



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

CONVENTION MEDICALE

SYNDICATS SIGNATAIRES DE LA CONVENTION MÉDICALE

Après plusieurs mois de négociations entre les 6 syndicats représentatifs des médecins libéraux, l'UNOCAM et l'UNCAM, la convention médicale a été signée **le 4 juin 2024** par une très large majorité des syndicats
Les signataires sont :

- Au titre du collège des médecins généralistes (>70%) :
 - MG France (36,58%)
 - CSMF (17,31%)
 - FMF (17,18%)
- Au titre du collège des médecins spécialistes (>70%) :
 - Avenir Spé (39,30%)
 - CSMF (22,36%)
 - SML (12,02%)
- L'Union Nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM)

Seul le syndicat UFML-S n'a pas signé.

4 BLOCS DE L'ÉQUILIBRE

Attractivité

Accès aux soins

Pertinence et qualité

Transformation des
rémunérations

1. PRINCIPALES MESURES

<p>1. Investissement massif dans la pratique clinique des médecins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation du généraliste (G) : 30 € dès décembre 2024 (6 mois après publication de la convention) • Consultation du consultant (APC) : 60€ (+revalorisation APU, APY) (idem) • Consultation longue du médecin traitant (GL) : 60 € (1er janvier 2026) <p><i>Périmètre : Facturable une fois dans l'année pour les patients de + de 80 ans dans chacune des situations suivantes :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • consultation de sortie d'hospitalisation (GL1) ; • consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués (GL2) ; • consultation d'orientation vers un parcours médico-social (GL3). <ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation de certains actes de spécialités médicales notamment des spécialités en bas de l'échelle des revenus (pédiatres, psychiatres, rhumatologues, gériatres, gynécologues médicaux, endocrinologues, infectiologues, MPR, ...) 																																
<p>2. Investissement inédit pour la santé mentale et la santé de l'enfant</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Consultation de psychiatrie : 57 € • Consultation de pédopsychiatrie (étendue jusqu'à 25 ans) : 75 € • Consultations obligatoires de l'enfant : jusqu'à 60 € 																																
<p>3. Revalorisation des actes techniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation des actes techniques CCAM à hauteur de +3 centimes sur le point travail • Provision de 240M€ pour la refonte de la CCAM en 2026 • Nouvelles dérogations sur le cumul consultation + certains actes CCAM facturés à 100% (écho pleurale, échos d'obstétrique, infiltrations, etc.) 																																
<p>4. Création d'un forfait unique pour valoriser le médecin traitant et la spécificité de son activité</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Revalorisation substantielle du forfait médecin traitant dès 2026 <table border="1" data-bbox="927 644 1880 1039"> <thead> <tr> <th>Patient</th> <th>Montants actuels</th> <th>Montants revalorisés</th> <th>Si patient C2S</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(ALD) 80 ans ou plus</td> <td>70 €</td> <td>100 €</td> <td>110€</td> </tr> <tr> <td>(ALD) 0-79 ans</td> <td>46 €</td> <td>55 €</td> <td>65€</td> </tr> <tr> <td>80 ans et plus</td> <td>46 €</td> <td>55 €</td> <td>65€</td> </tr> <tr> <td>75-79 ans</td> <td>5 €</td> <td>15 €</td> <td>25€</td> </tr> <tr> <td>7 à 74 ans</td> <td>5 €</td> <td>5 €</td> <td>15€</td> </tr> <tr> <td>Moins de 7 ans</td> <td>6 €</td> <td>15 €</td> <td>25€</td> </tr> <tr> <td><i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i></td> <td>-</td> <td>5 €</td> <td>5€</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> • Majoration prévention adossée au FMT = 5 € par patient pour chaque indicateur validé / réalisé (exemples d'indicateurs : dépistages cancers, vaccinations, suivi de l'enfant...) ; 15 indicateurs de prévention retenus pour 2026 (vaccination, dépistage, suivi des pathologies chroniques) que les partenaires conventionnels pourront faire évoluer. Retour d'information sur les données relatives à chaque patient sous forme d'un tableau de bord dynamique sur amelipro.fr • Mesures démographiques : <ul style="list-style-type: none"> - Majoration de 10% du FMT de manière pérenne (chaque année) pour les médecins installés en ZIP et/ou en QPV - Majorations complémentaires pour les jeunes installés et les médecins de plus de 67 ans 	Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S	(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€	(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€	80 ans et plus	46 €	55 €	65€	75-79 ans	5 €	15 €	25€	7 à 74 ans	5 €	5 €	15€	Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€	<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€
Patient	Montants actuels	Montants revalorisés	Si patient C2S																														
(ALD) 80 ans ou plus	70 €	100 €	110€																														
(ALD) 0-79 ans	46 €	55 €	65€																														
80 ans et plus	46 €	55 €	65€																														
75-79 ans	5 €	15 €	25€																														
7 à 74 ans	5 €	5 €	15€																														
Moins de 7 ans	6 €	15 €	25€																														
<i>Patients non vus dans les 2 ans par le médecin ou son collaborateur</i>	-	5 €	5€																														
<p>5. Paiement collectif forfaitaire</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Un paiement collectif forfaitaire, substitutif à l'acte, pour les équipes volontaires de professionnels de santé pour la prise en charge et le suivi en ville de tout ou partie de la patientèle médecin traitant de l'équipe (au moins 4 PS conventionnés (3 MG + 1 IDEL) et 250 patients MT) 																																

