Part des patients MT de 1 à 16 ans présentant un asthme persistant traités par corticoïdes inhalés et/ou antileucotriènes	40%	67%	45
	Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle	29%	60%	45
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
Soins bucco-dentaires	Part des patients MT de moins de 16 ans visés par le programme M'T Dents ayant bénéficié d'au moins un examen bucco-dentaire (EBD)	70%	86%	45
Obésité	Part des patients MT de moins de 16 ans dont la courbe de corpulence (réalisée à partir de l'IMC) est renseignée dans le dossier médical au moins une fois par an (Indicateur déclaratif)	80%	95%	35
Vaccination	Part des patients MT âgés de 15-16 ans ayant reçu le schéma vaccinal complet contre le HPV	23%	50%	45
TOTAL POINTS				305

*Indicateurs fixés

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Traitement post IDM	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bétabloquants, statines, AAP et IEC ou sars	25%	43%	70
	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	80%	95%	35
Insuffisance cardiaque	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	61%	78%	70
Hypertension artérielle	Part des patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique	67%	80%	70
Traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois (décroissant)	64%	46%	70
Surveillance biologique	Part des patients sous trithérapie antihypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	91%	97%	70
TOTAL POINTS				**385**

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Cancer colorectal	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	75%	93%	70
	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 3 mois, un dosage de l'ACE la première année post chirurgicale pour CCR	18%	44%	70
Maladie inflammatoire chronique	Part des patients atteints de MICI, traités par 5-ASA au long cours, ayant bénéficié d'au moins un dosage par an de la protéinurie	27%	62%	70
	Part des patients atteints de MICI, traités par Azathioprine au long cours, ayant bénéficié d'au moins 3 dosages par an de NFS et plaquettes	60%	84%	70
Coloscopie	Part des patients ayant eu une coloscopie totale avec polypectomie ou mucosectomie réalisée en année N/N-1/N-2 parmi les patients ayant eu une coloscopie (partielle ou totale, avec ou sans geste thérapeutique) en année N	4%	2%	70
	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	80%	95%	35
Helicabacter Pylori	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	58%	78%	70
TOTAL POINTS				455

Indicateur conservé ou modifié | Indicateur ajouté

Indicateurs de pratique clinique des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	83%	91%	100
	Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou intensification des traitements avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications. (déclaratif)	80%	95%	35
	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	50%	74%	100
Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	63%	84%	100
	Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	50%	73%	100
TOTAL POINTS				455

LE FORFAIT NUMÉRIQUE

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

La convention médicale 2023 remplace le forfait structure par le forfait numérique afin d'accompagner financièrement chaque médecin qui s'équipe de nouveaux services numériques

Le forfait numérique : critères d'éligibilité

Sont éligibles au forfait numérique :

- aux médecins libéraux conventionnés
- aux médecins de toute spécialité
- aux médecins de tous secteurs confondus

Le forfait numérique : les indicateurs

Le forfait numérique recentre les indicateurs sur le numérique en suivant une logique de simplification

- **VOLET 1 :** des indicateurs socles, devant être tous atteints pour bénéficier de la rémunération
- **VOLET 2 :** des indicateurs optionnels indépendants, pouvant être rémunérés dès lors que les indicateurs socles sont atteints

Le forfait numérique est valorisé en fonction de **l'acquisition de points** dont la **valeur unitaire est de 7 €**

Ce forfait est basé sur un total de **600 points.**

Indicateurs du forfait numérique appliqués à compter du 1er 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 socle	Disposer d'un logiciel métier ou référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS – MSS intégrée	Selon les évolutions des vagues Ségur			
	Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée	90%	90%	90%	90%
	Taux de télétransmission FSE	80%	80%	80%	80%
	Taux AAT dématérialisés	90%	90%	90%	90%
Indicateurs optionnels	Taux d'ordonnances numériques	40%	80%	90%	90 %
	Taux d'usage DMP	30%	40%	50%	60%
	Taux de protocoles de soins électronique	90%	90%	90%	90%
	VSM sur la patientèle	90% (sur patientèle ALD)	30% (sur ensemble de la patientèle MT)	40% (sur ensemble de la patientèle MT)	50% (sur ensemble de la patientèle MT)
	Taux de CM AT-MP	50%	60%	70%	70%
	Taux de SPE (prescription électronique de transport)	30%	40%	50%	50%
	Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	50%	60%	70%	70%
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale à jour des avenants N-1	Selon les évolutions du cahier des charges Sesam-Vitale et de ses avenants			
	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé	10%	15%	20%	25%
	Usage de l'application carte vitale	Au moins une FSE réalisée avec e-carte vitale			
TOTAL POINTS		**600**			

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

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

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

L'effection

- Le médecin, généraliste ou spécialiste*, peut facturer une **majoration spécifique « SNP » de 15€** pour la prise en charge d'un patient hors patientèle médecin traitant dans les **48 heures** sur adressage par la régulation libérale du SAS ou du centre 15 lorsqu'il n'existe pas de SAS. Le nombre d'actes avec majoration SNP est plafonné à 20 actes par semaine
- Le médecin peut facturer une **majoration de 10 euros** en cas de visite à domicile avec un **délai court** (<8h) après appel de la régulation

Les actes de soins non programmés sont facturés à tarif opposable et ne sont pas cumulables avec :

1. La **majoration de coordination du médecin généraliste** dans le cadre des soins non urgents ;
2. Les **autres majorations dédiées aux soins urgents ou PDSA**
3. Les **consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés** ;
4. Les **consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant**.

