

BILATÉRALE N°5

Aide à l'emploi d'un assistant médical

- Des conditions assouplies*:
 - √ Suppression de la condition d'exercice coordonné
 - ✓ Ouverture sur tout le territoire de l'option 1ETP
 - ✓ Prise en compte des enfants dans la patientèle
- Des montants d'aide inchangés mais des modalités de calcul simplifiées (si atteinte d'un des deux objectifs sans baisse de la patientèle sur l'autre : aide intégralement versée)
- > Des objectifs d'augmentation de patientèle linéarisés

Prise en charge des SNP dans le cadre du SAS

- Pérennisation des mesures estivales
 - ✓ Majoration de 15€ pour les SNP régulés (SAS / centre 15)
 - ✓ Rémunération de 100€/h de la régulation
- Extension du délai de prise en charge de la MCU à 72H
- Majoration de 10€ supplémentaires pour les visites régulées dans un délai court

Forfait santé publique

- Suppression de la ROSP au bénéfice d'un forfait sur la prévention primaire et secondaire
- > Simplification avec une réduction du nombre d'indicateurs
 - ✓ Suppression des indicateurs d'efficience (transfert vers les dispositifs d'intéressement)
 - √ Réduction des indicateurs déclaratifs
 - ✓ Réduction de 29 à 15 du nombre d'indicateurs du forfait médecin traitant de l'adulte

Forfait numérique

- > Un forfait numérique se qui se substitue au forfait structure, et se concentre sur 15 indicateurs
- Un forfait numérique mieux valorisé, pour accompagner la transformation numérique attendue ces deux prochaines années
- Une aide à l'équipement numérique simplifiée ; bascule progressive des items du volet 2 vers le volet 1

Instances conventionnelles

- > Simplification des instances :
 - √ Conservation CPN et CTTPN
 - √ Conservation CPR et CPL
 - ✓ Intégration du suivi des pratiques tarifaires dans les pratiques de la CPN
 - ✓ Suppression des formations « exécutive », « orientation » et « restreinte »
- Possibilité de réunion par visioconférence
- > Simplification de la répartition des sièges

Sanctions conventionnelles

- Clarification du déroulé des procédures et des délais des différentes étapes
- > Distinction de 2 types de procédures :
 - ✓ la procédure de sanction conventionnelle « classique »
 - ✓ les procédures conventionnelles « spéciales » :
 - la procédure exceptionnelle de déconventionnement en urgence
 - la procédure pratique tarifaire excessive (l'appréciation du caractère excessif de la pratique tarifaire des médecins était visée à l'art 85 de la convention : ensemble regroupé)

LA DIMENSION ENVIRONNEMENTALE



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



Sobriété des prescriptions

Médicaments - Produits de santé - Transports

(dans le respect des recommandations) - en lien
avec dispositifs d'intéressement



Enjeux environnementaux intégrés dans les consultations prévention

(1 000 premiers jours, risques d'expositions spécifiques, etc.)



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



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



- Première mesure sur la bonne utilisation des IPP
- Mise en place d'un programme de GT permettant d'intégrer ces propositions par avenant
 - Incitation à la formation des professionnels et à la participation aux actions locales co-construites

Dispositif d'intéressement à la déprescription des IPP



Pour qui?

tous les médecins libéraux volontaires



Dans quel but ?

favoriser le bon usage des IPP en réduisant les prescriptions non justifiées

2 types



Patients de moins de 65 ans avec co-prescription d'IPP et d'AINS



Patients de 65 ans et plus sous IPP (seul ou en association) et dont la durée a dépassé 8 semaines