Mesures	Contenu
6. Soutenir l'activité des médecins dans certains territoires (Corse et ultramarins)	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une MD « Montagne » en métropole et en DROM de 15 € et revalorisation des IK en montagne et dans les DROM
7. Mesures incitatives pour favoriser l'installation et l'activité en zone sous dense	<ul style="list-style-type: none"> Pour les médecins primo-installés en ZIP/ZAC : aide ponctuelle de 10 000 € / 5 000 € à l'installation (dès 2026*) Création ex-nihilo d'un cabinet secondaire en ZIP : aide ponctuelle de 3 000 € (dès 2026) Consultations avancées en ZIP : 200 € par demi-journée (dès 2026) Majoration du FMT de 10% en ZIP/QPV <p>* tous les médecins bénéficiant d'un contrat démographique à la date d'entrée en vigueur de la convention ont la possibilité de le conserver. Possibilité d'adhérer aux contrats démographiques jusqu'en 2026</p>
8. Accompagner et faciliter l'emploi d'un assistant médical	<ul style="list-style-type: none"> Revalorisation immédiate de 5% du montant de l'aide ; aide pérenne Assouplissement des conditions pour les médecins de plus de 65 ans et les primo-installés Ouverture de la possibilité de mutualiser un assistant médical entre médecins et possibilité d'aller au-delà de 1 ETP
9. Renforcer la prise en charge de soins non programmés	<ul style="list-style-type: none"> Création d'une majoration de 5 € sur toutes les consultations et visites le soir et le week-end (horaires PDSA) et clarification des majorations ne pouvant être utilisées qu'en cas d'urgence et après régulation Visites : majoration d'urgence de 10 € et majoration de nuit et de week-end de 6,5 € Revalorisation de +5 € des soins non programmés régulés de 19h à 21h
10. Favoriser le déploiement d'équipes de soins spécialisées	<ul style="list-style-type: none"> Valorisation des équipes de soins spécialisés (ESS) avec un crédit d'amorçage de 80 000 € et une dotation annuelle dès la première année entre 50 000 et 100 000 €
11. Valoriser les missions spécifiques des médecins	<ul style="list-style-type: none"> Fonction de maitre de stage : 800 € en ZIP, 500 € hors ZIP (dès 2026) Participation au SAS : 1000 € (dès 2026) Collaboration avec une IPA : 100 à 1000 € selon le nombre de patients orientés vers une IPA (dès 2025) Valorisation de la prise en charge des patients AME : 500 € (dès 2025)
12. Poursuivre la dynamique de réduction des restes à charge	<ul style="list-style-type: none"> Dès 2025, nouvelle période de référence de 2 ans : 2022 et 2023 Ouverture de l'OPTAM-CO aux anesthésistes qui deviendra l'OPTAM-ACO Création de nouveaux modificateurs pour les anesthésistes (8% pour S2 OPTAM-ACO et 12% pour le S1) Revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T pour les spécialités « de bloc » (chirurgie et obstétrique) en S1 et S2 OPTAM-ACO Pour les nouveaux installés, réajustement des taux d'engagement régionaux

Engagements collectifs en faveur de la qualité et l'accès aux soins

10 engagements collectifs partagés suivis dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins

15 programmes d'actions partagés de pertinence et de qualité des soins

Création de nouveaux **dispositifs d'intéressement**

2. PRESENTATION DETAILLEE DES MESURES

VALORISATIONS DES ACTES CLINIQUES

REVALORISER LA CONSULTATION CLINIQUE

1° La revalorisation de la consultation de base (G)

G = 30 €

2° La création d'une consultation longue (GL)

GL = 60 €

- **La consultation longue du médecin traitant**

facturable pour les patients de plus de 80 ans, une fois dans l'année dans chacune des situations suivantes :

- **Consultation de sortie d'hospitalisation** dans les 45 jours
- **Consultation de déprescription de patients hyperpolymédiqués** (10 lignes de traitement minimum – appui sur un bilan de médication réalisé par le pharmacien prescrit par le médecin)
- **Consultation d'orientation vers un parcours médico-social**

3° Le maintien de la MIC et MSH dans les conditions actuelles *(non cumulable avec la GL)*

INVESTIR SUR LES CONSULTATIONS DE SECOND RECOURS ET D'EXPERTISE

1° La revalorisation de l'APC, expertise de second recours

APC = 60 €

- **Revalorisation** de l'APC à 60€ (contre 56,50 € aujourd'hui)

Possibilité de **facturer un APC** lorsqu'un patient a besoin d'être vu dans les 3 mois suivant la **télé-expertise** demandée par le médecin traitant et dans le cadre de l'hospitalisation lorsqu'un patient n'a pas de médecin traitant

2° La revalorisation de l'APY, expertise de second recours

APY = 67,5 €

3° La revalorisation de l'APU, expertise de second recours

APU = 74 €

CORRIGER LES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES

1° La revalorisation des pédiatres

- **Revalorisation des examens obligatoires**
 - Avec certificat (COE) = **60 €**
 - 0 à 2 ans (COH) = **50 €**
 - 2 à 6 ans (COK) → **35 €**
 - A partir de 6 ans (COG) → 31,5 €

Tous les certificats et comptes rendus issus des consultations obligatoires de l'enfant devront progressivement être dématérialisés.

- **Revalorisation des consultations du pédiatre**
 - 0 à 2 ans = **40 €**
 - 2 à 6 ans = **35 €**
 - A partir de 6 ans = 31,5 €
- Création d'une **consultation de recours à l'expertise pédiatrique**, sur adressage d'un médecin, de la médecine scolaire, de la PMI, d'une sage-femme, d'un orthophoniste ou d'un orthoptiste.
 - 0 à 16 ans = **60 €**

2° La revalorisation des gériatres

- Revalorisation de la consultation coordonnée des gériatres à **42 €** au 1er juillet 2025
- **Extension aux gériatres de l'APY à 67,5 €**

CORRIGER LES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES

3° La revalorisation des psychiatres

- Revalorisation de la consultation des psychiatres et neurologues à **57 €**
- Seuil spécifique de téléconsultations en psychiatrie : **40%** (et dérogation locale possible sans dépasser les 50%)
- **Extension de la MCY (85 €)** avec un délai de **4 jours** au lieu de 2 jours pour facturer la MCY à la demande du médecin traitant
- **Revalorisation pour la pédopsychiatrie :**
 - Revalorisation de la **consultation de pédopsy** à **75 €**, avec la majoration pour les enfants (MP) à **18 €** (contre 3 € aujourd'hui)
 - **Nouvelle majoration** pour les **adolescents et les jeunes de 16 à 25 ans** (extension de la MP à **18 €** jusqu'à 25 ans)
 - Majorations des consultations en présence de la famille, pour enfant présentant une pathologie psychiatrique grave (MAF et MPF) à **25 €** (contre 20 € aujourd'hui)

4° La revalorisation des gynécologues médicaux

- Revalorisation de la consultation coordonnée des gynécologues médicaux à **40 €**

5° La revalorisation des endocrinologues

- Revalorisation de la consultation coordonnée très complexe (avec la majoration MCE) à **62 €**

6° La revalorisation des dermatologues

- Revalorisation de la consultation coordonnée de dépistage du mélanome (**CDE**) : **60 €**

CORRIGER LES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES

7° La revalorisation des médecins MPR

- Revalorisation de la consultation coordonnée des MPR (Médecine Physique et de Réadaptation) (initiation et réévaluation d'un programme de soins) à **40 €**
- Extension de la consultation **EPH* aux MPR**
**Consultation de suivi de l'enfant présentant une pathologie chronique grave ou un handicap neuro-sensoriel sévère nécessitant un suivi régulier*

8° La revalorisation des infectiologues

- **Valorisation de l'expertise en matière de lutte contre l'antibiorésistance**
Possibilité de facturer un APC pour un patient hospitalisé en cas d'avis d'expertise sur une antibiothérapie (consigné dans le dossier du patient et le compte-rendu d'hospitalisation), dans la limite d'un seul APC au cours du séjour
- **Extension de la majoration MPT* aux infectiologues**
**Majoration pour une première consultation de prise en charge d'un patient atteint de tuberculose par un pneumologue*
- **Extension de la majoration MMF* aux infectiologues**
**Majoration pour une première consultation initiant un traitement complexe de prise en charge d'un patient atteint de mycose ou de fibrose pulmonaire par un pneumologue*

