

Objet : Présentation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux

Affaire suivie par :

- Département des Professions de Santé ([secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:secretariat.dprof.cnam@assurance-maladie.fr) )
- Département des Actes Médicaux pour les questions concernant la facturation ([dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:dact.ddgosdos.cnam@assurance-maladie.fr) avec en objet « Règlement Arbitral Médecins »)

L'arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral applicable aux médecins libéraux en l'absence de convention médicale est pari le 30 avril 2023 au *Journal Officiel*.  
Il est entré en vigueur le **1<sup>er</sup> mai 2023**.

Ce règlement régit désormais les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins libéraux. Il est arrêté pour une durée de 5 ans mais cessera de s'appliquer dès l'entrée en vigueur d'une nouvelle convention négociée par les partenaires conventionnels (article L. 162-14-2 CSS et article 1 du règlement arbitral). Les partenaires conventionnels doivent engager des négociations en vue d'élaborer une nouvelle convention au plus tard dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du règlement arbitral.

Dans le cadre de ce règlement, les principales dispositions issues de la convention nationale du 25 août 2016, ainsi que ses annexes et avenants sont prorogés. Ce texte comporte quelques mesures nouvelles :

- Évolutions du dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical ;
- Revalorisation de certains actes et créations de nouvelles consultations ou majoration ;
- Pérennisation des valorisations de la participation des médecins à la prise en charge des soins non programmés ;
- Revalorisation du forfait patientèle médecin traitant pour les patients ayant les caractéristiques suivantes : âgés de plus de 80 ans et âgés de moins de 80 ans atteints d'une affection de longue durée ;
- Évolutions techniques (évolutions du forfait structure, élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1, clarification de la prise en compte de l'année de Docteur Junior dans l'accès au secteur 2, procédure de facturation et utilisation de SCOR).

Un tableau récapitulatif de l'ensemble des mesures ainsi que leur date de mise en œuvre est annexé à la circulaire.

La présente circulaire a donc pour objet de présenter les conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2016 et les nouvelles mesures prévues par le règlement arbitral.

## I. **Communication du règlement arbitral aux professionnels et conditions d'adhésion**

### Communication

Conformément à l'article R. 162-54-9 du CSS, l'assurance maladie a mis à disposition des professionnels de santé concernés le règlement arbitral sur son site internet au lien suivant : .

<https://www.ameli.fr/paris/medecin/textes-reference/convention-medicale-2016/reglement-arbitral-convention-et-avenants>

### Conditions d'adhésion

En application des dispositions de l'article R. 162-54-9 du CSS, les médecins qui ne souhaitent pas être régis par le règlement arbitral doivent le faire savoir par courrier à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils exercent leur activité. À défaut, ils sont tacitement régis par le règlement arbitral.

Les médecins qui exerçaient jusqu'à présent en dehors du champ de la convention de 2016 et qui souhaitent désormais être régis par le règlement arbitral doivent en faire la demande dans les mêmes conditions.

Les honoraires des médecins non régis par le règlement arbitral donnent lieu à prise en charge sur la base des tarifs d'autorité (article L. 162-5-10 CSS).

## II. **Conditions de reconduction des dispositions de la convention médicale de 2016**

L'article 2 du règlement reconduit dans son ensemble les dispositions contenues dans la convention de 2016, ses annexes et avenants.

L'article 5 du règlement prévoit que les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du règlement arbitral s'appliquent jusqu'à leur terme.

Les instances paritaires conventionnelles, commission paritaire nationale (CPN), commission paritaire régionale (CPR) et commission paritaire locale (CPL) sont reconduites dans leurs fonctions.

Les membres de ces instances siégeant à la date d'entrée en vigueur du règlement arbitral sont maintenus dans leurs fonctions. Les instances n'ont donc pas besoin d'être réinstallées.

### III. Mesures issues du règlement arbitral

#### 1. Évolution des dispositions sur les assistants médicaux

Article 3-IV. du règlement arbitral / Articles 9.1 à 9.6 de la convention médicale 2016

À compter de la publication du règlement arbitral, les règles du dispositif « assistant médical » prévu par l'avenant 7 de la convention de 2016 sont remplacées par les dispositions suivantes. Tout nouveau contrat sera régi par ces règles et le modèle de contrat type établie est celui édicté en annexe 3 du règlement arbitral.