Dispositifs d'intéressement à la déprescription des IPP : dispositif

Patients de moins de 65 ans avec co-prescription d'IPP et d'AINS

Patients de 65 ans et plus sous IPP (seul ou en association) et dont la durée a dépassé 8 semaines

de référence (2023) Année (

	Part de l'éconon
	l'Assurance mal

mie pour ladie

70%



Part de l'économie pour le médecin

30%



Part de l'économie pour l'Assurance maladie

70%



Part de l'économie pour le médecin

30%

Partage de l'économie générée par la déprescription

Exemples fictifs de rémunération pour le médecin

Patients de moins de 65 ans avec co-prescription d'IPP et d'AINS

- Patients concernés en année N: 78
- Patients concernés en année N+1: 31
- Différentiel N+1 N: 47
- Part de l'économie en année N+ 1 : 30%
- Coût moyen par patient = 8,68 €

→ 47 x 30% x 8,68€ =

29 x 30% x 29,69€ =

Année N+1 (2024)

122,39€

Rémunération du médecin de 381 € sur cette année

Patients de 65 ans et plus sous IPP (seul ou en association) et dont la durée a dépassé 8 semaines

- Patients concernés en année N: 57
- Patients concernés en année N+1 : 28
 - Différentiel N+1 N: 29
- Part de l'économie en année N+ 1 : 30%
- Coût moven par patient = 29,69 €

258,30€

LA TÉLÉMÉDECINE





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

pas de limite:

- Pour les **médecins traitants**, la téléconsultation avec la patientèle médecin traitant et la téléconsultation issue de la régulation ;
- Pour les autres spécialités, la téléconsultation issue de la régulation.



Les CDS, les MSP, les CPTS, les ESP et les ESS seront automatiquement considérés comme des organisations territoriales de téléconsultation (OTC) de TLC



Intégration de l'article 53 de la LFSS 2023 :

utilisation des services numériques en santé disposant d'un certificat de conformité lorsque celuici est requis, tel que prévu aux articles L. 1470-5 à L. 1470-6 du code de la santé publique

LE FORFAIT PATIENTÈLE MÉDECIN TRAITANT ET L'ACCÈS TERRITORIAL AUX SOINS



Le forfait FPMT : méthodes de calcul

Valorisation du FPMT selon l'âge et la pathologie des patients					
Caractéristiques	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€			

+ 1 610 € / an supplémentaires

Le forfait FPMT : 3 nouvelles majorations



Ces majorations se substituent aux 4 contrats démographiques créés par la convention 2016

		-	
		mac	lecins
IUUS	163	11166	ICCIIIS

Tous les médecins installés en ZIP

Tous les primo-installés

médecins ayant obtenu le Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) depuis moins de trois ans et primo-installés en libéral

Majoration patientèle précaire

<u>Doublement</u> de la majoration précarité C2S

Majoration d'exercice en ZIP

Majoration de 30% du forfait

Majoration de primo-installation

Majoration de 30% du forfait

Majorations cumulables

+ 670 € / an supplémentaires (pour les éligibles)

+ 6 500 € / an supplémentaires

+ 2 600 € / an supplémentaires



Des mesures ciblées sur les primo-installés

Rappel

Tous les primo-installés

médecins ayant obtenu le Diplôme d'Etudes Supérieures (DES) depuis moins de trois ans et primo-installés en libéral

Majoration de primo-installation

Majoration de 30% du FPMT

Dispositif complémentaire

Tous les primo-installés en ZIP

quelle que soit la spécialité

Aide unique à l'installation

Rémunération forfaitaire ad hoc

+ 2 600 € / an supplémentaires

+ 10 000 € à l'installation



LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS



Les ESS : critères d'éligibilité



Où?



un périmètre continu géographique, a minima départemental

médecins spécialistes d'une spécialité par ESS

nombre minimum de spécialistes ?