CORRIGER LES ÉCARTS DE RÉMUNÉRATIONS ENTRE SPÉCIALITÉS MÉDICALES

8° De nouvelles dérogations sur le cumul consultation de référence + actes CCAM

Proposition de cumul à taux plein

Endocrinologues	KCQM001	Échographie transcutanée de la glande thyroïde
Rhumatologues MPR MG	NZJB001, MZJB001 NZHB002, MZHB002 NZLB001, MZLB001 LHLB001	Évacuation de collection articulaire / Ponction d'une articulation du membre inférieur ou supérieur Infiltrations articulations membre supérieur ou inférieur / articulation vertébrale
Gynécologues MG	JKLD001 JKGD001 JKKD001	Pose, ablation par voie vaginale et changement d'un dispositif intra-utérin
Pneumologues MG	GLQP012	Spirométrie standard (pour dépistage BPCO, 1 fois/an/patient, selon les recommandations*)
Gynécologues	JQQM10-15-16-17-18-19 JQQM00-1-2-3-7-8 JLQE002	Echographies biométrique et morphologique de grossesse Autres échographies obstétricales (réalisées en dehors d'une hospitalisation) Colposcopie (avenant 9)
Pneumologues	GFQM001	Echographie de la cavité pleurale dans le cas d'une recherche d'un épanchement pleural ou d'un pneumothorax, pour un pneumologue.

*chez les patients à risque : >40 ans, tabagisme >20PA, remplissage du questionnaire HAS, formation spécifique à la spirométrie

VALORISATIONS DES ACTES TECHNIQUES

REVALORISATION ET REFONTE DE LA CCAM

1° Revalorisation des actes CCAM :

- Revalorisation à 0,47 cts le facteur de conversion monétaire entrant dans le calcul du tarif cible des actes CCAM. Sans attendre la révision de la CCAM, sans attendre la révision de la CCAM.
- Revalorisation du Forfait Sécurité Dermatologie FSD sera fixé à 45 €

2° Préparation des conditions de la mise en œuvre de refonte la CCAM :

- **Expérimentation d'une procédure construite pour la chirurgie de l'endométriose** : cumul d'actes CCAM entre eux sur une liste fermée. L'association de trois actes au plus, y compris gestes complémentaires, peut être tarifé. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé est tarifé à taux plein, le deuxième est tarifé à 75% de sa valeur et le troisième à 50 % de sa valeur
- **Les modificateurs** : proposition d'introduire un modificateur pour la pédiatrie sur certains actes de chirurgie, pour l'obésité morbide (classe III de l'OMS) et pour la ré-intervention chirurgicale sur un même site opératoire ou post-radiothérapie sur une liste définie d'actes CCAM.
- Réduction à **10 jours de la période post-interventionnelle** définie aujourd'hui à 15 jours
- Une **provision est d'ores et déjà prévue de 240 millions d'euros** supplémentaires afin de faciliter la mise en œuvre de la future CCAM sur les tarifs.

ASSISTANT MÉDICAL

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

1° L'ouverture de la possibilité d'avoir un assistant médical additionnel pour les MG en ZIP

- **Possibilité de basculer (via avenant) dans un contrat 1,5 ou 2 ETP** pour les médecins généralistes exerçant en ZIP ayant rempli les objectifs pour un assistant médical en option 1 ETP

2° L'assouplissement des conditions

- Pour les médecins âgés de plus de 65 ans et les médecins à fortes patientèles (>P95) leur demander uniquement un maintien de leur patientèle dans les objectifs du contrat
- Pour les médecins nouvellement installés, dès lors que le médecin atteint le p50, les nouveaux objectifs doivent être atteints dans les 2 ans (et non 1 an)

3° La revalorisation du montant des aides de 5%

4° L'extension des missions des assistants médicaux

- Ouvrir les réflexions avec l'ensemble des parties prenantes sur l'extension des missions (dont actes techniques) pour les assistants médicaux selon le profil – possibilité pour les profils infirmiers de réaliser certains actes

5° L'ouverture d'une réflexion sur la mutualisation volontaire des objectifs liés à l'emploi d'un assistant médical

- Des travaux techniques seront conduits pour définir les conditions de cette mutualisation pour les exercices regroupés ou pluridisciplinaires volontaires.

OBSERVATOIRE DE L'ACCÈS AUX SOINS

OBJECTIFS CONVENTIONNELS COLLECTIFS EN FAVEUR DE L'ACCÈS AUX SOINS SUR LA PÉRIODE DE LA CONVENTION

10 engagements collectifs d'accès aux soins, faisant l'objet d'un suivi conventionnel pour veiller à ce que tous les Français aient accès aux soins