##### 1) Des critères d'éligibilité assouplis :

- Toutes les spécialités médicales sont éligibles, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomocytologistes et médecins nucléaires. Les chirurgiens sont éligibles au dispositif dès lors que leurs honoraires CCAM représentent moins de 20% de leurs honoraires totaux<sup>[1]</sup>
- Exercer en secteur 1 ou en secteur 2 adhérant à l'OPTAM ou OPTAM-CO
- Pour les médecins généralistes : patientèle médecin traitant (adulte et enfant) minimum au P30 de la distribution de la spécialité au 31/12/2021 (annexe 2 du règlement arbitral)
- Pour les autres spécialités (pédiatres inclus) : file active minimum au P30 de la distribution de la spécialité au 31/12/2021 (annexe 2 du règlement arbitral)

Les conditions d'éligibilité portant sur l'exercice coordonné et regroupé sont supprimées.

##### 2) Des options de financement simplifiées :

Le médecin choisit l'une des deux options de financement :

- Un demi équivalent temps plein (1/2 ETP) ;
- Un équivalent temps plein (1 ETP).

À noter :

L'option 1 ETP est désormais ouverte à tous les médecins, les précédents critères d'accès à l'option 1 ETP sont supprimés.

L'option 1/3 ETP est supprimée. Toutefois, les médecins ayant déjà un contrat assistant médical avec une option 1/3 ETP peuvent le conserver et le renouveler le cas échéant à l'issue des 5 ans.

Les montants de l'aide pour l'emploi d'un assistant médical sont définis selon les modalités suivantes :

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

\* voir annexe 3 de la présente circulaire.

### 3) Des objectifs personnalisés

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

Rappels :

La patientèle médecin traitant représente le nombre total de patients (adultes et enfants) ayant choisi le médecin généraliste ou le pédiatre comme médecin traitant.

La file active représente le nombre total de patients (adultes et enfants) ayant consulté le médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois, qu'il s'agisse de leur médecin traitant ou non.

– **Pour les médecins généralistes, spécialistes de médecine générale et pédiatres**

Il est demandé une augmentation de la patientèle médecin traitant (PMT) et de la file active (FA).

– **Autres spécialités**

Pour les médecins d'autres spécialités, il est demandé une augmentation de la file active (FA).

– **Pour les médecins dont la patientèle est comprise entre p30 et p50**

L'objectif est fixe sur cet intervalle et défini par spécialité dans la calculette en annexe 3 de la présente circulaire.

– **Pour les médecins ayant de fortes patientèles**

- a. Pour les médecins généralistes et les pédiatres ayant choisi l'option « 1 ETP » et dont la patientèle médecin traitant se situe entre P95 et P99 : l'objectif à atteindre est défini à l'annexe 2 du règlement arbitral.
- b. Pour les médecins généralistes et les pédiatres ayant choisi l'option « 1/2 ETP » et dont la patientèle médecin traitant est supérieure ou égale au P95 : l'objectif est de maintenir le niveau de sa patientèle médecin traitant.
- c. Pour les médecins généralistes et spécialistes dont la patientèle file active est supérieure ou égale à P95 : l'objectif est de maintenir le niveau de leur patientèle file active quelle que soit l'option choisie.

– **Pour les médecins ayant une patientèle entre P50 et P95**

Pour chaque option de temps de travail de l'assistant médical, et pour chaque spécialité médicale, le nombre de patients supplémentaires à atteindre est individualisé en fonction de la patientèle initiale selon la méthode décrite en annexe 2 du règlement arbitral

Comme dans le précédent dispositif, des cas particuliers ont été identifiés pour lesquels les objectifs à atteindre doivent être définis avec souplesse.

4) Règles de vérification des engagements simplifiées :

Pour les médecins généralistes et les pédiatres Il est tenu compte à la fois de l'atteinte des objectifs sur la file active et sur la patientèle médecin traitant. Ainsi, si l'objectif est atteint sur au moins l'une des deux patientèles sans que l'autre ne diminue ou si malgré des objectifs non atteints les deux patientèles n'ont pas diminué alors l'aide sera quand même versée en tout ou partie tel qu'indiqué ci-dessous.