Les ESS: financements

Des dotations de démarrage

80 000 €

Des dotations annuelles de fonctionnement

50 000 € / an

Missions de l'ESS	Activités de l'ESS
Améliorer l'égal accès aux soins de spécialité en termes géographique et financier	 Déployer les consultations avancées, notamment dans les ZIP et les ZAC Proposer une organisation permettant de donner un accès direct à un avis spécialisé ponctuel Contribuer à l'organisation des soins non programmés, en lien avec les CPTS de leur territoire Déterminer les modalités de participation à la permanence des soins
Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »	 Faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3° recours Accompagner le virage ambulatoire des établissements hospitaliers 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 des programmes de formation Développer des programmes d'échanges de pratiques entre professionnels de santé de ville Participer à la formation continue à l'intention des professionnels de proximité
Promouvoir et soutenir les politiques de santé publique	 Relayer les campagnes nationales / régionales / territoriales de santé publique Mettre en place des campagnes de prévention, de dépistage et de santé publique
Expérimenter et promouvoir de nouveaux modes de prise en charge	 Organiser 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 Promouvoir la recherche clinique en ambulatoire
Contribuer au déploiement de bonnes pratiques	 Développer des programmes d'échanges de pratiques entre professionnels de santé de ville de premier et de second recours (RCP, Staffs d'Équipes Médico-Soignantes) Diffuser des recommandations et structurer un programme d'E.P.P. et de pertinence des soins

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





Dans un objectif d'homogénéisation des pratiques tarifaires des professionnels exerçant au bloc opératoire, il est proposé d'ouvrir aux anesthésistes l'OPTAM-CO qui deviendrait l'OPTAM-ACO.



Création d'un nouveau modificateur de 8% dédié aux anesthésistes de S1 et S2 OPTAM-ACO (en remplacement de la prime OPTAM actuelle pour les anesthésistes)



Revalorisation de + 5points des modificateurs K et T liés à l'OPTAM et l'OPTAM-CO modificateur K (S1/S2 OPTAM-CO) : +20% → +25%

modificateur T (S2 OPTAM) : +11,5% → +16,5%





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

NOMENCLATURE



NOMENCLATURE MG



LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN TRAITANT

- Une revalorisation du forfait médecin traitant
 - Pour tous, au titre des patients +80 ans sans ALD, et des patients ALD -80 ans : FPMT = 50 €
 - Des majorations, cumulatives, de 30% de tout le FPMT, pour les jeunes installés et les personnes exerçant en ZIP
 - Un doublement de la majoration C2S
- Une prime de 10000€ pour les primo-installés en ZIP
- La pérennisation des revalorisations des rémunération des SNP mises en place pendant la période estivale (15 € l'effection)
- Une ROSP resserrée autour d'indicateurs de santé publique
- Un forfait numérique revalorisé, en remplacement du forfait structure
- Une revalorisation inconditionnelle de +1,5 € de toutes les consultations, soit +7000 € d'honoraires annuels
- Des majorations inchangées, la nomenclature clinique existante n'étant <u>pas modifiée</u> pour les médecins n'entrant pas dans l'engagement territorial : <u>MEG, CCX, CPP, MPH, MSH</u>, etc. Quelques simplifications sont néanmoins proposées
- Un engagement territorial qui permet d'accéder à 3 niveaux de consultations majorées
 - Consultation de niveau 1
 - Consultation de niveau 2 : 40 €
 - Consultation de niveau 3 : 60 €



LA RÉMUNÉRATION DU MÉDECIN TRAITANT

N2:40€

- Consultation des 0-2 ans
- Consultations obligatoires de l'enfant de plus de 2 ans

N3:60€

- Consultation post-hospitalisation (MSH)
- Dossier MDPH (MPH)
- Bilan annuel de l'enfant nécessitant un suivi attentionné (CCX)
- 3 consultations obligatoires de l'enfant avec certificat (COE)
- Consultation santé sexuelle (CPP)
- 10 consultations obligatoires de l'enfant 0 2 ans
- Bilan annuel du patient en ALD de +80 ans
- 1ère consultation d'inscription MT d'un patient ALD





ZOOM SUR LES CONSULTATIONS COMPLEXES ET TRÈS COMPLEXES

			+1,5€			
		Tarif actuel *	Tarif hors ET*	Tarif ET		
MG / Péd.	CCX	46€	47,5€	60€	N3	

