

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 28 avril 2023 portant approbation du règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie

NOR : SPRS2312020A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-5, L. 162-14-1, L. 162-14-2 et L. 162-15 ;

Vu l'article 35 de la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023 ;

Vu la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – Est approuvé le règlement arbitral organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie transmis le 24 avril 2023 et annexé au présent arrêté.

Art. 2. – Le directeur général de la santé, la directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 28 avril 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*

C. LAMBERT

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

F. VON LENNEP

*Le directeur général
adjoint de la santé,*

G. EMERY

ANNEXES

**RÈGLEMENT ARBITRAL ORGANISANT LES RAPPORTS ENTRE LES MEDECINS LIBÉRAUX ET
L'ASSURANCE MALADIE****Article 1^{er}**

Le présent règlement arbitral, pris en application des dispositions de l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, régit les relations entre les caisses d'assurance maladie et les médecins autorisés à exercer en France et pratiquant leur activité à titre libéral.

Il s'applique pour une durée de 5 ans ou jusqu'à la date d'entrée en vigueur d'une convention nationale conclue dans les conditions prévues aux articles L. 162-5 et L. 162-14-1 et suivants du code de la sécurité sociale si elle est antérieure à l'échéance des 5 ans susmentionnés.

Article 2

Sous réserve des dispositions des articles suivants, les dispositions de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016 telle que modifiée par ses 9 avenants et l'arrêté du 21 avril 2023 modifiant la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie sont reconduites.

Article 3

La convention nationale mentionnée à l'article 2 est ainsi modifiée :

I. A l'article 15.4.1, les alinéas suivants :

« - Patient âgé de 80 ans et plus : 42 euros
- Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 42 euros »

sont remplacés par les alinéas suivants :

« - Patient âgé de 80 ans et plus : 46 euros

Patient de moins de 80 ans atteint d'une ou plusieurs affections de longue durée au sens des 3° et 4° de l'article L.160-14 du code de sécurité sociale (ALD) : 46 euros » ;

II. L'article 9.7.2 est ainsi modifié :

Les mots : « La participation des médecins à la régulation libérale est valorisée à hauteur de 90 euros par heure avec prise en charge des cotisations sociales pour les médecins de secteur 1 » sont remplacés par les mots : « La participation des médecins à la régulation libérale est valorisée à hauteur de 100 euros par heure. Ce montant est de 120€ dans les DROM. » ;

Les deux derniers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes : « La valorisation de la participation à la prise en charge des soins non programmés est définie à l'article 28.2.6. ».

III. L'article 18.3 est supprimé.

IV. Le sous-titre 1 bis du Titre 1 « accompagner le déploiement d'assistants médicaux dans les cabinets libéraux » comprenant les articles 9.1 à 9.6 et les annexes 34 et 35 sont supprimés et remplacés par le sous-titre suivant et les annexes 2 et 3 au présent règlement :

« Sous titre 1 bis : Les assistants médicaux

Afin de favoriser le travail aidé des médecins pour accroître leur capacité à prendre en charge leurs patients et améliorer les conditions d'accueil et de suivi de ces derniers, l'Assurance maladie verse dans les conditions prévues à la présente section une aide financière aux médecins pour l'emploi d'un assistant médical formé exerçant dans les conditions définies à l'article L. 4161-1 du code de la santé publique en contrepartie d'engagement d'augmentation de la patientèle.

Le médecin a le choix de recruter l'assistant médical directement ou par l'intermédiaire d'un groupe de médecins libéraux ou d'une structure organisée en groupement d'employeurs. La caisse d'assurance maladie informe régulièrement le médecin de la possibilité de recourir à ce type d'intermédiaire et les offres effectivement disponibles.

Article 9.1 : Éligibilité à l'aide

Article 9.1.1 Spécialités

Toutes les spécialités médicales sont éligibles à l'aide conventionnelle, à l'exception des radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomocytopathologistes et médecins nucléaires. Les chirurgiens sont éligibles au dispositif dès lors que leurs honoraires CCAM représentent moins de 20% de leurs honoraires totaux.

Article 9.1.2 : Pratique tarifaire

Le bénéfice de l'aide conventionnelle est réservé aux médecins de secteur 1 et aux médecins de secteur 2 ayant souscrit à l'OPTAM ou à l'OPTAM CO.

Article 9.1.3 : Activité minimale

Un seuil minimal de patients est requis pour bénéficier du contrat. Il est fixé au 30^e percentile de la distribution nationale des patientèles pour chaque spécialité concernée au [31 décembre 2021] pour la durée de la convention. Pour les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale, le seuil porte sur la patientèle « médecin traitant » déclarée (adultes et enfants) ; pour les autres spécialités le seuil porte sur la patientèle « file active ».

Ces seuils sont listés en annexe 34.

Selon la date de signature du contrat d'aide, la patientèle initiale prise en compte pour définir l'éligibilité d'un médecin est la patientèle la plus récente disponible (à savoir, celle du 31 décembre de l'année précédente ou celle du 30 juin de l'année en cours).

Article 9.1.4 : Définition des cas dérogatoires

Médecins primo-installés

Un médecin est considéré comme primo-installé lorsque celui-ci s'installe pour la première fois dans le département de la caisse où il exerce et que sa patientèle est inférieure au 50^e percentile de sa spécialité. Il est considéré comme primo-installé toute la première année qui suit son installation.

Médecins reconnus travailleur handicapé (RQTH) ou atteints d'une affection de longue durée (ALD)

Les médecins reconnus en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie ont un impact sur leur activité, peuvent être éligibles à l'aide, quel que soit leur niveau de patientèle initiale afin de les aider à maintenir un niveau d'activité correspondant au besoin de soins des patients de leur territoire d'exercice.

L'accord sur l'éligibilité est pris par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite caisse. L'appréciation du niveau de l'aide conventionnelle et le nombre de patients supplémentaires à atteindre ou à maintenir sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins.

Le médecin peut être accompagné lors de la définition du contrat avec le directeur de la caisse par un membre de son choix de la section professionnelle de la commission paritaire locale. L'appréciation du niveau de l'aide et de l'objectif peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

Article 9.2 : Contractualisation

Les médecins éligibles à l'aide conventionnelle formalisent leur engagement avec l'assurance maladie sous la forme d'un contrat type figurant en annexe 35 de la présente convention nationale.

Toutes les pièces justificatives listées au contrat type susmentionné doivent être fournies par le médecin lors de la signature du contrat avec la caisse d'assurance maladie.

La caisse d'assurance maladie organise un point d'échange annuel avec les médecins bénéficiaires de l'aide conventionnelle. Lorsque la caisse constate des difficultés pour remplir les engagements au contrat, elle prend contact avec le médecin tous les semestres pour examiner les éventuels freins à l'augmentation de sa patientèle et l'aider à anticiper, le cas échéant, les conséquences sur le maintien des aides pour les années suivantes. Si 18 mois après le début du contrat, les chiffres d'activité du médecin bénéficiaire démontrent un écart important avec les objectifs fixés dans le contrat, un rendez-vous physique est systématiquement proposé par la caisse d'assurance maladie.

Article 9.3 : Détermination de l'aide conventionnelle

Le montant de l'aide conventionnelle diffère selon deux options de temps de travail de l'assistant médical :

- 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 apparaît particulièrement dégradée, un médecin peut bénéficier sur accord du directeur de la caisse d'une aide conventionnelle qui va au-delà d'un ETP.

Le médecin peut changer d'option sur la base d'un avenant au contrat.

Le montant de l'aide est modulé à compter de la 3^{ème} année en fonction de l'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. A défaut l'objectif demeure applicable aux années suivantes jusqu'à son atteinte.

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

Article 9.4 : Objectifs

Article 9.4.1 : Objectifs à atteindre pour percevoir l'aide conventionnelle

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

- **Médecins généralistes, spécialistes de médecine générale et pédiatres**

Pour les médecins généralistes spécialistes de médecine générale et les pédiatres, il est demandé une augmentation de la patientèle médecin traitant (PMT) et de la file active (FA).

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

La FA 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.

- **Autres spécialités**

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

La FA représente le nombre total de patients (adultes et enfants) ayant consulté le médecin au moins une fois au cours des 12 derniers mois.

Le nombre de patients supplémentaires à atteindre est individualisé et fixé en fonction de la patientèle initiale du médecin (PMT et FA pour les médecins généralistes et les pédiatres, FA pour les autres spécialistes). Les tableaux de patientèles par spécialité sont en annexe 34.

- **Pour les médecins compris entre p30 et p50**

Pour les médecins dont la patientèle est comprise entre le P30 et le p50, le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge est identique sur cet intervalle et défini par spécialité selon le tableau en annexe 34.

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

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 34.

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.

Pour les médecins généralistes et les autres spécialistes dont la patientèle file active est supérieure ou égale à p95, l'objectif est de maintenir le niveau de leur patientèle file active.

- **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 34.

Article 9.4.2 : Fixation du nombre de patients supplémentaires pour les cas particuliers

- **Médecins en exercice mixte : nombre de patients supplémentaires.**

Sont considérés en exercice mixte au sens des présentes dispositions, les médecins ayant une activité médicale à la fois libérale et salariée.

De ce fait, l'activité libérale de ces médecins ne correspond pas à leur activité totale.

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge par ces médecins est calculé au prorata de leur durée d'activité libérale effective.

Les médecins concernés doivent produire tout document attestant de toute activité médicale complémentaire à celle exercée en libéral.

- **Médecins primo- installés.**

Pour les médecins primo- installés au sens de l'article 4, afin de prendre en compte la montée en charge progressive de leur patientèle, leur objectif à atteindre en nombre de patients doit correspondre au nombre de patients du 50^e percentile de la distribution nationale de leur spécialité, dans un délai de trois ans.

A l'issue du délai de trois ans, ou dès l'atteinte du P50 de la distribution nationale, l'objectif est revu en fonction du niveau de patientèle atteint.

Article 9.4.3 : Caractère non substitutif du poste d'assistant médical

Dans le cas où l'assistant médical est déjà salarié par un ou plusieurs des médecins 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 une durée équivalente *a minima* au temps de travail du poste à remplacer.

Article 9.5 : Vérification du respect des engagements

- **Pour le médecin généraliste et le pédiatre :**

Lorsque l'un des deux 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.

Lorsqu'aucun des objectifs n'est atteint mais que les patientèles ne sont pas en diminution sur la période, l'aide est proratisée sur la base de l'indicateur dont le résultat est le plus haut.

Dans tous les cas, lorsque la patientèle de l'un des deux objectifs est en diminution sur la période, aucune aide n'est versée.

Le tableau ci-dessous résume les différents cas :

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

Objectif File active	Objectif Patientèle MT	Calcul de l'aide versée
Non atteint (diminution de la patientèle FA par rapport à la patientèle initiale)	Atteint	Pas d'aide versée sur l'année
Atteint	Non atteint (diminution de la patientèle médecin traitant par rapport à la patientèle initiale)	Pas d'aide versée sur l'année

- **Pour les autres spécialités :**

L'aide est calculée de la façon suivante :

- 100% de l'aide en cas d'atteinte de l'objectif ;
- proratisation de l'aide en fonction du taux d'atteinte de l'objectif lorsque celui-ci n'est pas atteint mais que la patientèle n'est pas en diminution ;
- absence d'aide lorsque la patientèle est en diminution sur la période.

Le tableau ci-dessous résume les différents cas.

Objectif File active	Calcul de l'aide versée
Atteint	100% de l'aide versée
Non atteint (sans diminution)	Prorata sur le taux d'atteinte de la FA
Diminution	Pas d'aide versée sur l'année

Article 9.6 : Modalités de versement de l'aide conventionnelle

L'aide est versée en une seule fois les 1^{ères} et 2^{èmes} années du contrat dans le mois suivant la signature ou la date anniversaire du contrat.

Elle est versée en deux fois à compter de la 3^{ème} année :

- Un acompte, versé dans les deux mois suivant la date anniversaire correspondant à :
 - o 50% du montant en 3^{ème} année ;
 - o 50% du montant de l'aide de l'année à compter de la 4^{ème} année ;
- Le solde versé à la date anniversaire de l'année suivante correspond à l'aide maximale, proratisée sur la base du taux d'atteinte de l'objectif le cas échéant, de laquelle est déduit le montant de l'acompte versé. ».