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
Atteint	Atteint	Objectif global atteint, 100% de l'aide versée

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
<b>Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Atteint</b>	100% de l'aide versée.
<b>Atteint</b>	<b>Non atteint (sans diminution)</b>	100% de l'aide versée.
<b>Non atteint (sans diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Non atteint (sans diminution de la patientèle MT par rapport à la patientèle initiale)</b>	Proratisation de l'aide sur l'indicateur dont le taux d'atteinte est le plus haut.
<b>Diminution</b>	<b>Diminution</b>	Pas d'aide versée sur l'année
<b>Non atteint (diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)</b>	<b>Atteint</b>	Pas d'aide versée sur l'année
<b>Atteint</b>	<b>Non atteint (diminution de la patientèle médecin traitant par rapport à la patientèle initiale)</b>	Pas d'aide versée sur l'année

Pour les autres médecins spécialistes, l'atteinte des objectifs est définie selon le tableau suivant :

Objectif File active	Calcul de l'aide versée
<b>Atteint</b>	100% de l'aide versée
<b>Non atteint (sans diminution par rapport à la patientèle initiale)</b>	Prorata sur le taux d'atteinte de la file active
<b>Diminution</b>	Pas d'aide versée sur l'année

#### 5) Les modalités de versement de l'aide :

Pour les deux premières années du contrat, afin de simplifier la gestion du dispositif, l'aide est versée en intégralité dans le mois suivant la signature du contrat et à la date du premier anniversaire du contrat.

À compter de la 3<sup>ème</sup> année, l'aide est versée en deux fois :

2. Un acompte de 50% à la date anniversaire
3. Un solde maximal de 50% versé dans les deux mois à la date anniversaire de l'année suivante : le montant du solde correspond à l'aide maximale proratisée, le cas échéant, sur la base du taux d'atteinte de l'objectif de l'année écoulée de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé.

#### Exemple :

Cas d'un médecin généraliste (MG) :

- Ayant signé un contrat option 1 ETP : le 15 mai 2023.
- Patientèles de départ : inférieures au P90 de la distribution nationale (pas de majoration de l'aide)

- **Aide de 1<sup>er</sup> année** : 36 000 € versés au 15 juin 2023
- **Aide de 2<sup>e</sup> année** : 27 000 € versés au 15 juin 2024
  - *L'atteinte des objectifs en année 1 ne conditionne pas le versement de l'aide pour l'année 2.*
- **À la date d'anniversaire des 2 ans du contrat : le 15 mai 2025** :
  - *Le MG atteint 80 % du nombre de patients supplémentaires dans ses patientèles*
- **Acompte pour l'année 3** : 10 500 € versés au 15 juillet 2025
  - *50 % de l'aide totale de 3<sup>e</sup> année (21 000x0,50=10 500 €)*
- **À la date d'anniversaire des 3 ans du contrat, le 15 mai 2026** :
  - *Le MG atteint 80 % du nombre de patients supplémentaires dans ses patientèles*
- **Solde de l'année 3 : 6 300 € versés au 15 juillet 2026**
  - *Soit 80 % de l'aide totale de la 3<sup>e</sup> année (21 000x0,80=16 800€) de laquelle est déduit le montant de l'acompte déjà versé (16 800 €-10 500 €=6300 €)*

## 6) Les cas particuliers

Comme dans le précédent dispositif, des cas particuliers ont été identifiés pour lesquels les objectifs à atteindre doivent être définis avec souplesse. Un accompagnement renforcé leur sera proposé par les services de leur CPAM de rattachement. Il s'agit notamment des médecins primo-installés et des médecins reconnus travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD).

Pour les médecins nouvellement installés (dans le département au cours des 12 derniers mois et ayant une patientèle inférieure au P50 de la distribution nationale), l'objectif à atteindre est fixé au P50 de leur spécialité à l'issue des 3 premières années de contrat. À cette échéance un nouvel objectif leur sera fixé selon la patientèle atteinte.

Sont considérés comme médecin nouvel installé un médecin primo installé dans le département au cours des 12 derniers mois et ayant une patientèle inférieure au P50 de la distribution nationale.

## 7) L'accompagnement de l'assurance maladie

Une campagne d'accompagnement sera lancée à compter du mois de mai 2023 auprès des médecins éligibles pour présenter ces nouvelles modalités.

Les médecins signataires d'un contrat bénéficient également d'un rendez-vous annuel avec les services de la CPAM pour s'assurer du bon déroulement du contrat et tenir compte d'éventuelles difficultés.