- CCX : bilan annuel des enfants nécessitant un suivi attentionné
 - ➤ Consultation longue de l'enfant autiste
 - Consultation longue de l'enfant relevant de l'ASE
- Question du maintien des majorations MTX très peu cotées et pour beaucoup obsolètes
 - → sujet ouvert à discussion



NOMENCLATURE GLOBALE



UNE NOMENCLATURE SIMPLIFIÉE DANS L'ENGAGEMENT TERRITORIAL

Un niveau 1 (N1) correspondant aux tarifs de base actuels revalorisés, avec un bonus pour les MG

			+1,5		
		Tarif actuel*	Tarif hors ET*	Tarif ET	
MG	G (S)/VG (S)	25€	26,5€	?	
	MEG (2-6 ans)	30€	31,5€	31,5 €	
Spé	CS/VS+MPC+MCS	30€	31,5€	31,5€	N1
Gynéco-med	CS +MCS+MGM	32€	33,5€	33,5€	
Pédiatres 2-6 ans	CS+MEP+NFE	32€	33,5€	33,5€	
Cardio	CSC + MCC	51€	52,5€	52,5€	CSC

^{*}uniquement pour les \$1/\$2 OPTAM



^{**}Les tarifs des téléconsultations sont maintenus à leurs niveaux actuels.

UNE NOMENCLATURE SIMPLIFIÉE DANS L'ENGAGEMENT TERRITORIAL

Un niveau 2 (N2) valorisant une expertise / un temps supérieur

			+1,5€		_
		Tarif actuel*	Tarif hors ET*	Tarif ET	
MG 0-2 ans	G(S)/VG(S)+MEG	30€	31,5€	40€	
Pédiatres 0-2 ans	CS +MEP+NFP	37€	38,5€	40€	N2
MG + Péd	Exam. Obligatoires (2 ans et +)			40€	



UNE NOMENCLATURE SIMPLIFIÉE DANS L'ENGAGEMENT TERRITORIAL

Un niveau 3 (N3) valorisant les prises en charges les plus complexes

			+1,5€		
		Tarif actuel*	Tarif hors ET*	Tarif ET	
Psychiatres	CNPsy	50,20€	51,70€	60€	
MG + Péd	3 consultations obligatoires - COE	46€	47,50€	60€	N3
WIG + Pea	10 exams obligatoires (0-2 ans)			60€	
Spés	APC	55€	56,5€	60€	N3
Médecin Traitant	1ère consult. inscript° patient MT ALD			60€	N3
wedecin traitant	Consultation MT annuelle 80+ ALD			60€	INS

Un niveau 3 (N3) valorisant les prises en charges les plus complexes

+1,5€

			71,56			
		Tarif actuel *	Tarif hors ET*	Tarif ET		
Tous	MPH	60 €	60€	60 €	N3	
	CCX (1 fois par an) Bilan annuel de l'enfant autiste Bilan annuel de l'enfant à l'ASE	46€	47,5€	60€	N3	
MG / Péd		Fusion CSM dans MSH et suppression CSO				
	MSH	+23€	+23€	60€	N3	
Endocrinologues	Consultation ad hoc CS+ MCP + MCS + MCE	52 €	53,5 €	60€	N3	
Dermatologues	CDE	46€	48€	60€	N3	
MPR	Consultation ad hoc CS+ MCP + MCS + MCA	+23€	+23€	60€	N3	
Pédiatres	CCE (CGP/EPH)	60€	60€	60€	N3	

Majorations peu utilisées (-1 million de cotations par an toutes spécialités confondues) qui pourraient entrer dans un plan de simplification