V. Le sous-titre 2 du titre II est ainsi modifié :

- le tableau de l'article 20.1 est remplacé par le tableau suivant :

«

Volets	Indicateurs	Statut	Points
VOLET 1	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS (messagerie sécurisée de santé incluse)	Déclaratif	280
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum 8 intégrant l'app Carte vitale et des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1	Calculé	
	Taux de télétransmission > 2/3	Calculé	
	Affichage des horaires du cabinet dans l'annuaire Ameli	Déclaratif	

»

- L'article 20.2 est ainsi modifié ;
 - o Le 1^{er} tableau est supprimé.
 - o Le 2^{ème} tableau est remplacé par le tableau suivant :

«

Volets	Indicateurs	Statut	Cible 2023	Cible 2024 et années suivantes	Points
VOLET 2	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
	Taux de SPE (prescription électronique de transport)	Calculé	20%	30%	10
	Implication dans une démarche d'exercice coordonné	Déclaratif			120
	Capacité à coder	Déclaratif			50
	Amélioration du service offert aux patients	Déclaratif			70
	Valorisation de la fonction de maitre de stage	Déclaratif			50
	Aide pour équipement vidéotransmission	Déclaratif			50
	Aide pour équipements médicaux connectés	Déclaratif			25
	Participation au SAS	Calculé			200
	Taux de déclaration simplifiée de grossesse en ligne	Calculé	10%	50%	10
	Usage de l'appli carte vitale	Calculé	Au moins une FSE avec appli carte vitale		40
	Ordonnances numériques sur produits de santé	Calculé	30%	40%	40

»

- o Dans le paragraphe « indicateur d'usage et remplissage du DMP », la phrase « L'atteinte d'un taux de 20% des consultations réalisées dans l'année donnant lieu à l'alimentation d'un document dans le DMP permet de valider l'indicateur » est supprimée ;

- Dans le paragraphe « indicateur d'usage de la e-prescription » la phrase « L'atteinte d'un taux de 50% des prescriptions de produits de santé du médecin établies pour sa patientèle réalisées via le service e-prescription permet de valider l'indicateur. » est supprimée ;
- Dans le paragraphe « Indicateur d'usage de l'application carte Vitale », la phrase « l'atteinte d'un taux de 5% des FSE réalisées avec l'application carte Vitale permet de valider l'indicateur » est supprimée ;
- Dans le paragraphe « indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée », la phrase « A compter de 2022, cet indicateur est transféré dans le volet 1 du forfait qui constitue les indicateurs pré-requis à la rémunération » est supprimée ;
- Le paragraphe commençant par « Indicateur 9 : » est supprimé ;
- Les annexes 12 et 12 bis sont supprimées et remplacées par les annexes 4 et 5 du présent règlement ;
- L'article 20.3 est supprimé.

VI. Au 7^{ème} alinéa de l'article 69, les mots : « A titre dérogatoire, les partenaires conventionnels conviennent que les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé privés dans le cadre du dispositif issu de la loi HPST » sont remplacés par les mots : « A titre dérogatoire, les forfaits rémunérant les médecins libéraux qui participent à la permanence des soins ambulatoires et en établissements de santé privés, ainsi que les forfaits rémunérant l'activité des professionnels de santé libéraux conventionnés exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements de santé mentionnés au 2° de l'article L. 162-22-8-2 du code de la sécurité sociale. »

VII. Au 4^{ème} alinéa de l'article 38.1.1 après les mots : « articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique » sont ajoutés les mots : « (la phase 3 dite de consolidation du troisième cycle des études de médecine, validée, est comptabilisée à raison d'une année pour l'obtention du titre, conformément à l'article R.6152-537 du code de la santé publique) ».

VIII. Les dispositions de l'article 61.1 sont supprimées et remplacées par les dispositions suivantes :

« 61.1.1 Procédure exceptionnelle

En cas d'impossibilité de produire des FSE sécurisées Vitale du fait de l'absence, de la non-présentation ou de la défectuosité de la carte d'assurance maladie (La « carte Vitale » présente sous la forme d'une carte physique ou sous la forme d'une application sur un terminal mobile), le médecin réalise une feuille de soins SESAM « dégradé ».

61.1.2 Transmission de la feuille de soins SESAM dégradé

En cas de transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé », y compris hors département, le médecin réalise une feuille de soins papier parallèlement au flux électronique.

Le médecin adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré les pièces justificatives de la transmission de feuilles de soins SESAM « dégradé » (feuille de soins sous forme papier) s'il n'utilise pas le dispositif dématérialisé prévu au 61.1.3. Les feuilles de soins SESAM « dégradé » n'ouvrent pas droit à la garantie de paiement et ne rentrent pas dans le calcul du taux de télétransmission.

61.1.3 Dématérialisation de la transmission de la feuille de soins – Scannérisation et transmission électronique de la feuille de soins papier, dispositif SCOR

La pièce numérique est la feuille de soins établie sur le modèle certifié en vigueur et signée par le patient. L'assurance maladie s'engage à développer un service de transmission électronique de la feuille de soins papier numérisée (SCOR). Une évolution du cahier des charges SESAM Vitale sera réalisée en 2023 pour intégration par les éditeurs de logiciels.

Nature de la pièce numérique

La pièce numérique est considérée comme la « pièce justificative » ouvrant droit au remboursement et à la prise en charge conformément à la réglementation en vigueur. Dès lors que le processus d'envoi et de réception de la pièce numérique est réalisé dans les conditions définies dans la présente convention, le médecin se trouve dispensé d'adresser à l'organisme de prise en charge le duplicata ou la copie de la feuille de soins sur support papier.

Le médecin est responsable de l'établissement de la pièce numérique et de sa fidélité à la feuille de soins papier.

Principe de la numérisation de la feuille de soins

Le médecin s'engage à numériser la feuille de soins par ses propres moyens techniques, lesquels garantissent la fidélité de la pièce numérique à la feuille de soins papier et ce, dans le respect des conditions techniques figurant au cahier des charges ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale.

Le médecin s'engage à effectuer l'opération de numérisation de la feuille de soins au moment où il établit la facturation correspondante.

Qualité de la pièce numérique

Le médecin s'engage à s'assurer de la lisibilité de la pièce numérique en amont de sa transmission aux organismes de prise en charge.

Valeur probante des pièces justificatives numériques

La pièce justificative numérique transmise par le médecin dans les conditions mentionnées ci-après s'agissant du principe de la télétransmission, a la même valeur juridique et comptable que la feuille de soins support papier.

Transmission

La transmission de la pièce numérique s'effectue, par principe, en télétransmission vers le serveur informatique dédié, dénommé « point d'accueil inter-régimes », dans le respect des dispositions de la présente convention et du cahier des charges en vigueur ainsi que ses annexes fonctionnelles publiés par le GIE SESAM-Vitale. Un accusé de réception logique (ARL) « PJ » est envoyé au médecin à la suite de la transmission sur le point d'accueil inter-régimes des lots de pièces numériques. Un ARL « PJ » positif atteste de l'acquisition du lot et de sa conformité à la norme d'échange. La télétransmission du lot de PJ numériques intervient après l'envoi du lot de facturation en mode dégradé.

Cas d'échec de la transmission des pièces jointes numériques

En cas d'impossibilité technique de télétransmettre la PJ numérique, le médecin met tout en œuvre pour y parvenir dans un délai de cinq jours ouvrés à compter de la première tentative. En cas de persistance de l'impossibilité de télétransmettre à l'issue de ce délai, le médecin en informe la caisse et transmet les pièces sous format papier (duplicata).

Non réception de la PJ numérique

En cas de non réception par l'organisme de prise en charge malgré un ARL PJ positif de télétransmission, ce dernier prend contact avec le point d'accueil inter régimes qui lui transmet à nouveau le lot. A défaut de réception d'un ARL positif, le médecin transmet à nouveau la pièce numérique qu'il a conservée dans les conditions définies par les dispositions du présent article en cas d'échec de la transmission de la PJ dû à un dysfonctionnement.

Au-delà du délai de conservation des pièces numériques par le médecin prévu par le présent article sur la conservation des preuves et la protection des données, il est fait application des dispositions ci-après portant sur les modalités d'acheminement des PJ sur support papier.

La conservation des preuves et de la protection des données

Le médecin conserve les PJ numériques sur le support de son choix et dans les conditions de pérennité nécessaires, et ce, pendant quatre-vingt-dix jours à compter du jour de télétransmission ou de l'envoi postal la caisse primaire. ».

IX. Après l'article 28.3.5 il est inséré 2 articles ainsi rédigés :

« Article 28.3.6 Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante

Une nouvelle consultation dénommée [IMT] est créée afin de valoriser la consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une affection longue durée ouvrant droit à une exonération du ticket modérateur. Le tarif de cette consultation est fixé à 60 € (tarif DROM 72 €) et doit être facturée à tarif opposable.

X. Les dispositions de l'article 28.2.4 sont ainsi modifiées :

- Au 1^{er} alinéa les mots : « ou par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins » sont supprimés ;
- Aux 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} alinéas, les mots : « ou le médecin régulateur du Service d'accès aux soins » sont supprimés ;
- Les mots : « au 1er janvier 2018 » sont supprimés par deux fois ;
- La phrase : « Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient d'une majoration spécifique. » est remplacée par la phrase : « Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin traitant d'une valorisation spécifique de 85€, cotée MCY facturable dans les conditions définies par la NGAP. ».
- La phrase : « Pour les psychiatres, la consultation réalisée à la demande du médecin traitant ou par le régulateur libéral du SAS, dans les deux jours ouvrables suivant cette demande telle

que définie en NGAP par la décision UNCAM du 20/12/11 est valorisée 2 CNPSY. » est supprimée.

XI. Après l'article 28.2.5 il est inséré un article ainsi rédigé :

« Article 28.2.6 Les consultations réalisées par un médecin correspondant non médecin traitant pour un patient adressé par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins pour une prise en charge dans les 48 heures

La prise en charge par le médecin sollicité doit intervenir dans les 48 heures suivant l'adressage par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins.

La consultation réalisée sous 48 heures par le médecin correspondant autre que le médecin traitant sollicité par le médecin régulateur du Service d'accès aux soins, est valorisée par la création d'une majoration spécifique, dénommée SNP d'un montant de 15 €. Le nombre de majorations SNP pouvant être cotées par un médecin par semaine est limité à 20.

Cette majoration ne s'applique pas aux psychiatres qui bénéficient pour une prise en charge dans les 48 heures sur adressage du médecin régulateur d'une valorisation spécifique de 85€, cotée MCY (ou 2TC lors d'une téléconsultation) facturable dans les conditions définies par la NGAP.

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. »

XII.A l'article 28.4, l'alinéa : « Les consultations réalisées au domicile du patient pour soins palliatifs sont facturables quatre fois par patient dans l'année civile. » est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin d'améliorer la prise en charge à domicile des personnes en situation de fin de vie, le nombre de visites très complexes (dites "VL", définie à l'article 15.2.3 de la NGAP) pour les patients en soins palliatifs ne sont pas limitées annuellement ; ces visites sont facturées via un code VSP (Visite Soins Palliatifs). ».

XIII. Les dispositions de l'article 28.6.1.4 sont ainsi modifiées :

- Le 2^{ème} et 3^{ème} alinéas sont supprimés et remplacés par les alinéas suivants :

« Les actes de téléconsultation peuvent se substituer à certaines consultations dites « en présentiel » (en présence du patient) décrites aux articles 28.1 et 28.2. Ces actes sont facturés 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 1^{er} janvier 2024), définie à l'article 28.5 de la convention. ».

- Le 5^{ème} alinéa est supprimé.

XIV. A l'article 28.5, le paragraphe : « Majoration pour le suivi des personnes âgées » est remplacé par un paragraphe ainsi rédigé :

« Majoration pour le suivi des personnes âgées

Une nouvelle majoration MOP de 5 € est facturable en sus des consultations, téléconsultations ou visites réalisées auprès des patients âgés de plus de 80 ans. Cette majoration est réservée aux médecins exerçant en secteur à honoraires opposables et à ceux ayant adhéré aux dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée. Elle bénéficie aux médecins pour les patients dont ils ne sont pas le médecin traitant et pour les médecins généralistes en l'absence du médecin traitant.

XV. Les dispositions de l'article 19.3.2 sont ainsi modifiées

La phrase « ce forfait est versé au cours du second semestre 2023, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 30 juin 2023 » est remplacée par la phrase « ce forfait est versé au cours du premier semestre 2024, dès lors que les objectifs fixés ci-dessus sont atteints au plus tard le 31 décembre 2023 ».