## 2. Mesures de nomenclature

### a. Revalorisation du tarif de la consultation

Article 4 du règlement arbitral / Annexe 1 de la convention médicale 2016

Le règlement arbitral prévoit une **revalorisation de 1,5€** pour certains actes à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2023.

Cela concerne :

- la consultation/visite de référence des médecins généralistes (G, GS, VG, VGS) via la revalorisation de la MMG ;
- l'avis ponctuel de consultant, facturé APC (ou APV), APY (ou AVY) dans les conditions définies à l'article 18 des dispositions générales de la NGAP ;
- les consultations complexes ou spécifiques suivantes : CCX, CDE, CCP, COE dans les conditions définies en NGAP ;
- la majoration (MPC) de la CS et la majoration (MPC) de la CNPSY pour les neurologues, neuropsychiatres et psychiatres dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP ;
- la majoration de coordination cardiologues MCC ;
- la majoration spécifique NFP des pédiatres pour la prise en charge des enfants de 0 à 2 ans ;
- la majoration spécifique NFE des pédiatres, pour la prise en charge des enfants de 2 à 6 ans.

En conséquence, la valeur de la consultation de médecine générale reste fixée à 25 € jusqu'à application du règlement arbitral sur ces mesures soit jusqu'au 31 octobre 2023. Dans l'attente, les caisses sont invitées à faire respecter les tarifs opposables aux médecins généralistes notamment via les dispositions de l'annexe 24 de la convention de 2016 reconduites par le règlement.

A noter que :

- les codes spécifiques de facturation pour les examens obligatoires des enfants (COB, COD, ...hors COE) dont le tarif suit celui de la consultation de référence de l'enfant mais permet d'appliquer une prise en charge automatique à 100% de ces examens seront également revalorisés de 1,5 € ;
- les consultations complexes de l'article 15.8 b de la NGAP « majorations pour consultations complexes » et de l'article 15.9 b de la NGAP « majorations pour consultations très complexes » sont également valorisées via l'augmentation de la MPC et de la MMG.

Ne bénéficient pas de cette revalorisation :

- Les consultations très complexes facturées 60€ ;
- les actes de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (20€) et l'acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin (10€), les téléconsultations hors pédiatre, l'avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier (69€), le bilan visuel réalisé à distance en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste (28€) ;
- la consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 3 (respectivement CCMU 4 et 5) exerçant dans un service d'urgence privé (30€ (respectivement 46€).

Les flyers d'aide à la facturation actualisés pour le 1<sup>er</sup> novembre seront disponibles sous ameli : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap>

#### b. Nouvelle consultation

Article 3.IX du règlement arbitral / Création articles 28.3.6 et 28.3.8 à la convention médicale 2016

Le règlement arbitral crée une nouvelle consultation :

- Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante (code IMT = 60€ / 72€ pour les DROM). Cette consultation doit être facturée à tarif opposable.

**Cette consultation est facturable depuis le 15 mai 2023.**

À noter que cette consultation n'est facturable qu'une fois par patient et dès lors que le médecin devient, pour la première fois, médecin traitant du patient relevant d'une ALD exonérante. Le médecin traitant d'un patient devenu éligible à une ALD exonérante postérieurement à la déclaration de médecin traitant ne peut facturer la consultation IMT.

c. Évolution dispositions Visites pour soins palliatifs

Article 3.XII du règlement arbitral / Article 28.4 de la convention médicale 2016

Les consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs seront désormais facturées via un code dédié, intitulé VSP (Visite Soins Palliatifs) à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2023. Ces visites soins palliatifs ne seront plus limitées annuellement comme le prévoyait la convention médicale 2016.

Pour rappel, cette visite peut être facturée lorsqu'un patient est en soins palliatifs au sens de l'article L. 1110-10 du code de la santé publique<sup>[2]</sup>. L'acte sera intégré à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale via la publication d'une décision UNCAM.

d. Évolution actes de téléconsultation

Article 3.XIII du règlement arbitral / Article 28.6.1.4 de la convention médicale 2016

**Le règlement arbitral maintient les tarifs des téléconsultations prévus dans la convention médicale de 2016.**

**Afin de permettre ce maintien des tarifs actuels de nouvelles règles de facturation seront applicables au 1<sup>er</sup> novembre 2023 :**

- Les téléconsultations seront facturées sous les codes TCG, TC et TCS selon la spécialité, le secteur d'exercice du médecin et le respect des tarifs opposables (cf. annexe 1 de la convention médicale).
- Les majorations MPC, MGM et MCS ne s'associent pas aux codes TCG, TC et TCS. Les autres majorations associées à ces consultations s'appliquent dans les mêmes conditions, y compris pour la majoration pour le suivi des personnes âgées (MPA puis MOP au 1er janvier 2024), définie à l'article 28.5 de la convention. ».