POG

no limit Prise en charge Polyarthrite Rhumatoïde

no limit Pathologie Oculaire Grave

MCX	MAJORATION CONSULTATION COMPLEXE	16,00 €	МТХ	MAJORATION CONSULTATION TRES COMPLEXE	30,00€
A 4CT		neuro	MIS	consultation initiale d'information et mise en place d'une stratégie thérapeutique	tous
MCT	4/an Majoration patient Cérébrolésés ou Traumatisés	MPR	MAV	Maladie Atteinte Viscérale	dermato/med.
PPN	1/an Drice on charge Dathologies Neurologiques	neuro	IGR	Insuffisance Greffe Rénale	néphrologue
PPIN	1/an Prise en charge Pathologies Neurologiques	pédiatre	СРМ	Consultation Pédiatrique Malformation	chirurgie
SLA	Alan Cáguallas Laurdas AVC	neuro	MMM	Malformation congénitale et Maladie grave du	gynécologue
SLA	4/an Séquelles Lourdes AVC	MPR	MIA	Majoration pour consultation Initiale Anisocorie	neuro/ophtalmo
MSP	1/an Majoration Suivi Prématurés	pédiatre		consultation initiale d'information et organisation de	
TCA	1 seule Troubles du Comportement Alimentaire	endoc/péd	PIV	la prise en charge VIH	
MCA	1/an Majoration Consultation Asthme déstabilisé	pneumo/péd		consultation initiale d'information et organisation de	
SGE	1 seule Scoliose Grave de l'Enfant	chir/MPR/rhumato	MPB	la prise en charge anti- TNF Alpha	
PEG	4/gros. Pathologie Endocrinienne de la Grossesse	endocrinologue			
MPS	1 seule Première consultation PEC Stérilité	gynécologue			
PTG	1 seule Première consultation Thrombophilie Grave	gynécologue			
MPT	1 seule Majoration de PEC de la Tuberculose	pneumologue			
MMF	1 seule Majoration Prise en charge Mycose ou Fibrose pulmonaire	pneumologue			

rhumatologue

ophtalmologue



CUMUL CONSULTATION ET ACTE TECHNIQUES

Nouvelles possibilités de dérogation, sous certaines conditions :

- Cumul consultation + actes techniques CCAM
 // ou création d'une consultation spécifique
- Pour certaines spécialités cliniques (les moins valorisées)
- Dans un objectif de pertinence des soins et des parcours

Propositions:

- Endocrinologues : consultation + échographie de la glande thyroïde
- Rhumatologues et MPR: consultation + évacuation de collection articulaire
- Gynécologues et MG : consultation + pose/changement stérilet
- Gynécologues : consultation + échographie obstétricale

L'ENGAGEMENT TERRITORIAL



L'engagement territorial

	1. Augmentation de l'offre médicale (1 case)	2. Accès financier aux soins (1 case)
Objectifs nationaux	 Niveau de file active adultes et enfants (en valeur à p 70) Niveau de patientèle médecin traitant (en valeur à p 70) Evolution de la file active adultes et enfants Evolution de la patientèle médecin traitant Emploi d'un assistant médical (aidé par l'AM) + 220 jours de travail 	 □ Adhésion au secteur 1 □ Adhésion à l'OPTAM / OPTAM-CO □ Engagement d'un seuil minimal d'activité à TO
	3. Participation aux besoins de so	oins du territoire (2 cases)
Objectifs territoriaux	 □ Exercice dans un désert médical (ZIP) □ Consultations avancées* (ZIP / ZAC) □ Participation à la P □ Accueil de stagiaires médecins □ Participation à la P □ Ouverture le same 	DSA

- Pour les généralistes la valorisation est réservée aux médecins traitants installés
- Le médecin généraliste installé traitant ou le médecin spécialiste doit s'engager sur chacune de ces trois thématiques. Ce choix peut résulter d'un engagement déjà réalisé par le médecin qui le maintient.
- Le médecin est libre de choisir son engagement à l'intérieur de chaque thématique. Aucune case n'est obligatoire
- Les objectifs du bloc 1 sont proratisés si activité médicale annexe/mixte ou interruptions d'activité (IJ, grossesse, etc.)
- Les objectifs sont ajustés pour les médecins en cumul emploi/retraite
- * Valorisées à hauteur de 200 € / ½ journée (max 3 / mois)