Article 4

Par dérogation aux tarifs fixés par la convention, les actes suivants sont revalorisés de 1,5€ :

- 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, dans les conditions prévues par la NGAP.

La revalorisation est de 1,80€ pour les DROM.

Les sous-titres 1 et 2 de l'annexe 1 de la convention sont remplacés par les dispositions de l'annexe 1 au présent règlement.

Article 5

Les sanctions conventionnelles en cours d'exécution au moment de l'entrée en vigueur du présent règlement arbitral s'appliquent jusqu'à leur terme.

Article 6

Les contrats d'aide à l'emploi d'un assistant médical signés lors de la précédente convention médicale en cours à la date d'entrée en vigueur du présent règlement s'appliquent jusqu'à leur terme mais ne peuvent pas être renouvelés à l'exception des contrats pour l'emploi d'un tiers temps d'assistant médical qui pourront être renouvelés.

Par anticipation à leur terme, le médecin dont le contrat est en cours à la date d'entrée en vigueur du présent règlement peut demander de rompre son contrat par anticipation à une date anniversaire de son contrat, en informant sa caisse au moins deux mois avant cette date anniversaire, afin de basculer dans le nouveau dispositif prévu à la présente convention. Un nouveau contrat sera alors conclu avec le médecin.

Le cumul entre les anciennes et les nouvelles dispositions n'est pas autorisé.

Article 7

La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), mise en œuvre par décision de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) publiée au Journal Officiel de la République Française, en application de l'article L 162-1-7 du code de la sécurité sociale, dans sa version en vigueur à la date de publication du présent règlement est reconduite.

Article 8

La mise en œuvre des mesures de nomenclature figurant dans le présent règlement est conditionnée à la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

La mise en œuvre des mesures tarifaires est soumise au délai de six mois mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale, à l'exception des mesures relatives aux soins non programmés prévues aux II, III, X et XI de l'article 3, de celles relatives aux assistants médicaux prévues au IV du même article et de celle relative à la consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une ALD exonérante prévue au IX dudit article qui s'appliquent à compter de l'entrée en vigueur du présent règlement.

Les mesures relatives au forfait patientèle médecin-traitant et à la majoration MOP respectivement prévues aux I et XIV de l'article 3 entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2024.

ANNEXE 1

I.- L'annexe 1 de la convention nationale est modifiée comme suit :

Les sous-titres 1 et 2 sont remplacés par les dispositions suivantes :

TARIFS DES HONORAIRES, REMUNERATIONS ET FRAIS ACCESSOIRES DES MEDECINS GENERALISTES ET SPECIALISTES

Sous-Titre 1. Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins généralistes

Article 1 – Tarifs en vigueur en euros pour les médecins généralistes

Actes	Métropole	Guadeloupe e Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : C (prévue à l'article 2.1 et à l'article 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Consultation au cabinet par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : CS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade : V (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Visite au domicile du malade par le médecin spécialiste qualifié en médecine générale : VS (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour les Médecins Généralistes : MMG (prévue à l'article 28.1 de la convention médicale) <i>Par mesure de simplification de la facturation la consultation de référence du médecin généraliste est facturée « G » pour C+MMG/ « GS » pour CS+MMG/ « VG » pour V+MMG et « VGS » pour VS+MMG</i>	2,00	2,00	2,00	2,00
Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)				
Acte de téléconsultation du médecin généraliste secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables : TCG	25,00	29,60	29,60	29,60
Acte de téléconsultation du médecin généraliste de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM avec dépassement : TC	23,00	27,60	27,60	27,60
Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (prévu à l'article 14.9.4 de la NGAP et à l'article 28.6.2.3 de la convention)				

Acte de téléexpertise d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE2	20,00	24,00	24,00	24,00
Avis ponctuel de consultant pour les médecins spécialistes en médecine générale (prévu à l'article 18 B de la NGAP et aux articles 16.2 et 28.3.5 de la convention)				
Avis ponctuel de consultant pour une consultation au cabinet : APC	55,00	66,00	66,00	66,00
Avis ponctuel de consultant pour une visite au domicile du malade : APV	55,00	66,00	66,00	66,00
Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier : APU	69,00	82,80	82,80	82,80
Majoration Enfant du médecin généraliste pour la prise en charge des enfants jusqu'à 6 ans : MEG (prévue à l'article 14.7 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination généraliste : MCG (prévue à l'article 16.2 et à l'annexe 11 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures : MUT (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant ou le régulateur SAS dans les 48 heures : MCU (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration du médecin traitant pour la consultation réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences : MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00

Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 3 exerçant dans un service d'urgence privé : U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation du médecin urgentiste de niveau CCMU 4 et 5 exerçant dans un service d'urgence privé : U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultations et majorations complexes				
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE (prévue à l'article 14.9 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles: CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20
ASE - Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	46,00	55,20	55,20	55,20

<p>Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste : CSE (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation cardiaque : MIC</p> <p>(prévue à l'article 15.5 de la NGAP)</p>	23,00	27,60	27,60	27,60
<p>Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité par le médecin traitant : MSH</p> <p>(prévue à l'article 15.6 de la NGAP)</p>	23,00	27,60	27,60	27,60
Consultations et majorations très complexes				
<p>Consultation très complexe réalisée au domicile du patient : VL</p> <p>(prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement : MIS</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00

<p>Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH : PIV</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement : CTE</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap : MPH</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Consultation pour trouble de la relation précoce mère-enfant : CTE</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant)</p> <p>(prévue à l'article 28.5 de la présente convention)</p>	5,00	5,00	5,00	5,00
<p>Forfait de surveillance thermal : STH</p> <p>(prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)</p>	80,00	80,00	80,00	80,00
<p>K Actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin</p> <p>(prévu à l'article 2.1 de la NGAP)</p>	1,92	1,92	1,92	1,92

ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
Tarif des majorations de permanence des soins dans le cadre de la régulation ⁽³⁾ (prévues à l'article 10 et à l'annexe 9 de la convention médicale)				(3)
CRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de consultation au cabinet	42,50	42,50	42,50	(3)
VRN Majoration spécifique de nuit 20h-0h/6h-8h en cas de visite	46,00	46,00	46,00	(3)
CRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de consultation au cabinet	51,50	51,50	51,50	(3)
VRM Majoration spécifique de milieu de nuit 0h-6h en cas de visite	59,50	59,50	59,50	(3)
CRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de consultation au cabinet	26,50	26,50	26,50	(3)
VRD Majoration spécifique de dimanche et jours fériés en cas de visite	30,00	30,00	30,00	(3)
VRS Majoration spécifique de samedi, lundi veille de jour férié et vendredi lendemain de jour férié	30,00	30,00	30,00	(3)
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée : MD (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de nuit (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)				
- de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MDN	38,50	38,85	39,20	39,20
- de 00h00 à 06H00 : MDI	43,50	43,85	44,20	44,20

Majoration de déplacement pour visite à domicile justifiée de dimanche et jour férié MDD (²) (prévue à l'article 14.2 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Majoration pour actes la nuit et le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 : MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 : MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Majoration de dimanche et jour férié : F (¹) (prévue à l'article 14 de la NGAP)	19,06	19,06	19,06	19,06
Majoration d'urgence : MU (prévue à l'article 14.1 de la NGAP)	22,60	22,91	23,26	23,26
Tarif de l'indemnité forfaitaire de déplacement pour des actes effectués à domicile autre que la visite : IFD (prévue à l'article 13 de la NGAP)	3,50	3,85	4,20	4,20
Valeur de l'indemnité kilométrique : IK (prévue à l'article 13 de la NGAP) :				
- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
Adhésion au contrat type figurant dans le décret du 3 mai 2002 relatif à la délivrance de soins palliatif à domicile				
- Forfait mensuel du médecin coordonnateur de l'équipe de soins	80	80	80	80
- Forfait mensuel du médecin participant à la coordination	40	40	40	40
- Forfait mensuel de soins	90	90	90	90

RQD : acte de demande d'une téléexpertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin	10	12	12	12
--	----	----	----	----

⁽¹⁾ La majoration s'applique à partir du samedi midi uniquement pour les consultations réalisées par le médecin généraliste de garde au cabinet

⁽²⁾ La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

⁽³⁾ Le dispositif de permanence des soins ambulatoire conventionnel n'est pas appliqué à Mayotte.

Article 2 Nouveaux tarifs en euros pour les médecins généralistes

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

Par dérogation, les mesures tarifaires ci-après ne sont pas soumises au délai de six mois mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale :

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration SNP* (prévue à l'article 28.2.6 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures : MCU* (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
IMT - Consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une affection longue durée exonérante *	60,00	72,00	72,00	72,00

La mesure tarifaire ci-après entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration MOP* (prévue à l'article 28.5 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le 1^{er} novembre 2023 ou à la date d'échéance du délai de 6 mois susmentionné si elle est postérieure.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
-------	-----------	--------------------------	-------------------	---------

Majoration pour les Médecins Généralistes : MMG (prévue à l'article 28.1 de la convention médicale)				
<i>Par mesure de simplification de la facturation la consultation de référence du médecin généraliste est facturée « G » pour C+MMG/ « GS » pour CS+MMG/ « VG » pour V+MMG et « VGS » pour VS+MMG</i>	3,5	3,8	3,8	3,8
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)				
Avis ponctuel de consultant APC des spécialistes de médecine générale	56,50	67,80	67,80	67,80
Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV des spécialistes de médecine générale	56,50	67,80	67,80	67,80
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE (prévue à l'article 14.9 de la NGAP)	47,50	57,00	57,00	57,00
Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	47,50	57,00	57,00	57,00
ASE - Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance. Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	47,50	57,00	57,00	57,00

<p>Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité par le médecin traitant : CSO</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	47,50	57,00	57,00	57,00
<p>Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste : CSE (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	47,50	57,00	57,00	57,00
<p>Consultation très complexe réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs par le médecin traitant : VSP*</p>	60,00	72,00	72,00	72,00

*sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Sous-titre 2 Tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins spécialistes hors médecine générale

Article 1 Tarifs en vigueur en euros des médecins spécialistes

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Consultation au cabinet : CS (prévue aux articles 2.1 et 15 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
CNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	42,50	51,00	51,00	51,00
Consultation réalisée au cabinet par un psychiatre à la demande du médecin traitant ou du régulateur libéral du SAS dans les deux jours ouvrables (prévue à l'article 15.2.4 de la NGAP)	2 CNPSY 85,00	2 CNPSY 102,00	2 CNPSY 102,00	2 CNPSY 102,00
CSC (cardiologie) (prévue à l'article 15.1 de la NGAP)	47,73	54,73	54,73	54,73
Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)				
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste (TC) – hors psychiatre, neurologue	23,00	27,60	27,60	27,60
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste du psychiatre ou neurologue TC	42,50	51,00	51,00	51,00
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie à la demande du médecin traitant dans les deux jours ouvrables 2TC	85,00	102,00	102,00	102,00
Acte de télé-expertise d'un médecin sollicité par un autre médecin (prévu à l'article 14.9.4 de la NGAP et à l'article 28.6.2.3 de la convention)				
Acte de télé-expertise d'un médecin sollicité par un autre médecin : TE2	20,00	24,00	24,00	24,00
Majorations de coordination dans le cadre du parcours de soins coordonnés (prévue aux articles 16.2 et 28.2.1)				

Majoration de coordination spécialiste : MCS	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie : MCS	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration de coordination cardiologues : MCC	3,27	3,27	3,27	3,27
Majoration forfaitaire transitoire (prévue à l'article 2 bis de la NGAP)				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	2,00	2,00	2,00	2,00
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	2,70	2,70	2,70	2,70
Majoration (MTS) transitoire spécifique pour les médecins spécialistes de Mayotte				2,00
MGM : majoration des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) -majoration avec tarif équivalent à majoration de 2 € mentionnée à l'article 29.7 de la convention additionnée de la MPC) - non cumulable avec la MPC	4,00	4,00	4,00	4,00
MP : majoration des psychiatres pour la prise en charge des enfants	3,00	3,00	3,00	3,00
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)				
Avis ponctuel de consultant APC	55,00	66,00	66,00	66,00
Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV	55,00	66,00	66,00	66,00
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue APY	62,50	75,00	75,00	75,00
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue au domicile du patient AVY	62,50	75,00	75,00	75,00