Le nouvel acte TCS sera intégré à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale via la publication d'une décision UNCAM.

Les flyers d'aide à la facturation actualisés pour le 1<sup>er</sup> novembre 2023 sont disponibles en annexe 4 et 5 de la présente circulaire et seront mis en ligne sous ameli au 1<sup>er</sup> novembre 2023 : <https://www.ameli.fr/seine-saint-denis/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/nomenclatures-codage/ngap> -

e. Évolution Majoration pour le suivi des personnes âgées

Article 3.XIV du règlement arbitral / Article 28.5 de la convention médicale 2016

Le règlement arbitral remplace le dispositif forfaitaire appelé Majoration pour le suivi des personnes âgées par une nouvelle majoration appelée MOP d'une valeur de 5€.

Désormais, la valorisation du suivi spécifique de la personne âgée prend la forme d'une **nouvelle majoration** qui est facturable en sus des consultations, téléconsultations ou visites de la personne âgée de plus de 80 ans. Elle n'est facturable que par les médecins qui ne suivent pas le patient de plus de 80 ans en tant que médecin traitant. Cette majoration n'est ouverte qu'aux médecins de secteur 1 ou de secteur 2 ayant adhéré à l'optam ou l'optam-co.

### 3. Participation des médecins aux soins non programmés

Article 3-II du règlement arbitral / Article 9.7.2 de la convention médicale 2016  
Article 3-III du règlement arbitral / Article 18.3 de la convention médicale 2016  
Article 3-X du règlement arbitral / Article 28.2.4 de la convention médicale 2016  
Article 3-XI du règlement arbitral / Article 28.2.6 de la convention médicale 2016

Dans le cadre de la prise en charge des soins non programmés via le SAS, la participation des médecins à la régulation libérale est désormais valorisée à 100€ par heure dans le règlement arbitral (contre 90€ dans la convention médicale). Cette mesure s'inscrit dans le prolongement des mesures dérogatoires qui ont été prises en juillet 2022 dans le cadre de la mission « flash » d'appui sur l'accès aux soins urgents et non programmés conduite par le Dr Braun.

L'article 18.3 de la convention médicale qui visait l'adressage d'un patient par le médecin traitant ou le médecin régulateur du SAS vers le médecin correspondant<sup>[3]</sup> pour une prise en charge dans les 48 heures est supprimé car les majorations inhérentes à cette situation sont également décrites dans l'article 28.2.4 de la convention médicale. Les majorations décrites à cet article ne sont donc plus applicables par les médecins correspondants lorsque les patients sont adressés par les médecins régulateurs du SAS. La MCU est dès lors applicable seulement lorsque les patients sont adressés par le médecin traitant et pris en charge dans les 48 heures par le médecin correspondant non traitant.

Le règlement arbitral acte la création d'une majoration spécifique pour les consultations réalisées par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du SAS (ou lorsqu'aucun SAS n'est encore opérationnel par le médecin régulateur du Centre 15) pour une prise en charge dans les 48h. Cette majoration dénommée SNP est valorisée à hauteur de 15€ et ne peut pas être cotée plus de 20 fois par semaine par le même médecin.

Cette majoration n'est pas ouverte aux psychiatres qui bénéficient d'une valorisation spécifique pour une prise en charge d'un patient dans les 48h adressé par le médecin régulateur. La création d'une nouvelle consultation MCY = 85€ se substituera à l'ancienne cotation CNPSY 2 après modification de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale via la publication d'une décision UNCAM).

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

- la majoration de coordination du médecin généraliste dans le cadre des soins non urgents ;
- les autres majorations dédiées aux soins urgents (y compris la MU de l'article 14.1 de la NGAP) ou PDSA ;
- les consultations complexes et très complexes du champ des soins non programmés ;
- les consultations de soins non programmés réalisées pour les patients de la patientèle médecin traitant.