ANNEXES



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



4 OBJECTIFS

UNE MESURE CLAIRE

UNE AMBITION

Pour les médecins

Redonner du temps médical aux médecins

Améliorer les conditions d'exercice du médecin

Pour les patients

Renforcer l'accès aux soins pour les patients Améliorer la qualité des consultations

Création d'une aide <u>pérenne</u> à l'emploi des assistants médicaux, indépendant des autres rémunérations forfaitaires.

Cette aide peut être modulée selon l'atteinte des objectifs du médecin.





Conditions Conventionné **Option** secteur 1 ou 3ème année 1ère année 2ème année secteur 2 Optam / **½ ETP Optam-CO** Option ½ ETP 1ère année : 18 000 € 2ème année : 13 500 € À partir de la 3ème année : 10 500 € sous Au choix Suppression des réserve de la modulation selon l'atteinte des objectifs conditions d'exercice A partir de coordonné / regroupé la 3^{ème} année, aide pérenne Ouverture à la **Option** 1ère année 3^{ème} année 2ème année plupart des 1 ETP spécialités sur tout Partage possible entre **Option 1 ETP** le territoire* plusieurs médecins en 1ère année : 36 000 € exercice regroupé 2ème année : 27 000 € À partir de la 3ème année : 21 000 € sous réserve de la modulation selon l'atteinte Patientèle ≥ 30e des objectifs (dont PMT enfants)

Le suivi des contreparties d'augmentation de patientèle

Lorsqu'un seul des objectifs (PMT ou FA) est atteint, sans diminution de l'autre

Lorsqu'un seul des objectifs (PMT ou FA) est atteint, avec diminution de l'autre

Lorsque les deux objectifs augmentent sans atteindre l'objectif

L'objectif atteint par la PMT ou la FA valide l'engagement du contrat d'aide à l'emploi et versement de la prime

Pas de prime d'aide à l'emploi

Proratisation sur l'objectif qui a le plus augmenté

Percentiles	PMT actuelle	Objectifs PMT (1/2 ETP)	Objectifs PMT (1 ETP)	FA actuelle	Objectifs FA (1/2 ETP)	Objectifs FA (1 ETP)
p30	702	+ 195	+ 305	1 219	+ 311	+ 467
p50	1 001	+ 195	+ 305	1 514	+ 311	+ 467
p70	1 303	+145	+ 259	1 858	+ 248	+ 372
p90	1 831	+ 56	+ 178	2 587	+ 114	+ 171
p95	2 165	Maintien	+ 127	3 207	Maintien	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 »

LE FORFAIT DE SANTÉ PUBLIQUE



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



A qui?



A quelles spécialités ?



A quels secteurs?

aux médecins libéraux conventionnés

aux médecins traitants de l'adulte et de l'enfant, aux spécialistes en pneumologie, cardiologie et maladies vasculaires, gastro-entérologie et hépatologie, endocrinologie, diabétologie et nutrition