Avis ponctuel de consultant par un professeur des universités-praticien hospitalier APU	69,00	82,80	82,80	82,80
Visite au domicile du patient : VS (prévu à l'article 2.1 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
VNPSY (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	42,50	51,00	51,00	51,00
Majorations enfants des pédiatres				
Nouveau Forfait Pédiatrique (jusqu'à 2 ans) du pédiatre: NFP (prévue à l'article 14.6.1 de la NGAP)	10,00	10,00	10,00	10,00
Nouveau Forfait Enfant (de 2 à 6 ans) du pédiatre et de 6 à 16 ans du pédiatre traitant : NFE (prévue à l'article 14.6.3 de la NGAP)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration Enfant (de 0 à 6 ans) du pédiatre : MEP (prévue à l'article 14.6.2 de la NGAP)	4,00	4,00	4,00	4,00
Consultations et majorations complexes				
Majoration pour certaines consultations par les spécialistes en endocrinologie et en médecine interne compétents en diabétologie : MCE (prévue à l'article 15-4 de la NGAP)	22,00	22,00	22,00	22,00
Majoration pour les consultations de prescription de certains types d'appareillages de première mise par les médecins spécialistes ou qualifiés en médecine physique et réadaptation: MTA (prévue à l'article 15-3 de la NGAP).	23,00	23,00	23,00	23,00
Majoration pour une consultation longue et complexe par le médecin traitant d'un patient insuffisant cardiaque après hospitalisation pour décompensation : MIC (prévue à l'article 15.5 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60

Majoration pour la consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de court séjour des patients à forte comorbidité : MSH (prévue à l'article 15.6 de la NGAP)	23,00	27,60	27,60	27,60
Majoration pour la consultation avec la famille d'un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an par le psychiatre et pédopsychiatre : MPF (prévue à l'article 14.4.4 I de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00
Majoration pour la consultation annuelle de synthèse avec la famille pour un enfant présentant une pathologie psychiatrique grave nécessitant une prise en charge spécialisée pour le psychiatre et pédopsychiatre : MAF (prévue à l'article 14.4.4 II de la NGAP)	20,00	20,00	20,00	20,00
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE Prévue à l'article 14.9 de la NGAP	46,00	55,20	55,20	55,20
Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20

<p>consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ième jour de vie : CSM</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation de suivi et de coordination de la prise en charge d'un enfant autiste par un généraliste : CSE (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20
<p>Consultation bucco-dentaire complexe des médecins stomatologues et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap : CBX (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX</p>	46,00	55,20	55,20	55,20

<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge pour un patient atteint de thrombophilie grave héréditaire : PTG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un enfant atteint d'une pathologie oculaire grave (glaucome congénital, cataracte congénitale, dystrophie rétinienne, nystagmus avec malvoyance, strabisme complexe, rétinopathie des prématurés) ou d'une pathologie générale avec déficience grave (déficience neurosensorielle sévère, autisme, retard mental, grand-prématuré) : POG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'une pathologie endocrinienne de la grossesse (diabète, hyperthyroïdie...) : PEG</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients cérébro-lésés ou traumatisés médullaires : MCT</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

<p>Majoration pour consultation spécifique d'un patient pour la prise en charge d'un asthme déstabilisé : MCA</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge d'un patient atteint de polyarthrite rhumatoïde évolutive, en cas d'épisode aigu ou de complication : PPR</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour une consultation complexe de prise en charge d'un patient atteint de maladie neurodégénérative ou d'épilepsie instable, en cas d'épisode aigu ou de complication, par un neurologue ou un pédiatre avec une compétence spécifique en neurologie : PPN</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation de prise en charge d'un couple dans le cadre de la stérilité : MPS</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'un trouble grave du comportement alimentaire (anorexie mentale, obésité morbide) : TCA</p> <p>(prévues à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge d'une tuberculose : MPT</p> <p>(prévues à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique de prise en charge de scoliose grave évolutive de l'enfant ou de l'adolescent : SGE</p> <p>(prévues à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour première consultation spécifique pour initier un traitement complexe en cas de fibrose pulmonaire ou de mycose pulmonaire MMF</p> <p>(prévues à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00

<p>Majoration pour consultation spécifique de prise en charge coordonnée des patients présentant des séquelles lourdes d'AVC : SLA</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP) :</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
<p>Majoration pour consultation annuelle pour le suivi de second recours réalisé à tarif opposable pour les enfants de moins de 7 ans, nés prématurés de 32 semaines d'aménorrhée (SA) plus 6 jours à 36 SA plus 6 jours : MSP</p> <p>(prévue à l'article 15.8 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MCX</p>	16,00	16,00	16,00	16,00
Consultations et majorations très complexes				
<p>Consultation très complexe réalisée au domicile du patient : VL</p> <p>(prévue à l'article 15.2.3 de la NGAP)</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information du patient et de mise en place d'une stratégie thérapeutique pour les patients atteints de cancer ou de pathologie neurologique grave ou neurodégénérative ou d'un trouble du neuro-développement : MIS</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00

<p>Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge en cas d'infection par le VIH : PIV</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation spécifique pour initier la prise en charge d'un patient atteint d'une maladie auto-immune avec atteinte viscérale ou articulaire ou d'une vascularite systémique : MAV</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information et organisation de la prise en charge pour le suivi d'un patient chez qui a été institué un traitement par biothérapie (anti-TNF alpha) : MPB</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le gynécologue-obstétricien, en cas de malformation congénitale ou de maladie grave du fœtus, diagnostiquée en anté-natal : MMM</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00

<p>Majoration pour consultation initiale d'information des parents et organisation de la prise en charge réalisée par le chirurgien pédiatrique, en cas de malformation congénitale grave nécessitant une prise en charge chirurgicale : CPM</p> <p>(prévues à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration pour consultation de synthèse d'un patient en insuffisance rénale chronique terminale dans le cadre de la mise en route d'un dossier de greffe rénale : IGR</p> <p>(prévues à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>Majoration MIA pour la consultation initiale très complexe d'un patient présentant une anisocorie ou une diplopie avec composante paralytique ou un ptosis d'origine neurogène, par un neurologue ou par un ophtalmologue.</p> <p>(prévues à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé MTX</p>	30,00	30,00	30,00	30,00
<p>consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier : EPH</p> <p>(prévues à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00

<p>consultation de suivi des enfants de moins de 7 ans, nés grands prématurés de moins de 32 semaines d'aménorrhée plus 6 jours, ou atteints d'une pathologie congénitale grave : CGP</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code regroupé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Consultation de repérage des signes de trouble du neuro-développement (TND): CTE</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Consultation pour trouble de la relation précoce mère-enfant : CTE</p> <p>(prévue à l'article 15.9 de la NGAP)</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Consultation très complexe dans le cadre de l'amélioration de la prise en charge des personnes avec handicap : MPH</p> <p>Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCE</p>	60,00	72,00	72,00	72,00
<p>Rémunération forfaitaire (MPA) pour les patients âgés de plus de 80 ans (dont le médecin n'est pas le médecin traitant)</p> <p>(prévue à l'article 15.4.1 et à l'article 28.5 de la convention)</p>	5,00	5,00	5,00	5,00

Majoration d'urgence du médecin traitant pour adressage vers le médecin correspondant dans les 48 heures : MUT (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00
Majoration du médecin correspondant sollicité par le médecin traitant ou le régulateur SAS dans les 48 heures : MCU (prévue à l'article 28.2.4 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration de la consultation du médecin traitant réalisée en urgence sur demande du centre de régulation médicale des urgences : MRT (prévue à l'article 28.2.5 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Consultation correspondant de niveau CCMU 3 du médecin urgentiste: U03 (prévue à l'article 14.1.1 de la NGAP)	30,00	36,00	36,00	36,00
Consultation correspondant de niveau CCMU 4 et 5 du médecin urgentiste : U45 (prévue à l'article 14.1.2 de la NGAP)	46,00	55,20	55,20	55,20
Forfait thermal (STH) (prévu au titre XV chapitre 4, article 2 de la NGAP)	80,00	80,00	80,00	80,00
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés à chaque accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M A ⁽¹⁾ (NGAP titre XI, chapitre II)	150,00	150,00	150,00	
Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour l'ensemble des actes liés au premier accouchement réalisé la nuit, le dimanche et les jours fériés M G ⁽²⁾ (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	

Majoration forfaitaire de sujétion particulière pour le premier acte lié à la surveillance et aux soins spécialisés des nouveaux-nés (NGAP titre XI, chapitre II)	228,68	228,68	228,68	
Actes en coopération				
Bilan visuel réalisé à distance en coopération entre orthoptiste et ophtalmologiste : RNO	28,00	28,00	28,00	28,00
Lettres clés :				
K (actes de chirurgie et de spécialité pratiqués par le médecin)	1,92	1,92	1,92	1,92
ORT Traitements d'orthopédie dento-faciale pratiqués par le médecin. (prévue à l'article 2.1 de la NGAP)	2,15	2,15	2,15	2,15
KMB : utilisée exclusivement par le médecin biologiste lorsqu'il réalise un prélèvement par ponction veineuse directe	2,52	2,52	2,52	2,52
Majoration pour actes effectués la nuit ou le dimanche (prévue à l'article 14 de la NGAP)				
- Majoration de nuit de 20H00 à 00H00 et de 06H00 à 08H00 pour les pédiatres MN	35,00	35,00	35,00	35,00
- Majoration de nuit de 20H00 à 08H00 pour les spécialistes (hors pédiatres) MN	25,15	25,15	25,15	25,15
- Majoration de nuit de 00h00 à 06H00 pour les pédiatres MM	40,00	40,00	40,00	40,00
Valeur de la majoration pour acte effectué un dimanche et de jour férié F ⁽³⁾	19,06	19,06	19,06	19,06
Valeur de l'indemnité de déplacement (ID) pour les médecins spécialistes				
Agglomération PLM ⁽⁴⁾	5,34			
Autres agglomérations	3,81	4,19	4,57	4,57
Valeur de l'indemnité kilométrique (IK)				

- plaine	0,61	0,67	0,73	0,73
- montagne	0,91	1,01	1,10	1,10
- à pied ou à ski	4,57	5,03	5,49	5,49
RQD : acte de demande d'une télé expertise par un professionnel de santé auprès d'un médecin	10	12	12	12

(1) et mentionnée au 3ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(2) et mentionnée au 2ème alinéa de l'article 1er de l'arrêté du 27 décembre 2001 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels des médecins.

(3) La majoration s'applique à partir du samedi midi pour la visite à domicile justifiée.

(4) Les agglomérations correspondent à celles définies par l'INSEE dans son dernier recensement.

Article 2 Nouveaux tarifs en euros pour les médecins spécialistes

Les tableaux ci-après annulent et remplacent les dispositions préexistantes concernées.

Par dérogation, les mesures tarifaires ci-après ne sont pas soumises au délai de six mois mentionné à l'article L. 162-14-1-1 du code de la sécurité sociale :

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration SNP* (prévue à l'article 28.2.6 de la convention médicale)	15,00	15,00	15,00	15,00
Majoration du médecin correspondant hors psychiatre sollicité par le médecin traitant dans les 48 heures : MCU*	15,00	15,00	15,00	15,00
IMT consultation initiale d'inscription d'un médecin en tant que médecin traitant pour un patient relevant d'une affection longue durée exonérante*	60,00	72,00	72,00	72,00

La mesure tarifaire ci-après entre en vigueur le 1^{er} janvier 2024.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration MOP* (prévue à l'article 28.5 de la convention médicale)	5,00	5,00	5,00	5,00

Les mesures tarifaires ci-après entrent en vigueur le 1^{er} novembre 2023 ou à la date d'échéance du délai de 6 mois susmentionné si elle est postérieure.