**A noter qu'à l'instar de la MCU, le SNP n'est pas facturable avec des actes CCAM<sup>[4]</sup>.**

La nouvelle majoration SNP a été inscrite à la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale via la publication de la décision UNCAM du 12 mai 2023, parue au JO du 14 mai 2023

**Le SAS est en phase de généralisation sur l'année 2023. Dans les départements pour lesquels le SAS est en cours d'installation, la majoration SNP peut être facturée par les médecins qui prennent en charge des patients en soins non programmés sur appel de la régulation du centre 15.**

#### 4. Revalorisation du FPMT pour certains types de patients

Article 3-I. du règlement arbitral / Article 15.4.1 de la convention médicale 2016

La convention médicale de 2016 prévoit que tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont pris en compte dans le calcul du forfait patientèle médecin traitant (FPMT), avec une pondération tenant compte du niveau de complexité de la prise en charge, à partir des critères tels que l'âge, la pathologie et la précarité. Le règlement arbitral maintient ce dispositif et ses mécanismes, et vient revaloriser les patientèles ayant les caractéristiques suivantes (en gras dans le tableau) :

Patient	Rémunération associée	annuelle
Enfant âgé de 0 à 6 ans	6 €	
<b>Patient âgé de 80 ans et plus</b>	<b>46€ (+4€ par rapport à la convention médicale 2016)</b>	

<b>Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale</b>	<b>46€ (+4€ par rapport à la convention médicale 2016)</b>
Patient de 80 ans ou plus et atteint d'une ou plusieurs affection(s) de longue durée telle(s) que définie(s) par le code de la sécurité sociale	70€
Autres patients	5€

Les autres types de patientèles ont une valorisation inchangée par rapport à la convention médicale 2016.

Cette revalorisation sera applicable **à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2024**. Les avances du FPMT 2024, payées tout au long de l'année 2024, seront donc impactées ainsi que le solde du FPMT 2024, payé au 1<sup>er</sup> semestre 2025.

## 5. Évolutions dites « techniques »

### f. Évolutions du forfait structure

Article 3-V. du règlement arbitral / Articles 20.1, 20.2 de la convention médicale 2016

Des ajustements sont apportés aux indicateurs du forfait structure pour tenir compte de la montée en charge des usages de certains indicateurs.

Pour le volet 1 les indicateurs socles à atteindre pour bénéficier de la rémunération sont définis comme suit :

Volets	Indicateurs	Statut	Points
<b>VOLET 1</b>	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS (intégration de la MSS dans le logiciel ségur)	Déclaratif	280
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app Carte vitale	Calculé	
	Taux de télétransmission > 2/3	Calculé	
	Affichage des horaires du cabinet dans Ameli	Déclaratif	

L'exercice coordonné n'est donc plus un indicateur socle et est transféré dans le volet 2 optionnel.

Concernant le volet 2 les indicateurs et les objectifs à atteindre pour 2023 et 2024 sont définis ci-après. Les modifications apportées par rapport aux cibles définies dans l'avenant 9 sont indiquées en gras.

Volets	Indicateurs	Statut	Cible 2023	Cible 2024	Points
<b>VOLET 2</b>	Taux d'usage DMP	Calculé	20%	30%	40
	Taux d'usage de la messagerie de santé Mon espace santé entre PS et patients	Calculé	5%	10%	40
	Taux AAT (arrêt de travail en ligne)	Calculé	90%	90%	22,5
	Taux de CM AT-MP (certificat médical d'accident de travail ou de maladie professionnelle)	Calculé	45%	50%	22,5
	Taux de PSE (protocole de soins électronique)	Calculé	80%	90%	22,5
	Taux de DMT (déclaration de médecin traitant)	Calculé	90%	90%	22,5
	<b>Taux de SPE (prescription électronique de transport)</b>	<b>Calculé</b>	<b>20%</b>	<b>30%</b>	10
	<b>Implication dans une démarche d'exercice coordonné</b>	<b>Déclaratif</b>			120
	Capacité à coder	Déclaratif			50
	Amélioration du service offert aux patients	Déclaratif			70
	Valorisation de la fonction de maître de stage	Déclaratif			50
	Aide pour équipement vidéo-transmission	Déclaratif			50
	Aide pour équipements médicaux connectés	Déclaratif			25
	Participation au SAS	Calculé			200
	<b>Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne</b>	<b>Calculé</b>	<b>10%</b>	<b>50%</b>	10
	<b>Usage de l'appli carte vitale</b>	<b>Calculé</b>	<b>Au moins une FSE avec appli carte vitale</b>		40
	<b>Ordonnances numériques sur produits de santé</b>	<b>Calculé</b>	<b>30%</b>	<b>40%</b>	40

Par ailleurs, l'indicateur 9 portant sur la valorisation de l'effectif de soins non programmés dans le cadre du SAS, créé par l'avenant 9 à la convention médicale de 2016, est supprimé.