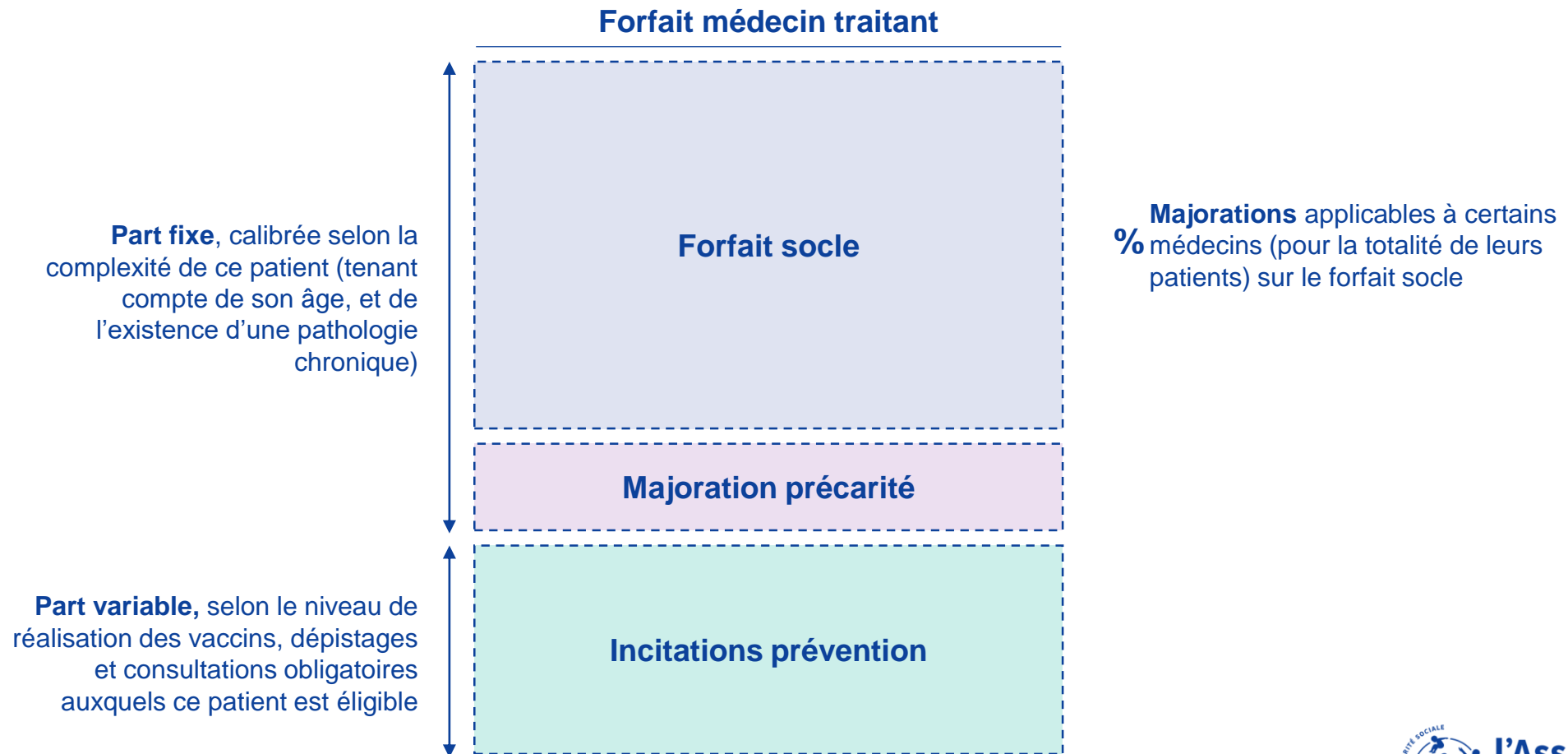
1. Stabiliser la part de patients ALD sans médecin traitant au seuil frictionnel de **2%** dès 2025
2. Augmenter le nombre de primo-installés en médecine générale de **+5% par an**
3. Augmenter la patientèle médecin traitant moyenne du MG de **+2% par an**
4. Augmenter la file active moyenne des médecins libéraux de **+2% par an**
5. Raccourcir le délai moyen d'accès aux spécialistes – l'objectif chiffré sera fixé avant fin 2024 à l'issue d'un travail conjoint mené par l'Assurance Maladie et l'Etat et présenté aux partenaires conventionnels.
6. Augmenter le nombre de contrats assistants médicaux pour atteindre 10 000 contrats en 2025 et **+10% par an** à compter de 2026 (base contrats signées au 1^{er} janvier 2024)
7. **100%** du territoire couvert par la PDSA et le SAS
8. Augmenter le nombre de médecins qui s'affilient à l'OPTAM de **+5% par an**
9. Augmentation de l'installation des médecins dans les zones sous dotée de **+7% par an**
10. Baisse de 2% par an du non recours aux soins des personnes en situation de handicap

Ces engagements seront suivis dans le cadre de l'observatoire de l'accès aux soins adossé à la CPN

FORFAIT UNIQUE ET MAJORATION PRÉVENTION

FAIRE DU « FORFAIT MÉDECIN TRAITANT » LA RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE SOCLE DU MÉDECIN TRAITANT

Un forfait unique annuel, individualisé par patient



FORFAIT MÉDECIN TRAITANT

1° La revalorisation du forfait médecin traitant, socle des rémunérations forfaitaires du médecin traitant, qui intègre une valorisation de la précarité

Revalorisation du forfait médecin traitant, prenant uniquement en compte les patients vus dans les 2 ans par le médecin traitant ou son médecin collaborateur...

Patient	Montant actuel	Nouveau montant (2026)
(ALD) 80 ans ou plus	70€	100€
80 ans et plus	46€	55€
(ALD) 0-79 ans	46€	55€
75-79 ans	5€	15€
7 à 74 ans	5€	5€
Moins de 7 ans	6€	15€
Patients non vus dans les 2 dernières années	N/A	5€

... et à laquelle s'ajoute une valorisation de la précarité à hauteur de 10 € par patient



Exemple : Pour un patient de **82 ans en ALD**, le médecin percevra, en plus de l'ensemble des honoraires liés aux actes et consultations réalisés pour ce patient, **100 € par an**, témoignant du rôle essentiel du médecin traitant auprès de ces patients complexes.

MAJORATIONS DU FORFAIT MÉDECIN TRAITANT (FORFAIT SOCLE)

1° Les médecins primo-installés en ZIP

- Majoration du FMT (forfait socle) pendant 3 ans : 50% la 1ère année, 30% la 2ème année et 10% à compter de la 3ème année
- Majoration élargie aux médecins installés en QPV hors ZIP

2° Les médecins installés en ZIP

- Majoration du FMT (forfait socle) : 10% de manière pérenne (tant que le médecin exerce en ZIP)
- Majoration élargie aux médecins installés en QPV (quartiers prioritaires de la ville) hors ZIP

3° Les médecins âgés de 67 ans et plus

- Majoration du FMT (forfait socle) : 10% de manière pérenne (tant que le médecin est en exercice)

MESURES DÉMOGRAPHIQUES – DISPOSITIONS TRANSITOIRES

- **L'adhésion aux contrats démographiques est maintenue jusqu'au 31 décembre 2025** (selon les modalités prévues à l'annexe 21 de la convention médicale).
- À partir du 1^{er} janvier 2026, les contrats démographiques toujours en cours à la date d'entrée en vigueur de la présente convention se poursuivent jusqu'à leur terme, sauf demande de résiliation par le médecin partie au contrat.
- Les médecins peuvent décider à tout moment de résilier leur contrat afin de pouvoir bénéficier de la majoration FPMT prévue pour les MG exerçant en ZIP en substitution des aides issues des contrats.
- Pour les médecins ayant adhéré à un CSTM, leur adhésion est maintenue jusqu'à ce qu'ils cessent d'intervenir en ZIP ou s'ils ne remplissent plus les conditions d'adhésion, sauf demande de résiliation par le médecin. Dans ce cas, il sera mis fin au contrat et ils pourront bénéficier du dispositif de consultations avancées s'ils en remplissent les conditions.

MAJORATION PREVENTION

5 € par indicateur

Thème	Indicateurs	Population cible
<u>Vaccination</u>	Vaccin contre la grippe : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le covid : campagne annuelle	≥65 ans OU en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre le pneumocoque (20-valent) : 1 dose unique	≥18 ans ET en ALD* OU sous traitement*
	Vaccin contre ROR : au moins 2 doses entre la naissance et 24 mois inclus	Enfants de 16 à 35 mois inclus
	Vaccin contre le méningocoque C : au moins 1 dose entre la naissance et 12 mois inclus	Enfants de 5 à 23 mois inclus
	Vaccin contre HPV : au moins 2 doses reçues entre 10 et 14 ans inclus	Enfants de 11 à 15 ans inclus
<u>Dépistage</u>	Dépistage organisé du cancer colorectal : kit de détection de sang dans les selles tous les 2 ans	Hommes + Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du sein : mammographie de dépistage tous les 2 ans	Femmes de 50 à 74 ans inclus
	Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus : rythme et examen selon l'âge**	Femmes de 25 à 65 ans inclus
	Dépistage du diabète par glycémie à jeun : tous les 3 ans	≥45 ans ET en ALD*
	Dépistage de la MRC par Albuminurie + Créatininurie + Créatininémie : tous les ans	≥18 ans ET en ALD*
<u>Suivi</u>	Suivi du diabète par dosage HbA1c : tous les 6 mois	ALD diabète OU sous traitement*
	Examen obligatoire de l'enfant du 9 ^{ème} mois : entre 8 et 10 mois inclus	Enfants de 8 à 21 mois inclus
	Examen obligatoire de l'enfant du 24 ou 25 ^{ème} mois : entre 22 et 26 mois inclus	Enfants de 22 à 37 mois inclus
	Examen bucco-dentaires annuel : tous les ans	Enfant de 3 à 24 ans inclus