Actes	Métropole	Guadeloupe Martinique	Guyane Réunion	Mayotte
Majoration forfaitaire transitoire (prévue à l'article 2 bis de la NGAP)				
Majoration (MPC) de la CS dans les conditions fixées par l'article 2 bis des dispositions générales de la NGAP	3,50	3,80	3,80	3,80
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	4,20	4,50	4,50	4,50
MGM : majoration des gynécologues médicaux (code spécialité 70 ou 79) - majoration avec tarif équivalent à majoration de 2 € mentionnée à l'article 29.7 de la convention additionnée de la MPC - non cumulable avec la MPC	5,50	5,80	5,80	5,80
Majorations enfants des pédiatres				
Majoration de coordination cardiologues : MCC	4,77	5,07	5,07	5,07

NFP majoration pour les 0-2 ans des pédiatres	11,50	11,80	11,80	11,80
NFE majoration pour les 2-6 ans des pédiatres	6,50	6,80	6,80	6,80
Majoration du médecin correspondant psychiatre sollicité par le médecin traitant ou régulateur SAS dans les 48 heures : MCV*	85,00	102,00	102,00	102,00
Avis ponctuel de consultant (prévu à l'article 18 de la NGAP et à l'article 28.3.5 de la convention)				
Avis ponctuel de consultant APC	56,50	67,80	67,80	67,80
Avis ponctuel de consultant au domicile du patient APV	56,50	67,80	67,80	67,80
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue APY	64,00	76,80	76,80	76,80
Avis ponctuel de consultant par un psychiatre, neuropsychiatre ou neurologue au domicile du patient AVY	64,00	76,80	76,80	76,80
Consultation de dépistage du mélanome réalisée au cabinet par un médecin spécialiste en dermatologie : CDE (prévue à l'article 15.2.1 de la NGAP)	47,50	57,00	57,00	57,00
Consultation pour les 3 examens obligatoires de l'enfant donnant lieu à certificat : COE	47,50	57,00	57,00	57,00

Prévue à l'article 14.9 de la NGAP				
Première consultation de santé sexuelle, de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles : CCP (prévue à l'article 14.8 de la NGAP)	47,50	57,00	57,00	57,00
consultation réalisée pour un nouveau-né nécessitant un suivi spécifique entre le jour de sortie de la maternité et le 28ième jour de vie : CSM (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	47,50	57,00	57,00	57,00
ASE - Consultation complexe à l'entrée du mineur dans le dispositif de protection de l'enfance Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	47,50	57,00	57,00	57,00
Consultation de suivi et coordination de la prise en charge des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : CSO (prévue à l'article 15.8 de la NGAP)	47,50	57,00	57,00	57,00

Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX				
Consultation bucco-dentaire complexe des médecins stomatologistes et spécialistes en chirurgie orale ou maxillo-faciale pour un patient atteint de handicap physique, sensoriel, mental, cognitif ou psychique sévère, ou d'un polyhandicap : CBX (prévue à l'article 15.8 de la NGAP) Pour des raisons de confidentialité, l'acte est facturé aux organismes d'Assurance maladie sous le code prestation agrégé CCX	47,50	57,00	57,00	57,00
Consultation très complexe réalisée au domicile du patient pour soins palliatifs du médecin traitant: VSP*	60,00	72,00	72,00	72,00
Consultation à distance réalisée entre un patient et un médecin dit « téléconsultant » (prévu à l'article 14.9.3 de la NGAP et à l'article 28.6.1.4 de la convention)				
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste (TCS) secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables – hors psychiatrie, neurologie, pédiatrie et	30,00	36,00	36,00	36,00

gynécologie médicale (code spécialité 70 ou 79)				
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en gynécologie médicale (code spécialité 70 ou 79) TCS secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables	32,00	38,00	38,00	38,00
Acte de téléconsultation du médecin pédiatre TCS secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables	23,00	27,60	27,60	27,60
Acte de téléconsultation du médecin psychiatre ou neurologue TCS secteur 1 et secteur 2 ayant adhéré à l'OPTAM, ou n'ayant pas adhéré à l'OPTAM dans le cas du respect des tarifs opposables	50,20	60,24	60,24	60,24
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste (TC) de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM avec dépassements – hors psychiatrie neurologie	23,00	27,60	27,60	27,60
Acte de téléconsultation du médecin psychiatre ou neurologue (TC) de secteur 2 n'ayant pas adhéré à l'OPTAM avec dépassements	42,50	51,00	51,00	51,00
Acte de téléconsultation du médecin spécialiste en psychiatrie à la demande du	85,00	102,00	102,00	102,00

médecin traitant ou du régulateur SAS dans les deux jours ouvrables 2TC				
---	--	--	--	--

*sous réserve de la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

ANNEXE 2

I.- L'annexe 34 de la convention nationale est remplacée par les dispositions suivantes :

Annexe 34 : CALCUL DES OBJECTIFS ASSISTANTS MEDICAUX

CALCUL DU NOMBRE DE PATIENTS À PRENDRE EN CHARGE

Le nombre de patients supplémentaires à prendre en charge dans le cadre du contrat d'aide à l'emploi est fonction de la patientèle médecin traitant initiale ou de la file active initiale du médecin et calculé de la manière suivante :

1. Objectifs patientèle médecin traitant enfant et adultes (médecins généralistes et pédiatres)

- **Patientèle initiale MT comprise entre P30 et P50** : l'objectif est fixe et identique.

Patientèle MT initiale médecins généralistes	Nombre de patients supplémentaires (1ETP)	Nombre de patients supplémentaires (1/2 ETP)
[P30 à p50[	305	195

Patientèle MT initiale pédiatres	Nombre de patients supplémentaires (1ETP)	Nombre de patients supplémentaires (1/2 ETP)
[P30 à p50[	21	14

- **Patientèle initiale MT comprise entre P50 et P95** : l'objectif est dégressif.

Il est calculé avec l'équation suivante :

Pour 1 ETP : $((0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P99 - P30)))))) / (P99 - P50)) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P99 - P30))))$

Pour 1/2 ETP : $((0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))))) / (P95 - P50)) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coef}) / (P95 - P30))))$

Les coefficients sont indiqués ci-dessous (cf. point 3) et les objectifs pour chaque patientèle initiale sont disponibles sur ameli Pro.

- **Patientèle initiale MT supérieure ou égale à P95** : pour médecin ayant choisi l'option ½ ETP l'objectif est le maintien (le maintien intègre une baisse comprise entre 0% et - 5%. Au-delà, l'aide est proratisée) ; pour médecin ayant choisi l'option 1 ETP, l'objectif est dégressif :

Patientèle MT initiale médecins généralistes	Nombre de patients supplémentaires (1 ETP)
--	---

[P95 à p96[	109
[P96 à p97[	105
[P97 à p98[	89
[P98 à p99[	56
>p99	0

Patientèle MT initiale pédiatres	Nombre de patients supplémentaires (1 ETP)
[P95 à p96[	9
[P96 à p97[	8
[P97 à p98[	6
[P98 à p99[	5
>p99	0

2. Objectifs file active (médecins généralistes et spécialistes)

- **File active comprise entre P30 et P50** : par spécialité, l'objectif est fixe et identique.

Spécialité médicale	File active initiale	Nombre de patients supplémentaires (1 ETP)	Nombre de patients supplémentaires (1/2 ETP)
Médecins généralistes	[P30 à p50[	467	311
Médecins à expertise particulière (MEP)	[P30 à p50[	394	262
Cardiologues	[P30 à p50[	527	351
Dermatologues	[P30 à p50[	700	467
Gynécologues médicaux	[P30 à p50[	533	356
Gastro-entérologues	[P30 à p50[	451	301
Internistes	[P30 à p50[	248	166
Oto-rhino- laryngologistes (ORL) médicaux	[P30 à p50[	690	460

Pédiatres	[P30 à p50[	352	235
Pneumologues	[P30 à p50[	530	353
Rhumatologues	[P30 à p50[	442	295
Ophthalmologues	[P30 à p50[	1222	814
Médecins physiques et de réadaptation (MPR)	[P30 à p50[	229	153
Neurologues	[P30 à p50[	408	272
Psychiatres et neuro-psychiatres	[P30 à p50[	67	45
Néphrologues	[P30 à p50[	164	110
Endocrinologues	[P30 à p50[	380	253
Gériatres	[P30 à p50[	161	107
Médecins vasculaires	[P30 à p50[	593	395
Allergologues	[P30 à p50[	493	329

- **Patientèle file active comprise entre P50 et P95** : l'objectif est dégressif, par spécialité.

Il est calculé avec l'équation suivante : $((0 - ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30)))))) / (P95 - P50)) \times (\text{patientèle} - P50) + ((P30 \times \text{coefficient}) - ((P50 - P30) \times ((P30 \times \text{coefficient}) / (P95 - P30))))$

Les coefficients sont indiqués ci-dessous (cf. point 3) et les objectifs pour chaque file active et chaque spécialité sont disponibles sur amelipro.

- **Patientèle file active supérieure à P95** : l'objectif est de maintenir le nombre de patients file active. Le maintien intègre une baisse comprise entre 0% et - 5%. Au-delà, l'aide est proratisée.

3. Coefficients

Pour définir le nombre de patients supplémentaires à prendre à charge, les coefficients à appliquer sont :

Coefficients	
Pour la patientèle MT généralistes et pédiatres :	Pour la patientèle file active (généralistes et spécialistes)
Pour l'option ½ ETP : coef = 0,311	Pour l'option ½ ETP : coef = 0,3
Pour l'option 1 ETP : coef = 0,447	Pour l'option 1 ETP : coef = 0,45

**MODALITÉS DE VERSEMENT DE L'AIDE À L'EMPLOI
PENDANT LA DURÉE DE VIE DU CONTRAT**

Pour les médecins généralistes ou pédiatres :

→ Ces objectifs s'appliquent à la fois pour leur :

- ✓ Patientèle médecin-traitant adultes et enfants (PMT) ;
- ✓ Patientèle file active (PFA, soit le nombre total de patients adultes et enfants ayant consulté le médecin au moins 1 fois au cours des 12 derniers mois).

Pour les médecins spécialistes (hors pédiatres) :

→ Ces objectifs s'appliquent à la seule patientèle file active (PFA).

Pour les 2 premières années, l'atteinte des objectifs ne conditionne pas le versement de l'aide.

Pour la 3^e année et les années suivantes, l'aide est versée en 2 fois :

- un acompte versé dans les deux mois suivant la date anniversaire du contrat en début de troisième année ou suivante ;
- et un solde versé dans les deux mois suivant la date d'anniversaire du contrat en début de quatrième année ou suivante.

Le versement de l'aide est conditionné au niveau d'atteinte de l'objectif.

	1 ^{ère} année	2 ^{ème} année	3 ^{ème} année et suivantes
Acompte			50 % de l'aide prévue en pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde	100%*	100%*	Montant restant à verser au titre de l'année considérée : <ul style="list-style-type: none"> - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde n'est pas versé

* Acompte : versé dans les dans les 2 mois suivant la date de signature (1^{ère} année) ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

** Solde : versé dans les dans les 2 mois suivant la date d'anniversaire de la signature du contrat de l'année en cours

DISTRIBUTION NATIONALE DU NOMBRE DE PATIENTS MÉDECINS TRAITANTS (PMT) ET FILE ACTIVE (PFA) EN FONCTION DE LA SPECIALITÉ MÉDICALE AU 31 DÉCEMBRE 2021*

* Valable pour la durée de la convention médicale

Distribution du nombre de patients vus FILE ACTIVE / MT en fonction de la spécialité du PS - Année 2021**Nombre de patients vus au moins une fois par PS dans l'année (File active)**

Spécialité	P30
01-Généralistes	1 219
02-MEP	1 025
04-Cardiologues	1 457
06-Dermatologues	1 916
10-1 Gynécologues médicaux	1 519
11-Gastro-entérologues	1 270
12-Internistes	694
13-1 ORL médicaux	2 060
14-Pédiatres	949
15-Pneumologues	1 385
16-Rhumatologues	1 215
17-Ophtalmologues	3 151
19-MPR	612
20-Neurologues	1 076
21-Psychiatres-neuro-psychiatres	173
22-Néphrologues	477
24-Endocrinologues	1 033
25-Gériatres	393
84-Médecine Vasculaire	1 608
85-Allergologie	1 345

Nombre de patients médecin traitant adultes et enfants (vus ou non dans l'année) - PMT

Spécialité	P30
01-Généralistes	775
14-Pédiatres	51

ANNEXE 3

I.- L'annexe 35 de la convention nationale est remplacée par les dispositions suivantes :

ANNEXE 35 : CONTRAT TYPE D'AIDE CONVENTIONNELLE A L'EMPLOI D'UN ASSISTANT MEDICAL

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment les articles Article L. 162-14-2, L. 162-5, L. 162-14-1 et L. 162-15,

Vu le règlement arbitral, défini par l'arrêté du [JJ/MM/AAAA] paru au *Journal officiel* du [JJ/MM/AAAA]

Il est conclu un contrat d'aide à l'emploi d'un assistant médical, entre :

- d'une part, la caisse primaire d'assurance maladie/la caisse générale de sécurité sociale (dénommée ci-après CPAM/CGSS) de :

Département :

Adresse :

Représentée par (nom, prénom/fonction/coordonnées) :

- et, d'autre part, le médecin :

Nom, prénom

Inscrit au tableau de l'Ordre du conseil départemental de [NOM] sous le numéro :

Numéro RPPS :

Numéro AM :

Spécialité médicale exercée :

Adresse professionnelle du cabinet principal :

Adresse professionnelle du cabinet secondaire :

Article 1^{er} - Objet du contrat

Dans un contexte de difficultés croissantes d'accès aux soins et de tension sur la démographie médicale, les pouvoirs publics et l'assurance maladie ont pour objectif d'inciter les médecins libéraux conventionnés à employer un assistant médical salarié pour leur permettre de libérer du temps médical en les assistant dans leur pratique quotidienne, afin d'accueillir davantage de patients, et notamment des patients ne disposant pas de médecin traitant, mais aussi d'améliorer leur suivi.