La MCU (adressage MT) valorisée à 15€ est facturable dans les 72€ suivant l'adressage

La régulation

La participation des médecins à **la régulation libérale du SAS est valorisée à hauteur de 100 euros par heure** avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1 (**majoration de 20% dans les DROM-COM**). Le fonctionnement de la régulation libérale est organisé sous l'autorité de **l'Agence régionale de santé** en lien avec **les acteurs de la médecine de ville**.

LA TÉLÉMÉDECINE

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Propositions

1. L'ensemble de l'activité d'un médecin ne peut être majoritairement exercée à distance, avec des dérogations locales individuelles possibles

Ne sont pas comptabilisées dans l'activité :

- Pour les **médecins traitants**, la téléconsultation avec la patientèle médecin traitant
- Pour les **l'ensemble des médecins**, la téléconsultation issue de la régulation

2. Cette limite ne s'applique pas aux psychiatres

3. Les MSP, les CPTS, les ESP et les ESS seront automatiquement considérés comme des organisations territoriales de téléconsultation (OTC) de TLC, sauf opposition de la CPL

4. Nécessité d'utiliser un outils respectant le référentiel national

5. Mise en place d'une régulation des plateformes par l'article 53 de la LFSS (l'admission au remboursement est conditionné à un agrément en fonction des règles à respecter : prévention des conflits d'intérêt, transparence, cahier des charges qualité (HAS); référentiel numérique…)

DES PRATIQUES ÉCO-RESPONSABLES ET DURABLES

l'Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Les partenaires conventionnels s'engagent, au cours de l'exercice conventionnel, à intégrer la transition écologique et la dimension environnementale dans la gestion du cabinet et dans les pratiques médicales

1. Sobriété des prescriptions – Médicaments – Produits de santé – Transports
(dans le respect des recommandations) – en lien avec dispositifs d'intéressement

2. Enjeux environnementaux intégrés dans les consultations prévention
(1 000 premiers jours, risques d'expositions spécifiques, etc.)

3. Intégration et promotion d'une démarche écoresponsable pour les cabinets libéraux
- Sobriété énergétique (réduction GES)
- Réduction des consommables

4. Elaboration commune de supports et contenus pédagogiques à destination des médecins et assurés

Travaux
- **Première mesure sur la bonne utilisation des IPP**
- **Incitation à la formation des professionnels et à la participation aux actions locales co-construites**

Proposition de traiter ces enjeux via un avenant

LE DISPOSITIF D’INTÉRESSEMENT

l’Assurance Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

L’intéressement à la prescription de biosimilaires

- **6 molécules sont inclues dans le dispositif existant :**

Molécule	Date d’entrée dans le dispositif
Etanercept	01/01/2022
Adalimumab	01/01/2022
Follitropine alpha	01/01/2022
Insuline asparte	01/01/2022
Enoxaparine	01/01/2022
Insuline glargine	01/01/2024

L'intéressement à la juste prescription des IPP

L'objectif du dispositif est de **favoriser le bon usage des IPP**, conformément aux recommandations HAS, en réduisant les prescriptions d'IPP non justifiées :

- lors de la prescription d'un anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) chez le patient de moins de 65 ans ;
- sur une durée de plus de 8 semaines lorsqu'ils ne sont plus justifiés chez le patient de 65 ans et plus.

Conditions

Les intéressements mentionnées à la présente section sont applicables à **l'ensemble des médecins** adhérents à la convention. **L'adhésion au dispositif n'est pas obligatoire.**

Principe

L'intéressement **rétribue chaque médecin prescripteur pour la baisse du nombre de ses prescriptions considérées comme inappropriées au cours de la période de référence**.

Le calcul de l'intéressement se fait en additionnant l'intéressement généré par la non prescription d'IPP associé à un AINS chez l'adulte de moins de 65 ans et la dé-prescription d'IPP lorsqu'il est délivré depuis plus de 8 semaines chez le patient d'au moins 65 ans.

Il est calculé à partir des bases de remboursement de l'Assurance maladie sur les 12 mois de l'année de référence et sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie. **La clé de répartition est fixée à 30% pour les médecins libéraux et 70% pour l'Assurance maladie.**

Le dispositif **prévoit un seuil minimal et maximal d'intéressement par médecin** :

- un montant d'intéressement minimal pour chaque dispositif d'intéressement ;
- un plafond de 7 000 € toutes molécules confondues et un plafond de 5 000 euros pour l'intéressement à la dé-prescription des IPP.