26

***ALD** : la liste des ALD concernées dépend de l'indicateur (tableau annexe) ; les traitements aident à mieux cibler les patients diabétiques, asthmatiques, et BPCO

****DOCCU** : Cytologie sur frottis cervico-utérin tous les 3 ans entre 25 et 29 ans inclus, puis test HPV sur frottis cervico-utérin tous les 5 ans à partir de 30 ans

POSSIBILITÉ DE RÉMUNÉRATION FORFAITAIRE À LA CAPITATION

TIRER LES ENSEIGNEMENTS DES EXPÉRIMENTATIONS EN COURS EN LIEN AVEC L'ARTICLE 51 RELATIVES AU FINANCEMENT COLLECTIF À LA CAPITATION

Possibilité pour les médecins volontaires, exerçant en groupe et travaillant avec d'autres professionnels d'être rémunérés sous une forme intégralement forfaitaire

Un forfait médecin traitant intégral se substitue à la totalité de la rémunération des médecins. Le dispositif reste souple pour les médecins volontaires :

- **La possibilité de choisir la taille de la patientèle sur laquelle cette rémunération s'applique** : toute la patientèle, la patientèle chronique, certaines pathologies chroniques, etc.
- **La possibilité de prédéfinir les modalités de répartition de la rémunération au sein du groupe de médecins.**

Critères d'éligibilité :

- Toute équipe de professionnels de santé pluriprofessionnelle, avec la présence d'au moins 4 professionnels de santé libéraux (médecin généraliste ou infirmier) conventionnés, dont :
 - Au moins 3 médecins généralistes volontaires pour remplacer le paiement à l'acte par une rémunération forfaitaire ;
 - Au moins 1 infirmier.
- Les équipes peuvent exercer en cabinet de groupe ou en maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP).
- La patientèle médecin traitant concernée par le forfait doit s'élever au minimum à 250 patients.

Définition du cahier des charges par le DG de l'UNCAM après avoir recueilli l'avis de la CPN Médecins avant la fin d'année 2024.

PERTINENCE

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (1/3)

Champ	Assiette	Objectif
IJ	16 Md€	1. Accroître la pertinence des prescriptions d'arrêts de travail et ralentir l'évolution du nombre de jours d'arrêts de travail de 2% par an en agissant auprès des 3 parties prenantes (employeurs, assurés, prescripteurs).
PRODUITS DE SANTE	0,4 Md€	2. Lutter contre l'antibiorésistance en diminuant la prescription d'antibiotiques de 10% dès 2025 et de 25% à horizon 2027 et pour rejoindre la moyenne européenne dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention des infections et de l'antibiorésistance 2022-2025.
	7,7 Md€	3. Diminuer respectivement de 4 et 2 molécules, le traitement chronique des patients hyperpolymédiqués et des patients polymédiqués de 65 ans et plus.
	1,4 Md€	4. Augmenter la part de prescriptions médicales dans les ITR et les durées de traitement recommandées par la HAS pour viser 80% de prescriptions conformes (NR/ou ITR) en utilisant les outils d'accompagnement à la prescription de l'Assurance Maladie pour quelques molécules identifiées. Accompagner prioritairement la conformité de la prescription des AGLP-1.
	1,1 Md€	5. Favoriser le développement des biosimilaires en primo prescriptions, et au moment du renouvellement, par les spécialistes libéraux. Cibler en particulier la pénétration des biosimilaires prescrits en ophtalmologie (traitement de la DMLA), ainsi qu'en gastroentérologie, rhumatologie et dermatologie (anti-TNF) : atteindre 80 % de pénétration des biosimilaires.

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (2/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRODUITS DE SANTE	0,3 Md€	6. Compte tenu des risques liés à la consommation d'opioïdes, limiter le recours aux analgésiques de niveau 2 à risque de dépendance, en les classant en assimilés stupéfiants et diminuer leur volume prescrit et délivré de 10 %.
	1,3 Md€	7. Renforcer la pertinence de la prescription et de la délivrance des dispositifs médicaux dits « du quotidien », pour lesquels un gaspillage économique et écologique est établi (bandelettes glycémiques, compléments nutritionnels oraux et pansements post-chirurgie) : ajuster les prescriptions en nombre et en type de CNO et pansements post chirurgie au plus près des besoins et diminuer ainsi leurs dépenses de 5% et faire respecter le seuil réglementaire de 200 bandelettes/an pour la totalité des patients.
	1,2 Md€	8. Favoriser en première intention du traitement l'apnée du sommeil l'usage des orthèses d'avancées mandibulaires, dans le cadre des recommandations scientifiques de la HAS : augmentation des initiations d'orthèses d'avancées mandibulaires (OAM)) jusqu'à près de 30 % à terme.
	0,3 Md€	9. Recentrer les prescriptions d'IPP sur les indications recommandées par la HAS. Diminuer les prescriptions inutiles d'IPP dans les différentes classes d'âges, soit pour : <ul style="list-style-type: none"> - les enfants de moins de 2 ans hormis pour de rares indications chez qui ils entraînent un risque d'infection - les adultes de moins de 65 ans sans facteur de risque lorsqu'ils sont par ailleurs traités par des AINS - les plus de 65 ans, au-delà de 8 semaines de traitement. <p>L'objectif visé est une baisse de 20% de prescription d'IPP.</p>