Le présent contrat vise à définir les modalités d'accompagnement financier par l'assurance maladie à l'emploi d'assistants médicaux par les médecins libéraux ainsi que les contreparties attendues par les médecins souhaitant s'engager dans cette démarche.

Article 2 - Engagements des parties

2.1. Engagements du médecin signataire

Le médecin signataire s'engage :

- à recruter, dès la signature du présent contrat, un assistant médical salarié sur la base

d'une durée horaire correspondant à l'option choisie par le médecin (1/2 ETP ou 1 ETP).

Le médecin a le choix de recruter directement l'assistant médical ou de faire appel pour ce recrutement à un groupe de médecins libéraux ou à toute autre structure habilitée à effectuer une telle démarche.

Le contrat de travail de l'assistant médical ou le contrat liant le médecin à un groupement d'employeurs doit être fourni par le médecin lors de la signature du présent contrat avec la caisse d'assurance maladie.

- à ce que la personne recrutée en qualité d'assistant médical
 - soit titulaire : du certificat de qualification professionnelle (CQP) ou d'une attestation de formation d'adaptation à l'emploi (FAE) pour les détenteurs d'un diplôme d'État infirmier (IDE); d'un diplôme d'État d'aide-soignant (DEAS) ou d'un diplôme d'État d'auxiliaire de puériculture (DEAP) ;
 - À défaut, la personne recrutée doit suivre une formation *ad hoc* dans les deux ans suivant son recrutement, et obtienne sa qualification professionnelle ou son attestation FAE dans un délai maximum de trois ans suivant son recrutement. Le justificatif d'obtention du CQP ou FAE par l'assistant médical devra être adressé par le médecin signataire du présent contrat à sa caisse de rattachement au plus tard à l'issue du délai de 3 ans précité.
- à exercer dans le secteur à honoraires opposables ou dans le secteur à honoraires différents dès lors qu'il a adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM ou OPTAM CO) ;
- à répondre aux objectifs définis en contrepartie de l'aide financière apportée par l'assurance maladie pour l'emploi d'un assistant médical.

Le choix du médecin signataire porte sur l'option 1 ou l'option 2 :

- ½ ETP
- 1 ETP

2.2 Objectifs individuels contractuels

Fixation des objectifs

Le nombre de patients supplémentaires ou à maintenir par rapport au niveau initial de patientèle est défini selon l'option choisie, la spécialité et la taille de la patientèle du médecin signataire :

- de la patientèle médecin traitant et de la file active pour les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres ;
- de la patientèle file active pour les autres spécialités éligibles.

Pour la fixation des objectifs, la patientèle de départ prise en compte est celle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant la signature du contrat ou au 30 juin de l'année en cours, selon la date de signature du contrat avec la caisse.

Les objectifs :

- Augmenter la file active, c'est-à-dire le nombre de patients différents vus au cours des 12 derniers mois, tous âges confondus ;
- Augmenter le nombre de patients médecin traitant, tous âges confondus, pour les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres.

Pour les médecins généralistes ou spécialistes en médecine générale et pour les pédiatres, ces deux objectifs sont pris en compte.

Votre patientèle arrêtée au 31 décembre de l'année précédant le recrutement de l'assistant médical ou au 30 juin de l'année du recrutement de l'assistant médical s'élève à :

- [NOMBRE] patients médecin traitant
- [NOMBRE] patients file active

Votre objectif à atteindre est :

- [NOMBRE] patients médecin traitant
- [NOMBRE] patients file active

La vérification de l'atteinte des objectifs est appréciée sur la patientèle au 31 décembre ou au 30 juin de l'année, selon la date retenue pour fixer la patientèle de départ.

À compter de la 3^e année du contrat initial signé par la CPAM/CGSS avec le médecin, l'objectif attendu est un maintien des effectifs de patientèles, à hauteur de l'objectif fixé par le contrat. Pour les contrats initiaux arrivés à leur terme, cet objectif de maintien est reconduit lors du renouvellement de ces derniers.

2.3 Cas particuliers

Médecins nouveaux installés

Lorsque le médecin est éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical, car nouvellement installé (au sens de primo-installés dans la zone d'exercice dans les 12 mois qui suivent son installation), compte tenu de la nécessité de prendre en compte la montée en charge progressive de sa patientèle, son objectif est fixé de manière à se situer, dans un délai de 3 ans, au-niveau du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité.

à cocher si médecin nouvellement installé

Médecin avec activité médicale mixte

Le médecin ayant une activité mixte et un niveau de patientèle sensiblement inférieur à la médiane peut être éligible, par dérogation, au dispositif d'aide à l'emploi d'un assistant médical : il est tenu compte de sa situation particulière pour reconstituer son niveau réel de patientèle et fixer son objectif en conséquence. Pour ce faire, le médecin doit produire tout document attestant de cette activité complémentaire à celle exercée sous le mode libéral conventionné.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Description du type d'activité mixte exercée du médecin signataire :

Objectif fixé au médecin signataire :

Médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé

Par dérogation, le médecin reconnu en qualité de travailleur handicapé (RQTH) ou souffrant d'une affection de longue durée (ALD) dont le handicap ou la pathologie a un impact sur son activité peut être considéré comme éligible au dispositif par le directeur de la caisse après avis du service médical placé près de ladite caisse. L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire et des objectifs fixés au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

*A l'issue de la concertation avec la CPAM, objectifs fixés au médecin signataire :
(à compléter) :*

Cette appréciation du niveau des financements et des objectifs fixés peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

2.4. Modalités de vérification du respect des engagements contractuels

Les engagements sont définis et vérifiés chaque année à la date anniversaire du contrat.

Le médecin s'engage à transmettre annuellement à l'organisme local d'assurance maladie l'ensemble des justificatifs permettant de vérifier le respect des engagements définis supra.

Il transmet chaque année un justificatif attestant qu'il exerce toujours au sein du cabinet au jour de la déclaration annuelle.

Cette transmission doit s'effectuer au plus tard dans le mois précédant la date anniversaire du contrat.

Le médecin s'engage à informer et justifier à la caisse de toute modification le concernant ou concernant l'emploi de l'assistant médical dans le mois qui suit.

La CPAM/CGSS procède, en tant que de besoin et conformément à la réglementation, aux contrôles nécessaires permettant la vérification du respect des engagements en contrepartie desquels est versée l'aide.

Dans le cas où l'assistant médical serait déjà employé par l'un ou plusieurs des médecins (par exemple en occupant déjà un poste de secrétaire médical), le financement de l'Assurance Maladie sera conditionné au remplacement du salarié dans sa fonction antérieure dans les 6 mois suivant le recrutement de l'assistant médical ou au recours à un service de secrétariat médical téléphonique.

Le médecin signataire s'engage à fournir le justificatif du remplacement ou du recours à un prestataire de service de secrétariat médical téléphonique.

2.5. Engagements de l'assurance maladie

2.5.1. Vérification de l'atteinte des objectifs du médecin signataire

Quelle que soit l'option choisie par le médecin, la CPAM/CGSS vérifie le respect des engagements de la manière suivante.

Jusqu'à la fin de la deuxième année du contrat, est mise en place une période d'observation sur le suivi de l'atteinte des objectifs fixés au médecin signataire et un accompagnement par

la caisse.

Pendant cette période, même si les objectifs ne sont pas intégralement atteints par le médecin, l'aide prévue selon l'option choisie par le médecin est intégralement versée.

À partir de la 3^e année, l'atteinte des objectifs par le médecin employeur est vérifiée par la CPAM/CGSS dans les conditions suivantes :

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

Et pour les spécialistes (hors MG)

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

2.5.2 Montants de l'aide financière selon l'année, l'option choisie

Cas général

En contrepartie du respect de ses engagements par le médecin, l'assurance maladie s'engage

à verser au médecin signataire l'aide correspondante à l'option choisie [1 ou 2]

	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 : médecins ayant une patientèle les situant entre [P90 et P95]	12 500 €	25 000 €	
Montant fixe pour les Médecins ayant une patientèle ≥ P95 :	18 000 €	36 000 €	

Cas particuliers

- Médecin nouvellement installé

À la 3^e année, en fonction du niveau d'atteinte des objectifs, l'aide est versée de la manière suivante :

- si le médecin se situe au-dessus du 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité, l'aide est versée dans sa totalité ;
- si le médecin se situe :
 - entre le 30^e percentile et 50^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide est versée au prorata de l'écart constaté par rapport à l'objectif fixé,
 - en dessous de 30^e percentile de la distribution nationale de la patientèle médecin traitant ou file active de la spécialité du médecin, l'aide n'est pas versée.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

- Médecin reconnu comme travailleur handicapé

L'appréciation du niveau de financement d'assistant médical nécessaire au niveau de l'augmentation ou du maintien du niveau de patientèle sont définis conjointement par le médecin et la caisse au regard de la situation du médecin et des besoins du territoire en termes d'accès aux soins. Cette appréciation du niveau des financements peut faire l'objet d'une révision chaque année si nécessaire.

à cocher si le médecin signataire est concerné par ce cas de figure

Après concertation avec la CPAM, le niveau de financement par l'assurance maladie défini est le suivant : (à compléter)

2.5.3. Modalités de versement de l'aide

	1ere année	2 ^e année	3 ^e année et suivantes
Acompte	100%*	100%*	50 % de l'aide prévue en pour l'année (quel que soit le pourcentage de l'atteinte de l'objectif en fin d'année précédente, sauf diminution)
Solde			Montant restant à verser au titre de l'année considérée : <ul style="list-style-type: none"> - calculé <i>au prorata</i> du pourcentage de l'atteinte de l'objectif l'année précédente ; - déduction faite de l'acompte de 50% déjà versée. En cas de diminution de la patientèle : le solde, n'est pas versé

Acompte : versé dans les dans les 2 mois suivant la date de signature ou d'anniversaire de la signature du contrat de l'année précédente

Solde : versé dans les dans les 2 mois suivant la date d'anniversaire de la signature du contrat de l'année en cours

Article 3 - Durée du contrat

Le présent contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter de la date de signature du présent contrat, renouvelable sur accord exprès des parties signataires.

Article 4 - Suivi contractuel et évolution du contrat

Un point d'échange annuel est organisé entre le médecin signataire du contrat par sa caisse de circonscription, à la convenance et selon les disponibilités du médecin.

Le médecin signataire s'engage à participer à cet échange pour examiner conjointement avec la CPAM/CGSS, les éventuelles difficultés de mise en œuvre, et notamment la difficulté d'atteinte des objectifs fixés.

Il pourra ainsi présenter les éventuels facteurs objectifs pouvant justifier de la non-atteinte des objectifs fixés par le médecin signataire.

Ces échanges peuvent donner lieu, le cas échéant, à l'issue, à la conclusion d'un ou plusieurs avenants au présent contrat.

Article 5 - Résiliation du contrat

5.1. Rupture d'adhésion à l'initiative du médecin

Le médecin peut à tout moment choisir de ne plus adhérer au contrat.

Sous réserve de l'observation d'un préavis de deux mois, cette rupture prend effet dans les deux mois suivants la date de réception par la caisse d'assurance maladie de la lettre recommandée avec accusé de réception l'informant de cette rupture.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir du contrat au moment de la résiliation demandée par le médecin.

5.2. Rupture d'adhésion à l'initiative de la caisse d'assurance maladie

En cas de constat du non-respect manifeste par le médecin contractant de ses engagements et/ou en cas de constat de la résiliation du contrat entre le médecin employeur et l'assistant médical, la caisse d'assurance maladie informe le médecin, par lettre recommandée avec accusé de réception, des non-respects constatés et de son intention de mettre fin au contrat.