Enfin, le volet 3 du forfait structure – participation au financement du recrutement d'un assistant médical au sein du cabinet médical est supprimé. Le dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical est maintenu tel que décrit dans le règlement arbitral mais ce dispositif ne s'inscrit plus dans le cadre du forfait structure.

- g. Évolution du financement visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients

Article 3.XV du règlement arbitral / Article 19.3.2 de la convention médicale 2016

Afin de tenir compte du décalage du calendrier Ségur numérique, le règlement arbitral prolonge la période d'observation prévue pendant laquelle les médecins sont valorisés pour renseigner les VSM de leurs patients jusqu'au 31/12/2023 au lieu du 30 juin 2023 pour élaborer les VSM de leurs patients ALD et ainsi bénéficier du forfait prévu à l'article 19.3.2 de la convention médicale de 2016. La rémunération forfaitaire afférente sera versée au cours du 1<sup>er</sup> semestre 2024.

- h. Feuille de soins SESAM dégradé et utilisation de SCOR

Article 3-VIII. du règlement arbitral / Article 61.1 de la convention médicale 2016

Afin de faciliter et réduire le temps des médecins consacré aux tâches administratives telles que la facturation, le règlement arbitral prévoit le déploiement du dispositif SCOR ((Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier) avant fin 2023 pour offrir la possibilité de transmettre par voie dématérialisée les feuilles de soins papier.

Conformément aux dispositions du règlement arbitral, l'évolution du cahier des charges SESAM Vitale a été publiée le 9 juin 2023 pour intégration du dispositif par les éditeurs de logiciels ; le cahier des charges est disponible sur ce lien : <https://industriels.sesam-vitale.fr/group/scor>. Ce lien est en accès restreint pour les éditeurs de logiciel.

- i. Reconnaissance de la validation de la phase de Dr Junior

Article 3-VII. du règlement arbitral / Article 38.1.1 de la convention médicale 2016

Le statut de Docteur Junior correspond aux médecins en phase 3 dite de consolidation du troisième cycle des études de médecine.

Dans le cadre de la procédure d'accès au secteur à honoraires différents (secteur 2) prévue à l'article 38 de la convention médicale de 2016, et comme le prévoient les textes réglementaires en vigueur, le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux obtenu après deux années de fonctions effectives peut donc être acquis en comptabilisant la validation de la phase de Dr Junior comme une année réalisée au titre

d'ancien assistant. Cela signifie qu'un jeune médecin qui a validé la phase de Dr Junior puis qui exerce les fonctions d'assistant des hôpitaux pendant une année, peut justifier du titre d'ancien assistant des hôpitaux et accéder ainsi au secteur 2.

À noter : ce n'est que depuis la première promotion de docteurs juniors, en novembre 2021, qu'une année validée de docteur junior est comptabilisée par l'obtention du titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux. Les autres titres donnant accès au secteur 2 ne sont pas concernés par cette mesure.

j. Élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1

Article 3-VI. du règlement arbitral / Article 69 de la convention médicale 2016

La convention médicale prévoit une prise en charge des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1 sur une assiette composée de revenus issus de la convention médicale.

A titre dérogatoire, les forfaits issus de la PDSA et de la PDSES qui sont définis par voie réglementaire, et non conventionnelle, sont inclus également dans l'assiette de calcul de la prise en charge des cotisations sociales par l'Assurance maladie. Le règlement arbitral ajoute une nouvelle dérogation et inclut dans l'assiette de calcul les forfaits rémunérant l'activité des médecins libéraux exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements de santé. Ces forfaits sont en effet également définis par voie réglementaire et non par voie conventionnelle.

## 6. Application aux centres de santé

L'ensemble des mesures dites de nomenclatures (cf. point 2 et majoration SNP) sont applicables automatiquement aux centres de santé dans les mêmes conditions et délais que pour les médecins libéraux sans nécessité de transposer par voie d'avenant. Cela vaut également pour la mesure FPMT qui revalorise le montant du forfait pour certaines patientèles.