15 OBJECTIFS COMMUNS DE PERTINENCE (3/3)

Champ	Assiette	Objectif
PRESCRIPTIONS NON MEDICAMENTEUS ES	1,1 Md€	10. Diminuer de 8% les actes d'imagerie redondants et inutiles et améliorer la pertinence en renforçant les actions déjà engagées (lombalgie, radiographie de thorax, ASP, crâne) et en accompagnant la pertinence de la prescription sur la base des dernières recommandations HAS sur d'autres pathologies/actes (gonalgie, scapulalgie, cervicalgie).
	9,3 Md€	11. Accompagner la qualité des prescriptions des actes infirmiers (renseignement des informations nécessaires pour l'exécution de la prescription) et la validation systématique des BSI - Réduire de 25 % les rejets et indus.
	4,8 Md€	12. Au regard de l'impact environnemental des transports sanitaires et de la nécessaire recherche d'adéquation du mode de transport à l'état de santé du patient, renforcer la pertinence de la prescription de transports en limitant le nombre de transports en ambulance et en généralisant la prescription de transports partagés lorsque l'état de santé du patient le permet. Atteindre jusqu'à 30 % de transports partagés.
	5 Md€	13. Réduire drastiquement les remboursements d'examens biologiques inutiles en diminuant d'au moins 80% le nombre de ces actes dans le cadre d'une liste à définir entre les partenaires et qui contiendra à minima la vitamine D en dehors des recommandations de la HAS, la T3/T4 en première intention sans résultat de TSH selon les recos HAS, le groupe sanguin en double détermination hors cadre de contexte transfusionnel avéré, la vitesse de sédimentation en première intention...
AUTRE	/	14. Renforcer le juste recours à l'ordonnance bizona pour les patients en ALD, laquelle distingue les soins liés à la pathologie chronique éligibles au remboursement à 100%.
	52 Md€	15. Assurer le dépistage précoce des maladies cardio-vasculaires et associées chez les personnes à risque (diabète, MRC, BPCO, SCC, IC), ainsi que le dépistage précoce du cancer. Dépistage du cancer du sein : 70 % ; Dépistage du cancer colorectal : 65 %; Dépistage du cancer du col de l'utérus : 80 % ; Dépistage du diabète : 94 % ; Dépistage de la MRC : 70 %

ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES MÉDECINS LIBÉRAUX EN MATIÈRE DE PERTINENCE

Assurance maladie

Renforcer les dispositifs de retour d'informations auprès des médecins :

- Partager avec l'ensemble des professionnels les référentiels de bonne pratique définis par la HAS et le ministère en charge de la santé et les informer des mises à jour
- Informer les assurés et les médecins conventionnés sur les conditions de prise en charge et l'importance de la prévention et du juste soin ; relancer des campagnes de communication grand public notamment le bon usage du médicament

Développer un accompagnement dédié sur les thèmes de pertinence auprès des médecins :

- Renforcer le dispositif des groupes d'analyse de pratique
- Accompagner de manière ciblée les professionnels de santé (libéraux comme en établissements) présentant des écarts significatifs aux référentiels et aux pratiques, notamment via des actions des délégués de l'Assurance maladie (DAM) et des praticiens conseil
- Renforcer les modes d'accompagnement attentionnés dans les situations délicates, en permettant un recours spontané des médecins à l'Assurance Maladie
- Saisir la HAS sur le cadre de prescription en téléconsultation
- Présenter aux médecins la méthodologie et les plans de contrôles pour échange dans le cadre conventionnel

Mieux outiller les médecins :

- Mettre à disposition sur amelipro des outils de datavisualisation permettant aux médecins d'avoir un retour d'information sur leur pratique
- Développer des téléservices adaptés pour sécuriser l'authenticité des prescriptions
- Soutenir le recours des médecins à des outils numériques tiers efficaces et reconnus par la profession (ex.ebmfrance)
- Soutenir les outils relayant des informations scientifiquement validées
- Simplifier les démarches administratives des médecins et construire, en partenariat, une doctrine en matière d'indus

Médecins conventionnés

Prescrire aux meilleurs standards de pertinence

- Respecter les ITR et les référentiels de la Haute Autorité de santé. S'informer et se former à cette fin
- S'appuyer sur l'expertise spécifique des autres professionnels de santé
- Participer aux groupes d'analyse de pratique entre professionnels

Respecter le principe de sobriété des prescriptions

- Prescrire moins à chaque fois que cela est possible, à pertinence et qualité des soins équivalente

Respecter les qualités techniques des prescriptions

- Prescrire systématiquement via l'ordonnance numérique
- Recourir à l'ensemble des téléservices de l'Assurance Maladie (afin, notamment, de lutter contre les « faux ») : arrêts de travail, déclaration médecin traitant, prescription de transports sanitaires, déclaration de grossesse, prescription renforcée, demandes d'accord préalable dématérialisées
- Bénéficier de l'accompagnement de l'Assurance Maladie (visites des délégués de l'Assurance Maladie, des délégués au numérique en santé, les entretiens confraternels).

AMÉLIORER LA QUALITÉ ET LA PERTINENCE DES SOINS

Au vu des enjeux de qualité et de pertinence des soins et des engagements pris, les partenaires conventionnels décident de jouer pleinement leur rôle d'orientation du DPC (développement professionnel continu) au regard des priorités de la convention

1° Vers un accompagnement des programmes de pertinence par des actions de DPC

S'appuyer sur le DPC en faisant émerger des actions adaptées aux priorités fixées en termes de pertinence et de qualité des soins

1. Inscription dans la convention médicale du principe selon lequel les programmes de pertinence sont des actions prioritaires à déployer dans le cadre du DPC
2. Validation par la CPN d'un cahier des charges pour chaque programme de pertinence pour cadrer l'offre à diffuser par l'ANDPC
3. Suivi et mesure d'impact au sein d'un observatoire associant l'ANDPC

2° Vers un financement pérenne et renforcé des Groupes d'Analyse des Pratiques (GAP)

En s'appuyant sur l'expérience réussie des groupes qualité existants pour l'amélioration de la pertinence des prescriptions et des parcours de soins, il est proposé de prévoir un financement pérenne de ces groupes selon les principes suivants:

- ✓ Prise en charge par l'ANDPC au titre du DPC des groupes fonctionnant selon la méthodologie HAS selon des modalités de financement adaptées
- ✓ Prise en charge de l'indemnisation des médecins participant par l'Assurance Maladie

Les modalités seront définies dans un cahier des charges validé par la CPN.

DE NOUVEAUX MÉCANISMES VERTUEUX D'INCITATION FINANCIÈRE À UNE PRESCRIPTION DE QUALITÉ



Biosimilaires

- Augmentation des initiations de traitements par médicaments biosimilaires
- Augmentation des « switches » des médicaments bioréférents vers les médicaments biosimilaires

- Lorsque la situation clinique le permet et en suivant les recommandations de la HAS, ce dispositif d'intéressement vise à valoriser le temps médical dédié à l'accompagnement du patient vers l'initiation par des OAM

Win-Win

Accompagnement des patients souffrant d'IC*



- Une rémunération forfaitaire spécifique est proposée pour les cardiologues prenant en charge des patients souffrant d'IC qui exercent en secteur 1 ou secteur 2 adhérent à l'OPTAM
- Pour chaque cardiologue, une rémunération de 250 € par indicateur indépendant (voir art.65)

L'intéressement à la dé-prescription des IPP concernera les situations suivantes :

- chez le patient de moins de 65 ans sous prescription d'IPP concomitante avec un AINS ;
- chez le patient de plus de 65 ans sous prescription d'IPP et consommant sur une durée de plus de 8 semaines sans justification particulière.