Le médecin dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du courrier pour faire connaître ses observations écrites à la caisse. À l'issue de ce délai, la caisse d'assurance maladie peut notifier au praticien la fin de son adhésion au contrat par lettre recommandée avec accusé de réception.

En cas de résiliation anticipée du contrat, l'assurance maladie procède à la récupération des sommes indument versées au titre du contrat, le cas échéant, au prorata de la durée restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation du contrat.

Fait à [LIEU] en [NOMBRE] exemplaires, le [JJ/MM/AAAA]

Date de signature : [JJ/MM/AAAA]

Le médecin

Le Directeur de la Caisse primaire
d'assurance maladie de [CAISSE]

ANNEXE 4

I.- L'annexe 12 de la convention nationale est remplacée par les dispositions suivantes :

ANNEXE 12 : LE FORFAIT STRUCTURE

L'objectif de ce forfait est de permettre aux médecins de se libérer d'une partie de leurs tâches administratives et de recentrer leur activité sur la pratique médicale.

Le forfait structure comporte deux volets :

- Le premier volet, constitué de cinq indicateurs, vise à accompagner les médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet pour faciliter le suivi et les échanges avec les patients, les échanges avec les autres professionnels et structures intervenant dans la prise en charge des patients.
- Le deuxième volet, constitué de sept indicateurs, vise à développer les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Tous les médecins exerçant dans le champ conventionnel sont éligibles à cette rémunération forfaitaire, sans distinction de secteur d'exercice.

La valeur du point est fixée à 7 euros.

Article 1 : Premier volet du forfait structure : valoriser l'investissement dans les outils

Ce premier volet du forfait structure est dédié à l'accompagnement des médecins qui souhaitent investir dans l'équipement du cabinet, il est affecté de 280 points.

Les indicateurs de ce volet sont des prérequis qui doivent tous être atteints pour permettre de déclencher la rémunération forfaitaire de ce volet.

Article 1.1 Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel facilitant la pratique médicale

Les médecins doivent disposer d'un logiciel métier avec LAP certifié par la HAS, compatible avec le Dossier Médical Partagé (DMP). Cet outil doit permettre de faciliter le suivi des patients et leur prise en charge coordonnée entre professionnels. A compter de 2023, les médecins doivent disposer d'un logiciel référencé Ségur avec un LAP certifié HAS. Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels. Des travaux vont être conduits avec les éditeurs spécialisés de sorte à faire bénéficier l'ensemble des médecins de logiciels ergonomiques et adaptés à leurs pratiques.

Article 1.2 Utilisation d'une messagerie sécurisée

L'utilisation d'une messagerie sécurisée de santé est requise. Cet indicateur est fusionné avec l'indicateur défini à l'article 1.1.

Article 1.3 La version du cahier des charges intégrant les avenants publiés sur le site du GIE

La version du cahier des charges Sesam-Vitale avec l'addendum 8 intégrant l'Application carte Vitale ou d'un logiciel référencé Ségur intégré dans le dossier de spécification de référencement Ségur est requise.

La version du cahier des charges SESAM-Vitale comprend également l'intégration des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération. L'objectif est que l'outil de facturation comporte les fonctionnalités les plus à jour et notamment celles simplifiant les échanges avec l'assurance maladie.

Article 1.4 Le taux de télétransmission

La télétransmission des données fiabilise la facture et permet de garantir des délais de paiement très courts.

Les médecins doivent atteindre un taux de télétransmission en feuille de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale définies par l'article R 161- 43-1 du code de la sécurité sociale) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Pour le calcul du taux de télétransmission sont exclus du champ les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État et l'ensemble des bénéficiaires avec un NIR provisoire pour immatriculation temporaire,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les bénéficiaires résidant en EHPAD lors de l'exécution de l'acte (lorsque ce dernier est transmis hors mode sécurisé SESAM-Vitale ou SESAM sans Vitale),
- les actes de téléconsultation et téléexpertise, lorsque ce dernier est transmis hors mode SESAM sans Vitale (dégradé, papier)
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404.

La date servant au calcul du ratio est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- ⇒ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année de référence, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique et papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

$$\text{Calcul du ratio : } \frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Article 1.5 Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

La rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet ou sur Annuaire Santé des horaires de consultations. Cette information permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

3 possibilités différentes sont offertes au médecin :

- renseigner à partir d'amelipro (depuis un lien en cliquant dans la bannière « Convention » située en bas à droite de la page d'accueil du portail) les horaires au plus tard le 31/12 de l'année de référence (année N) afin qu'ils soient accessibles aux patients sur annuaire santé,
- cocher l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > ROSP sur amelipro au plus tard le 31/01 de l'année N+1,
- demander à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO au plus tard le 31/01 de l'année N+1.

Article 1.6 Justificatifs des indicateurs du premier volet du forfait structure

Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en €	Type d'indicateur	Périodicité
Volet 1 : Valoriser l'investissement dans les outils	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel Ségur avec LAP, certifié (Utilisation d'une messagerie sécurisée de santé incluse dans le logiciel ségur)	8280		Déclaratif	Annuelle
	Disposer d'une version de cahier des charges Sesam vitale addendum intégrant l'app Carte vitale et des avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1			Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site Annuaire Santé des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet			Déclaratif	Annuelle

	Taux de télétransmission supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises		Automatisé	Annuelle
TOTAL	280	1960 €		

Article 2 : Deuxième volet du forfait structure : valoriser la démarche d'appui à la prise en charge des patients

Ce deuxième volet du forfait structure valorise les démarches d'appui au patient dans le parcours de soins au sein des cabinets médicaux ou en recourant à des services extérieurs.

Pour 2023 et les années suivantes, le nombre de points du volet 2 est de 835 points. Chaque indicateur est mesuré indépendamment des autres.

Le déclenchement de la rémunération de ce deuxième volet est conditionné par l'atteinte de l'intégralité des indicateurs du premier volet (article 1^{er} de la présente annexe).

Article 1.7 Taux de dématérialisation sur un bouquet de services

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin doit atteindre un taux de dématérialisation pour chacun des téléservices suivants :

la déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT),

le protocole de soins électronique (PSE),

la prescription d'arrêt de travail dématérialisée (AAT),

la déclaration d'un certificat médical d'Accident de Travail ou de Maladie Professionnelle dématérialisée (CMATMP),

le service de prescription électronique de transport (SPE),

le service de déclaration simplifiée de grossesse (DSG).

Au fur et à mesure de l'évolution des téléservices offerts par l'assurance maladie ce bouquet aura vocation à évoluer.

Le taux de dématérialisation d'un télé-service est calculé comme suit :

Taux de DCMT dématérialisées :

Taux = Nombre de DCMT dématérialisées / nombre de DCMT (papier et dématérialisée)

Taux de PSE :

Taux = Nombre de PSE / nombre de protocoles de soins (papier et dématérialisés)

Taux d'AAT dématérialisés :

Taux = Nombre d'AAT dématérialisé / total des AAT (papier et dématérialisés)

Taux de déclaration de CMATMP dématérialisés :

Taux = Nombre de déclarations de CMATMP dématérialisés / nombre de déclarations CMATMP (papier et dématérialisées).

- Taux de déclarations de grossesse dématérialisées :

Taux = Nombre de déclarations de grossesse dématérialisées/nombre total de déclarations de grossesse (papier+dématérialisées)

- Taux de prescriptions de transport dématérialisées :

Taux = Nombre de prescriptions électroniques de transport dématérialisées/nombre total de prescriptions de transport (papier+dématérialisées). »

Le calcul du taux de dématérialisation d'un téléservice s'effectue sur la base des données du régime général uniquement.

Le taux de dématérialisation est fixé par téléservice selon les modalités ci-dessous :

	Objectifs 2023	Objectifs 2024 et années suivantes	Nb de points
AAT	90%	90%	22,5
CM AT-MP	45%	50%	22,5
PSE	80%	90%	22,5
DMT	90%	90%	22,5
DSG	10%	50%	10
SPE	20%	30%	10
			110

- Indicateur d'usage et remplissage du DMP

Cet indicateur valorise l'usage du DMP à travers l'alimentation du DMP par les médecins.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie chaque année est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de la messagerie sécurisée de santé pour les échanges avec les patients

Cet indicateur valorise l'usage de la messagerie sécurisée de santé intégrée dans le service Mon espace santé par le médecin comprenant un échange par mail sécurisé avec un patient.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- Indicateur d'usage de l'ordonnance numérique

Cet indicateur valorise l'usage du service d'ordonnance numérique.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

- **Indicateur d'usage de l'application Carte Vitale**

Cet indicateur valorise l'usage de l'application carte Vitale déployée à partir de 2022.

Cet indicateur calculé automatiquement par l'assurance maladie est valorisé à hauteur de 40 points.

Article 1.8 Implication dans les démarches de prise en charge coordonnées de patients

Cet indicateur valorise le médecin impliqué dans des démarches de prise en charge coordonnée des patients sur un territoire donné : participation du médecin à une équipe de soins primaires (ESP), une équipe de soins spécialisés, une maison de santé pluri-professionnelle (MSP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), des réunions pluriprofessionnelles ou pluridisciplinaires régulières protocolisées dans le cadre de la prise en charge de personnes âgées ou de patients souffrant de pathologies chroniques invalidantes ou à d'autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant de cette implication.

Cet indicateur est valorisé à hauteur de 120 Points.

Article 1.9 Capacité à coder des données médicales

Le médecin doit être en capacité de produire ou alimenter des registres de patients sur certaines pathologies sur la base des synthèses médicales que le médecin élabore dans le cadre du suivi des patients dans le parcours de soins.

Cet indicateur est affecté de 50 points

Article 1.10 Amélioration du service offert aux patients

Cet indicateur vise à valoriser le médecin qui offre certains services dans le cadre de la prise en charge de ses patients tels que la prise de rendez-vous avec les correspondants, l'accompagnement des parcours complexes, la prise en charge médico-sociale si nécessaire (recherche de structures sanitaires ou médico-sociales, services à domicile...), la résolution des problèmes liés à l'accès aux droits, etc. et ce, que les ressources soient au sein du cabinet du médecin (personnel du cabinet ayant une fonction de coordination bien identifiée, personnel existant qui se forme spécifiquement par exemple avec mutualisation de cette ressource entre plusieurs confrères d'un cabinet de groupe ou entre confrères de cabinets différents, etc.) ou à l'extérieur du cabinet (recours à des structures d'appui externalisées ou aux coordonnateurs mis en place dans les MSP par exemple avec mutualisation du personnel).

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie tout justificatif attestant du service offert aux patients (ex : contrat de travail mentionnant les fonctions effectuées par le personnel du cabinet, document attestant du recours à des structures d'appui,...).

Cet indicateur est affecté de 70 points

Article 1.11 Valoriser l'encadrement des étudiants en médecine

Prévue au troisième alinéa de l'article R. 6153-47 du code de la santé publique, le médecin peut exercer la fonction de maître de stage en accueillant en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine ambulatoire.

Le médecin met à disposition de l'assurance maladie la copie des attestations ou conventions de stages réalisés.

Cet indicateur est affecté de 50 points

Article 1.12 Valoriser le recours à la télémédecine – aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée

Cet indicateur est mis en place pour l'aide à l'équipement pour vidéotransmission sécurisée nécessaire à la réalisation de la téléconsultation, y compris via les abonnements à des solutions techniques dédiées proposées en matière de recours aux actes de télémédecine, etc.

Cet indicateur est affecté 50 points.

Article 1.13 Valoriser le recours à la télémédecine – aide aux équipements médicaux connectés

Cet indicateur est mis en place pour l'aide aux équipements médicaux connectés, utiles à la réalisation d'actes de télémédecine ; la liste de ces équipements sera établie, sur avis de la Commission Paritaire Nationale et actualisée chaque année.

Cet indicateur est affecté de 25 points.

Article 1.14 Valoriser la participation à une organisation proposant la prise en charge de soins non programmés dans le cadre de la régulation du SAS

Pour bénéficier de l'indicateur 8, deux possibilités sont prises en compte :

- Le médecin doit être inscrit sur la plateforme nationale SAS dans un territoire où le SAS est opérationnel ;
- Le médecin participe à un SAS opérationnel qui ne recourt pas aujourd'hui à la plateforme nationale SAS mais dont l'organisation actuelle repose sur un logiciel qui, courant 2023, sera interfacé avec la plateforme nationale SAS pour la remontée des créneaux disponibles (les services du ministère de la santé et de la prévention tiennent à jour la liste des logiciels). Parmi ceux qui passent par un logiciel de leur CPTS, le président de la CPTS devra attester de la liste des médecins qui ont renseigné des disponibilités de soins non programmés en 2023 et ont répondu aux demandes du SAS.