aux médecins de tous secteurs confondus

Le forfait de santé publique : nouveaux indicateurs

SIMPLIFICATION DU FORFAIT DE SANTÉ PUBLIQUE

Réduction du nombre d'indicateurs

Suppression du volet d'efficience

De **29 à 15 indicateurs** sur le **forfait médecin traitant adulte**

Transfert vers le dispositif d'intéressement

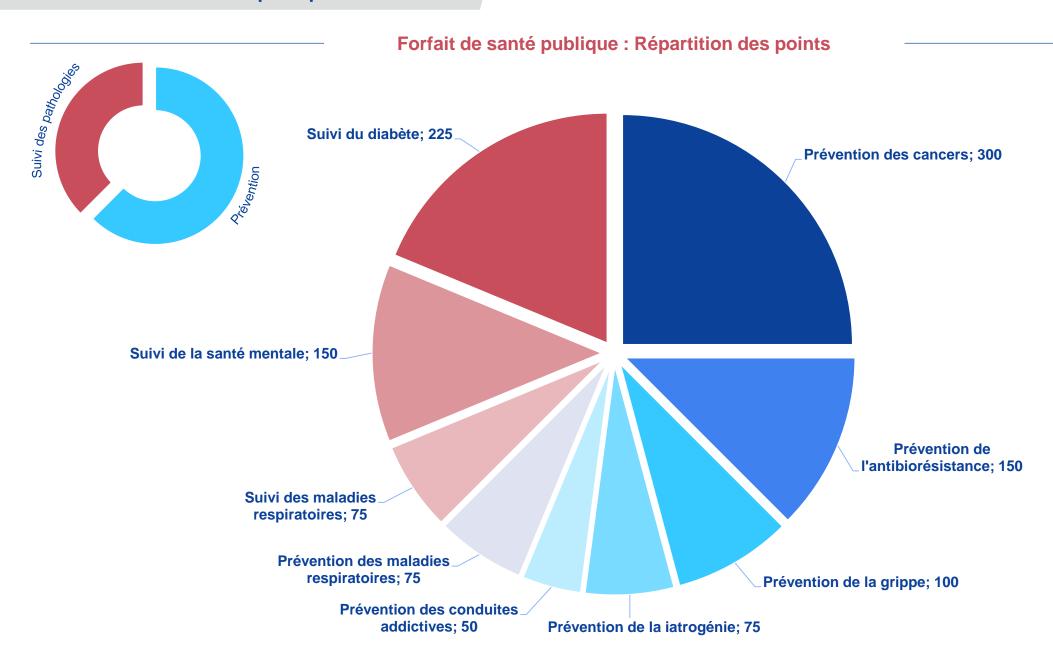
Réduction du nombre d'indicateurs déclaratifs



NOUVEAUX INDICATEURS

La Convention 2023 intègre de nouveaux indicateurs comprenant 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**.



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.

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	74%	92%	75
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	63%	77%	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)	6%	21%	75
Prévention de	Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones) (décroissant)	38%	22%	75
l'antibiorésistance	Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD (décroissant)	26	10	75
	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	58%	70%*	100
Dépistage des cancers	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	49%	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	28%	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)	51%	64%	100
TOTAL POINTS INDICATEURS				775

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

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
Santé mentale	Part des patients MT anciennement sous BZD et « sevrés »	3%	9%	75
Sante mentale	Part des patients MT ayant initié un traitement par antidépresseur et dont la durée de traitement est >= 6 mois	33%	50%	75
ВРСО	Part des patients MT BPCO ayant bénéficié d'une EFR annuelle ou spirométrie	24%	44%	75
Conduites addictives	Sensibilisation des patients aux addictions (tabac, alcool, écran, etc.) – Indicateur déclaratif	80%	95%	50
latrogénie	Part des patients MT de 75 ans et plus en poly prescription continue (décroissant)	28%	15%	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

Indicateurs des médecins traitants des patients âgés de moins de seize ans à compter du 1^{er} 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%	
Asume	Part des patients MT de 6 à 16 ans présentant un asthme persistant ayant eu au moins une EFR annuelle	29%	64%	
Prévention de	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)	25%	1%*	
l'antibiorésistance	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%*	
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%	
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%	
Vaccination	Part des patients MT âgés de 15-16 ans ayant reçu le schéma vaccinal complet contre le HPV	18%	41%	
TOTAL POINTS				305

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%	
Traitement post ibiii	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l (attention reco auraient changé,,,) nouvel objectif	65%	80%	
Insuffisance cardiaque	Part des patients atteints d'IC traités par bétabloquants et IEC ou sartans	61%	77%	
Hypertension artérielle	Part des patients sous trithérapie antihypertensive dont un diurétique	67%	80%	
	Part des patients avec au moins une MAPA ou automesure de la PA	60%	75%	
Traitements par clopidrogel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois	67%	49%	
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%	96%	
TOTAL POINTS				