HAS

Initiation par des OAM

Dé-prescription des IPP



Les partenaires conventionnels **souhaitent valoriser l'engagement des médecins libéraux de ville** dans une démarche de qualité, d'efficacité des prescriptions et d'accompagnement des patients grâce à des dispositifs d'intéressement tout en respectant les recommandations des autorités nationales.




**L'Assurance
Maladie**
Agir ensemble, protéger chacun


*Insuffisance cardiaque (IC)

VALORISER LES COMPORTEMENTS DE SOBRIÉTÉ DANS LA PRESCRIPTION DE MÉDICAMENTS

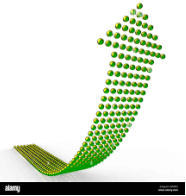
La création d'un dispositif permettant à la fois d'informer les médecins généralistes sur leurs prescriptions de médicament par rapport à la pratique nationale et de sensibiliser à la sobriété dans la prescription de médicaments



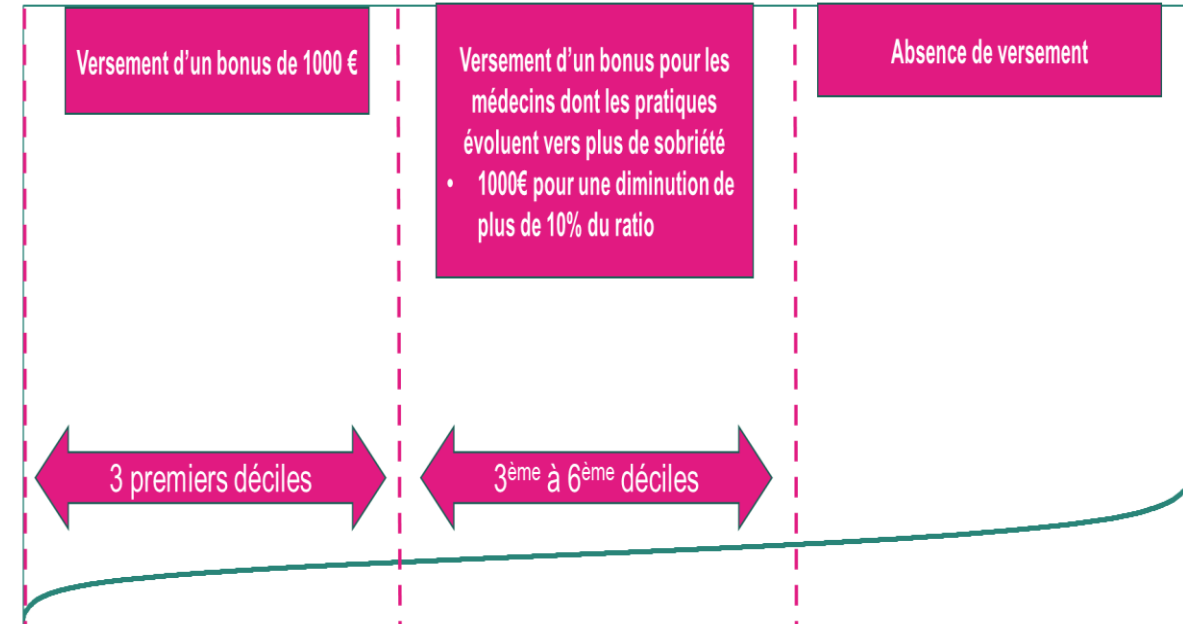
Suivi de l'indicateur de sobriété : ratio entre le montant remboursable total observé par médecin et le montant remboursable total corrigé à partir du comportement moyen de l'ensemble des médecins en France et des caractéristiques de la patientèle du médecin (âge, sexe, ALD et C2S).



Pour souligner l'investissement en faveur de la sobriété des prescriptions, un bonus sobriété des prescriptions de 1000 € sera versé aux 30% des médecins généralistes ayant le ratio de sobriété le plus faible (bonus pondéré par la patientèle médecin traitant du médecin par rapport à la moyenne nationale).



Pour souligner l'évolution des pratiques en faveur de la sobriété des prescriptions, un bonus sobriété des prescriptions de 1000 € sera versé pour certains médecins dont le ratio de sobriété baisse de plus de 10%.



Distribution des indicateurs de sobriétés parmi les médecins

Les montants indiqués sont pondérés par la patientèle du médecin
Coefficient de pondération : Patientèle du médecin/patientèle moyenne

MISSIONS SPÉCIFIQUES

LES MISSIONS SPÉCIFIQUES DES MÉDECINS

1° Une revalorisation de la fonction de maître de stage

- Pour les MSU installés en ZIP : 800 € par an (contre 350 € aujourd'hui)
- Pour les MSU installés hors ZIP : 500 € par an (contre 350 € aujourd'hui)

2° Une simplification de la rémunération de la participation au SAS

La participation au SAS est rémunérée en dehors du forfait structure (remplacé par la dotation numérique). La notion de 2h est supprimée. La participation au SAS est rémunérée par un forfait annuel à hauteur de 1 000 € par an, à condition de remplir les trois conditions :

- Exercer dans un département dans lequel le SAS est déployé et opérationnel ;
- S'inscrire sur la plateforme numérique SAS ;
- Accepter d'interfacer sa solution de prise de rendez-vous avec la plateforme numérique SAS pour mise en visibilité des disponibilités en cas de besoin de la régulation SAS ou participer à une organisation territoriale validée par le SAS du département et interfacée avec la plateforme nationale.

3° Une valorisation de la prise en charge des médecins collaborant avec IPA

Une rémunération forfaitaire de 100 à 1 000 € selon le nombre de patients orientés vers une IPA.

4° Une valorisation de la prise en charge des patients bénéficiaires de l'AME

La prise en charge par le médecin généraliste d'une patientèle AME importante, afin d'assurer la coordination dans le parcours de soins du patient et la prévention des pathologies est valorisée à hauteur de 500 € par an.

DOTATION NUMÉRIQUE

LA DOTATION NUMÉRIQUE - DONUM

À compter de 2026, ce forfait remplace le forfait structure.