L'indicateur est valorisé à hauteur de 200 points.

Article 2.9 Récapitulatif des indicateurs du deuxième volet du forfait structure

Le volet 2 du forfait structure est affecté des points suivants :

Indicateurs		Nombre de points
Usage des services	Usage téléservices (AAT/PSE/DCMT/CMAT-MP/DSG/SPE)	110
	Usage DMP	40
	Usage MSS	40
	Usage ordonnance numérique	40
	Usage ApCV	40
Capacité à coder		50
Exercice et prise en charge coordonnée		120
Services offerts aux patients		70
Encadrement étudiants en médecine		50
Equipement pour vidéotransmission		50
Equipement médicaux connectés		25
Participation au SAS		200
TOTAL		835

Annexe 5

I.- L'annexe 12 bis de la convention nationale est remplacée par les dispositions suivantes :

Annexe 12 bis ordonnance numérique

Table des matières

1. **Préambule**
2. **Principes fondateurs de l'ordonnance numérique**
3. **Réception**
4. **Conservation et accès aux données**
5. **Spécifications techniques**
 - a. **Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur**

Créer une ordonnance numérique
 - b. **Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit**

Consulter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance

A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

Exécuter une ordonnance numérique
6. **Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur**

1. Préambule

Depuis juillet 2019, l'Assurance Maladie et les représentants syndicaux des médecins libéraux et de pharmaciens d'officine ont mis en place une expérimentation d'un processus de dématérialisation nommé « e-prescription de médicaments et de certains dispositifs médicaux ». Il s'appuie sur une base de données nationale partagée entre les médecins, les pharmaciens et l'Assurance Maladie, vers laquelle transitent les informations des e-prescriptions, dans un format structuré, en complément de l'utilisation d'un QR code apposé sur l'exemplaire papier remis au patient.

Cette expérimentation a permis de confirmer que le dispositif e-prescription est opérationnel et de tirer des enseignements sur lesquels capitaliser pour la définition d'un modèle commun à toutes les prescriptions en vue de leur dématérialisation : la e-prescription unifiée. Le nom de marque déposé pour ce service est ordonnance numérique.

2. Principes fondateurs de l'ordonnance numérique

- Périmètre des prescriptions concernées

L'ordonnance numérique s'applique à toutes les prescriptions exécutées en ville.

Les prescripteurs peuvent tout prescrire en e-prescription :

- les médicaments de manière codifiée (comme dans l'expérimentation),
- l'ensemble des dispositifs médicaux (DM),
- tous les autres actes en format texte libre dans l'attente d'une codification.

- Conditions de mise en œuvre : la mobilisation de l'ensemble des acteurs

Les parties signataires s'accordent sur le principe d'une organisation partenariale pour accompagner l'évolution majeure que représente l'ordonnance numérique, service socle du numérique en santé et dont la généralisation au plus tard au 31 décembre 2024 est prévue par l'ordonnance n°2020-1408 du 18 novembre 2020.

Elles conviennent de la nécessité de mobiliser les professionnels de santé impliqués dans la prescription et la délivrance des produits de santé ainsi que leurs prestataires de services informatiques, sur les travaux devant concourir à la mise en œuvre de la dématérialisation de la prescription.

- Engagements de l'Assurance maladie

- L'Assurance Maladie s'engage à :
- ce que les médecins conservent leur liberté de prescription conformément aux textes en vigueur et à ne pas modifier les prescriptions enregistrées par le médecin dans la base (la prise en charge, ou non, d'un produit de santé par l'Assurance Maladie ne remettant pas en question la liberté de prescrire du médecin) ;
- ce que la solution technique permettant d'informer le prescripteur concernant la prise en charge n'ait pas d'impact sur le contenu de la prescription ;

- s'assurer que la solution technique mise en place soit interopérable avec les logiciels des professionnels de santé afin qu'elle ne complexifie pas le processus métier ;
- permettre l'enregistrement des données de prescription dans le DMP intégré dans le service Mon espace santé des patients ;
- recourir à la consultation et à l'exploitation des données issues de la dématérialisation des prescriptions dans le respect des dispositions législatives et réglementaires qui régissent ses missions et définissent son champ d'intervention dans le cadre de la prise en charge des prestations ;
- à préserver la liberté de choix du prescrit par le patient ; un prescrit dont le logiciel n'est pas encore autorisé ordonnance numérique continue à exécuter la prescription à partir de l'ordonnance papier que lui remet le patient.

- Conditions de respect de confidentialité

La prescription enregistrée par le médecin dans la base de données ne contient ni l'identité du patient (les données du patient transmises sont limitées au prénom et à la date de naissance) ni l'identité du prescripteur (pas de transmission ni du nom, ni du prénom, ni des numéros Assurance Maladie, N° FINESS, ou RPPS).

- Prérequis pour disposer du service ordonnance numérique

L'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription (LAP) conforme au référentiel de certification HAS en application des II et III de l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale est un prérequis à l'autorisation e-prescription des logiciels prescripteurs.

Le processus e-prescription est intégré dans les logiciels métiers qui sont utilisés quotidiennement par les médecins dans leurs cabinets.

- Gouvernance

Les parties signataires s'accordent pour assurer le suivi du déploiement de l'ordonnance numérique dans le cadre de la Commission Paritaire nationale définie à l'article 80.3 de la présente convention.

3. Réception

La transmission d'une ordonnance numérique à l'Assurance Maladie par les professionnels de santé se fait au moyen d'un module intégré au sein de leur logiciel métier qui structure les données au format décrit dans les cahiers des charges éditeurs publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale.

L'envoi des données est sécurisé par l'emploi d'une carte de la famille CPS ou par un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.

Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille des CPS est effectué automatiquement à la réception des flux afin d'interdire l'accès au service à partir de cartes de la famille des CPS perdues ou volées.

L'Assurance Maladie reçoit les flux sur son infrastructure inter régimes, en vérifie la conformité et enregistre les données véhiculées dans une base de données sécurisée. Elle envoie un accusé de réception au professionnel de santé. Ce dernier n'est pas conservé par l'Assurance Maladie.

L'intégrité des ordonnances numériques est assurée par des contrôles automatiques lors du processus d'alimentation de la base.

L'unicité du numéro d'identification de l'ordonnance numérique est assurée via un contrôle permettant de vérifier, avant insertion d'une nouvelle ordonnance numérique en base, que ce numéro d'identification ne correspond pas à une e-prescription déjà existante.

4. Conservation et accès aux données

- Les ordonnances numériques reçues et enregistrées dans la base sécurisée sont conservées 5 ans. Elles sont ensuite détruites.
- La base ordonnance numérique est inter régimes et est hébergée par l'Assurance Maladie.
- Les professionnels de santé peuvent accéder à la base pour consulter les ordonnances numériques en s'authentifiant via leur carte de la famille CPS ou un dispositif d'authentification équivalent conformément à la réglementation en vigueur.
- Un contrôle des listes de révocation des certificats des cartes de la famille CPS est également effectué afin d'interdire l'accès à la base à partir de cartes perdues ou volées.
- L'accès en consultation des données de l'ordonnance numérique est autorisé conformément aux dispositions réglementaires notamment :
 - pour le prescrit, à partir du numéro d'identifiant de l'ordonnance numérique figurant sur l'ordonnance remise par le patient,
 - pour le prescripteur, une fois que l'ordonnance numérique a été exécutée et sauf opposition de ses patients dûment informés,
 - pour un Agent de l'Assurance maladie, exclusivement pour les prescriptions exécutées et selon le besoin d'en connaître dans le cadre de la mission de service public de l'assurance maladie.
- Le système d'information de l'Assurance Maladie ne permet pas :
 - d'effacer une ordonnance numérique existante, (en dehors de la destruction automatique au-delà des 5 ans)
 - de remplacer une ordonnance numérique existante, c'est-à-dire dont le numéro d'identification est déjà affecté,
 - de modifier les données d'une ordonnance numérique existante.

5. Spécifications techniques

La liste des données reçues par l'Assurance Maladie est décrite dans les cahiers des charges éditeurs ordonnance numérique publiés sur le site du GIE SESAM Vitale.

a. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescripteur

Créer une ordonnance numérique

Le prescripteur rédige la prescription dans son logiciel métier à partir de son module LAP pour les prescriptions de médicaments.

Un numéro unique d'identification de la prescription est généré soit par le logiciel conformément au cahier des charges éditeurs, soit par l'Assurance Maladie.

Le prescripteur enregistre les données de la prescription dans la base nationale des ordonnances numériques (sans les données d'identification du prescripteur ni celles du patient). Il enregistre aussi la non opposition du patient à ce qu'il accède aux données d'exécution de cette prescription, une fois que l'ordonnance aura été exécutée par le prescrit.

Pour les Médicaments et les Dispositifs Médicaux, les données sont codées et structurées. Pour les autres types de prescriptions, la désignation de l'acte à réaliser s'effectue au travers d'un texte libre dans un premier temps, puis de manière structurée lorsqu'une codification sera disponible.

Après réception d'un accusé de réception, le prescripteur imprime l'ordonnance sur laquelle apparaît le numéro unique de la prescription. Cet identifiant est véhiculé dans un QRcode qui intègre également les identifiants du prescripteur, les nom, prénom et date de naissance du patient. Cet identifiant est aussi imprimé en clair sur l'ordonnance remise au patient.

L'exemplaire remis au patient contient également toutes les données conformes à la réglementation en vigueur. Son logiciel lui permet d'enregistrer, en parallèle, dans le DMP du patient intégré dans le service Mon espace santé, l'ordonnance avec QRcode en format PDF dans un premier temps, puis à terme en données de prescription structurées. Le prescripteur remet un exemplaire de l'ordonnance au patient.

ii. Rechercher et consulter une ordonnance numérique

Le prescripteur peut consulter les données de l'ordonnance numérique, les données de dispensation ou d'exécution ainsi que les éventuelles modifications apportées par le prescrit. Ces données lui sont accessibles selon les textes en vigueur.

b. Les fonctionnalités du système disponibles pour le prescrit

Consulter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit scanne le code 2D figurant sur l'ordonnance remise par le patient. Il peut aussi saisir le numéro d'identification de la prescription indiqué en clair sur l'ordonnance.

A partir de l'identifiant de l'ordonnance numérique, il peut interroger la base et récupérer les données de l'ordonnance numérique transmises précédemment par le prescripteur, soit depuis son logiciel métier, soit via le téléservice mis à sa disposition

Exécuter une ordonnance numérique

Le professionnel prescrit exécute la prescription et enregistre dans la base des ordonnances numériques :

- les données de dispensation ou d'exécution des actes,
- les données relatives à la feuille de soins correspondant à l'acte (dont le numéro de la feuille de soins) ce qui permet de faire le lien entre la feuille de soins et la prescription,
- les informations d'identification du prescrit, du patient (NIR, nom, prénom, date de naissance et rang de naissance, du Régime : Régime, Caisse, Centre, INS qualifié) et du prescripteur.

Le prescrit a la possibilité de préciser s'il a apporté une modification à une ou plusieurs lignes de l'ordonnance numérique s'il l'estime nécessaire ou pour signaler une situation particulière (exemple rupture de stock). Le prescrit adresse la ou les lignes de prescription modifiée(s), en indiquant un code motif. Conformément à la réglementation en vigueur, il précise s'il a pu ou non contacter le prescripteur.

La solution mise en œuvre par l'Assurance Maladie permet, après enregistrement dans la base des ordonnances numériques des données d'exécution par le prescrit, d'alimenter automatiquement la base de gestion des pièces justificatives.

Ces pièces justificatives contiennent les informations nécessaires au remboursement (les identifications du prescripteur et du patient, la date de prescription, et les produits et actes prescrits selon la codification en vigueur).

6. Caractéristiques permettant la lecture automatique des éléments d'identification du prescripteur

Les éléments d'identification du prescripteur figurent en clair sur l'exemplaire de l'ordonnance remis par le patient. Elles sont également contenues dans le code 2D. Ce code 2D facilite la récupération des identifiants (dont le RPPS) par le prescrit dans son logiciel métier.