Les autres mesures feront l'objet d'une transposition dans un futur avenant.

### Liste des annexes

---

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des mesures prévues par le règlement arbitral et date de mise en place

Annexe 2 : Tableau récapitulatif des revalorisations de cotisation au 1er novembre 2023

Annexe 3 : Calculette objectif règlement arbitral 2023

Annexe 4 : Flyer Règlement arbitral

Annexe 5 : Flyer Règlement arbitral téléconsultation

**ANNEXE 1– TABLEAU RECAPITULATIF DES MESURES PREVUES PAR LE REGLEMENT  
ARBITRAL ET DATE DE MISE EN APPLICATION :**

<b>Mesures</b>	<b>Date de mise en œuvre</b>
Evolution des dispositions sur les assistants médicaux	Immédiate
Revalorisation de 1,5 € (majorations, avis ponctuel de consultant, consultations complexes ...)	01/11/2023
Création d'une consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante (code IMT)	15/05/2023
Nouvelles modalités de facturations pour les téléconsultations	01/11/2023
Consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs (VSP)	01/11/2023
Évolution Majoration pour le suivi des personnes âgées (MOP)	01/01/2024
Participation des médecins aux soins non programmés (heure de régulation + majoration SNP)	Immédiate
Création du code MCY	sous réserve de la publication de la décision UNCAM
Revalorisation du FPMT pour certains types de patients	01/01/2024
Évolutions du forfait structure	Immédiate
Évolution du financement visant à inciter les médecins à utiliser les outils numériques dans le cadre de la prise en charge coordonnée des patients (VSM)	Prolongation jusqu'au 31/12/2023
Évolution du cahier des charges SESAM Vitale pour intégration de SCOR	courant 2023
Reconnaissance de l'année de Dr Junior dans le cadre de la procédure d'accès à honoraires différents	Immédiate
Élargissement de l'assiette de calcul des cotisations sociales des médecins libéraux de secteur 1	Immédiate

## ANNEXE 2– TABLEAU RECAPITULATIF DES REVALORISATIONS DE COTATION AU 1<sup>er</sup> novembre 2023

	code	tarif actuel		tarif au 1 <sup>er</sup> novembre	
		Métropole	DROM	Métropole	DROM
Avis ponctuel de consultant	APC	55,00	66,00	56,50	67,80
	APV	55,00	66,00	56,50	67,80
	APY	62,50	75,00	64,00	76,80
	AVY	62,50	75,00	64,00	76,80
Consultation	G/GS/VG/VGS	25,00	29,60	26,50	31,40
	COE	46,00	55,20	47,50	57,00
	CCP	46,00	55,20	47,50	57,00
	CCX	46,00	55,20	47,50	57,00
	CDE	46,00	55,20	47,50	57,00
	MMG	2,00	2,00	3,50	3,80
	MPC hors psychiatre/neurologue	2,00	2,00	3,50	3,80
	MPC psychiatre/neurologue	2,70	2,70	4,20	4,50
Majorations	MGM	4,00	4,00	5,50	5,80
	MCC	3,27	3,27	4,77	5,07
	NFP	10,00	10,00	11,50	11,80
	NFE	5,00	5,00	6,50	6,80
	COD	30,00	34,60	31,50	36,40
	COB	25,00	29,60	26,50	31,40
Examen obligatoire de l'enfant (hors COE)	COA	23,00	27,60	23,00	27,60
	COH	37,00	41,60	38,50	43,40
	COK	32,00	36,60	33,50	38,40
	COG Pédiatre	28,00	32,60	29,50	34,40
	COG Médecin généraliste	28,00	32,60	28,00	32,60
	COJ	33,00	37,60	34,50	39,40
	COM		36,60		38,40

<sup>[1]</sup> À noter que les ORL chirurgicaux et les gynécologues obstétriciens sont éligibles si honoraires CCAM < 20%.

<sup>[2]</sup> « Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. »

<sup>[3]</sup> Le médecin correspondant (médecin généraliste ou spécialiste) dans ce cadre est un médecin non traitant du patient, correspondant du médecin régulateur du SAS.

<sup>[4]</sup>Dans le prolongement des INSTRUCTION N° DGOS/R2/RH2S/DGCS/DSS/2022/254 du 17 novembre 2022 relative aux mesures de soutien pour le système de santé durant l'automne et l'hiver 2022-2023.