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
	Part des patients ayant eu, au moins une fois tous les 6 mois, un acte d'imagerie la première année post chirurgicale pour CCR	74%	93%	
Cancer colorectal	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%	43%	
Maladie inflammatoire	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	25%	61%	
chronique	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%	86%	
	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	3,6%	1,4%	
Coloscopie	Part des patients avec détection d'un adénome parmi les patients ayant eu une coloscopie totale pour un test de recherche de sang positif	20%	25%	
Helicabacter Pylori	Part des patients avec contrôle par TRU parmi les patients traités pour éradication d'HP	59%	77%	
TOTAL POINTS				

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

ENJEU PRIORITAIRE	INDICATEURS	OBJECTIF INTERMÉDIAIRE	OBJECTIF CIBLE	NOMBRE DE POINTS
	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	85%	93%	
Diabète	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%	
	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	48%	61%	
	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	62%	84%	
Thyroïde	Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH) (déclaratif) SEDMEN 2014rang 2	80%	95%	
	Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	46%	75%	
TOTAL POINTS				

LE FORFAIT NUMÉRIQUE



Forfait numérique

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



A qui?



A quelles spécialités ?



A quels secteurs?

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**

Que représente le forfait numérique ?

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 **540 points.**

Indicateurs du forfait numérique appliqués à compter du 1er janvier 2024

Chaque indicateur est valorisé à hauteur de 40 points

VOLET	INDICATEUR	CIBLE 2024	CIBLE 2025	CIBLE 2026	CIBLE 2027
	Disposer d'un logiciel métier ou référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS – MSS intégrée	Selon les évo	lutions des vag	ues Ségur	
Indicateurs socle	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale à jour des avenants N-1	Selon les évo	lutions du cahi	er des charges	Sesam-Vitale
	(optionnel)	et de ses ave	nants		
	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%
	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%
Indicateurs	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)
optionnels	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%
	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé	10%	15%	20%	25%
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale à jour des avenants N-1	Selon les évolutions du cahier des charges Sesam-Vita et de ses avenants			
	Usage de l'application carte vitale	Au moins une FSE réalisée avec e-carte vitale			
TOTAL POINTS			5	60	

LES INSTANCES CONVENTIONNELLES



Les parties signataires affirment leur attachement à une gestion paritaire de la vie conventionnelle

La convention médicale simplifie les instances conventionnelles

- Conservation de la Commission paritaire nationale (CPN) et du comité technique paritaire permanent national spécifique placé auprès d'elle (CTTPN)
- Conservation conventionnelles paritaires régionales (CPR) et locales (CPL)
- Intégration du suivi des pratiques tarifaires dans les pratiques de la CPN (suppression de l'Observatoire des pratiques tarifaires)
- Suppression des formations « exécutive », « orientation » et « restreinte »
- Conservation des formations « plénière » et « médecins »

Les parties signataires s'accordent pour apporter les modifications suivantes au règlement intérieur

La convention médicale facilite la vie conventionnelle

- Simplification de l'organisation des commissions ;
- Introduction d'un nouvel article sur la possibilité de réunir les instances conventionnelles par visioconférence.

Plus spécifiquement, la convention simplifie la répartition des sièges de la section professionnelle

Le principe

Une règle unique de répartition des sièges déclinée à tous les niveaux d'instances (CPL/CPR/CPN).

L'exception

En cas de carence de désignation, la totalité des sièges vacants peut alors être attribuée, par accord entre syndicats, aux représentants des autres organisations syndicales représentatives signataires représentées dans le département/région, en respectant autant que faire se peut la répartition entre médecins généralistes et médecins spécialistes.



Si le syndicat vient à être représenté en local, la répartition des sièges devra être revue