Ce forfait est composé de deux types d'indicateurs :

- ✓ des indicateurs socles, dont les cibles doivent toutes être atteintes pour bénéficier de la rémunération et ouvrir droit à la rémunération relative aux indicateurs optionnels ;
- ✓ des indicateurs optionnels indépendants rémunérés en fonction de l'atteinte de chaque cible définie ci-après :

Volets	Indicateurs	Cible 2026	Cible 2028	Points
Indicateurs socles	Disposer d'un logiciel référencé Ségur et d'un LAP certifié HAS et d'une version de cahier des charges <u>Sesam-Vitale</u> à jour des avenants N-1	oui	oui	280
	Moyenne des taux de recours aux principaux <u>téléservices</u> sécurisés : Taux de déclaration médecin traitant dématérialisée (DCMT); Taux de protocoles de soins électronique (PSE); Taux de télétransmission FSE; Taux d' <u>arrêt</u> de travail en ligne (AAT)	60%	80%	
Indicateurs optionnels	Moyenne des taux de recours aux autres <u>téléservices</u> sécurisés de l'assurance maladie : Certificat médicaux AT-MP dématérialisés (CM-ATMP); déclaration simplifiée de grossesse en ligne (DSG); prescription électronique de transport (SPE)	30%	60%	60
	Moyenne des taux de recours à l'espace numérique en santé : alimentation du DMP ; ordonnances numériques	30%	60%	60
	Usage de l'application carte Vitale et de la messagerie sécurisée de Mon espace santé	Au moins une FSE et un message envoyé à un patient via la messagerie de mon espace santé par an		20

SOINS NON PROGRAMMÉS

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

1° Un renforcement de la prise en charge des soins non programmés (régulés)

- Pérennisation de l'incitation à s'inscrire au SAS en simplifiant son indicateur pour permettre à plus de médecins de le percevoir : 1 000 € pour s'inscrire sur la plateforme et interfacier son agenda en supprimant la notion des 2h par semaine (hors préalable du volet 1 du forfait structure)
- Revalorisation des cotations SNP [régulation SAS] et MRT [régulation 15] à 20 € (contre 15 € aujourd'hui) entre 19h et 21h pour accompagner la transition entre le SAS et la PDSA (mêmes conditions de recours et de plafonnement)

2° Une revalorisation des visites pour répondre aux demandes de soins non programmés

- Majoration de 10 € en cas de visite à domicile avec un délai court (< 24h) après appel de la régulation SAS
- Majoration de 6,5 € sur toutes les visites à tarif opposable pendant les horaires PDSA (visites régulées ou non régulées)

3° De nouvelles règles de facturation des soins non-programmés non régulés

- Facturation des majorations MN, MM et F :
 - uniquement en cas d'urgence telle que définie ci-dessus ;
 - non facturable en téléconsultation
- Urgence : « pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide des ressources humaines et matérielles » (*définition CCAM*)
- En dehors des situations d'urgence : création d'une majoration (5 €) sur une consultation à tarif opposable (ouvert en TLC) non-cumulable avec les majorations MRT et SNP

GARANTIR L'ACCÈS AUX SOINS NON PROGRAMMÉS

4° La mise en place d'un plan de contrôle de l'Assurance Maladie

1. Vérification de l'appel aux praticiens réalisé après 19h
2. Contrôle de la justification de l'urgence
3. Respect des conditions dimanches / jours fériés

5° Une clarification de l'acte YYYY010

(Traitement de premier recours de cas nécessitant des actes techniques et la présence prolongée du médecin)

- **Recentrer cet acte aux situations où l'intervention du médecin est suivie d'un passage aux urgences et/ou d'une hospitalisation**
- **Validation en CPL du cadre dans lequel certaines organisations de soins ambulatoires peuvent être éligibles à cette cotation**

6° Harmoniser les rémunérations des médecins exerçant en services d'urgence

- Depuis la réforme des urgences de 2022 : disparité des actes facturés selon que le passage est suivi d'hospitalisation (NGAP) ou non (forfaits définis par arrêtés)
- **Convergence les 2 systèmes de rémunération** et tenir compte des autres revalorisations conventionnelles
 - Patients CCMU 1 et 2 : consultation standard (revalorisation à 30 €)
 - Patients CCMU 3 : U03 (revalorisation à 40 €)
 - Patients CCMU 4 et 5 : U45 (revalorisation à 50 €)
- Sur le modèle des passages non suivi d'hospitalisation, création d'un **supplément pour les arrivées via ambulance/SAMU pour les personnes âgées (>75 ans, sur le modèle des forfaits définis par arrêté) : +20 €**
- Engager un groupe de travail conventionnel, avec le ministère de la santé (DGOS), sur les suites de cette réforme.

7° PDSES – revalorisation des gardes à compter du 1^{er} janvier 2025 pour converger avec les praticiens hospitaliers et lancement des réflexions sur les astreintes – chantier ministère, non conventionnel.

LES EQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉS

LES ÉQUIPES DE SOINS SPÉCIALISÉES

1° Missions

Coordonner et sécuriser les prises en charge dans une logique « parcours »

- Contribuer à structurer l'offre de 2nd recours sur le territoire pour faciliter la collaboration entre acteurs du 1^{er}, 2^e et 3^o recours, et offrir un point de contact aux médecins traitants
- Proposer une organisation permettant de donner un avis spécialisé ponctuel sur demande des médecins traitants du territoire dans des délais réduits sous la forme de téléexpertise, téléconsultation ou de consultation en présentiel

Améliorer l'égal accès aux soins de spécialités en termes géographique et financier

- Contribuer au déploiement des consultations avancées pour les soins de leur spécialité notamment dans les ZIP

2° Critères conditionnels à la création

- **Périmètre géographique** : l'ESS doit couvrir un périmètre continu géographique, a minima, départemental (avec une cible régionale possible), non déjà couvert par une ESS de la même spécialité, sur lequel sont présents au moins 10 médecins de la spécialité concernée
- **Seuil minimal d'adhérents à l'ESS** : l'ESS doit réunir au moins 10% des professionnels de la spécialité concernée du territoire qu'elle couvre [exceptions possibles en raison de circonstances exceptionnelles] - objectif à terme : 50 % des spécialistes de la spécialité
- **Périmètre médical** : l'ESS traite des problématiques liées à une spécialité médicale et non à une pathologie
- **Articulation avec les structures existantes** : l'ESS collabore avec les CPTS, les autres ESS et les DAC de son territoire
- **Intégration des professionnels hospitaliers** : l'ESS collabore avec les professionnels hospitaliers et formaliser ses liens avec les établissements de santé

3° Financement

- **Amorçage** : 80 000 € à la réception de la lettre d'intention et signature d'un contrat ARS/CPAM/ESS
- **Dotation annuelle** : entre 50 000 € et 100 000 € en fonction de la taille de l'ESS

OPTAM ET OPTAM-ACO

L'OPTAM ET L'OPTAM-CO

1° L'ouverture aux anesthésistes de l'OPTAM-CO qui devient l'OPTAM-ACO

2° La création d'un nouveau modificateur dédié aux anesthésistes de S1 et S2 OPTAM-ACO, (en remplacement de la prime OPTAM actuelle pour les anesthésistes)

- 12% pour les médecins secteur 1 (hors OPTAM/ACO)
- 8% pour les médecins secteur 2 OPTAM/ACO

3° La revalorisation de + 10 points des modificateurs K et T liés à l'OPTAM et l'OPTAM-ACO

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

4° La mise en place d'une nouvelle période de référence 2022-2023

5° Ajustements régionaux (taux revus à la baisse pour les régions avec les plus forts dépassements et taux revus à la hausse pour les régions avec les plus faibles dépassements)

Exemples

Gastroentérologues (OPTAM)		
	Taux de dépassement	
Île-de-France	35,2%	30,2%
Bretagne	5,2%	15,2%

Chirurgiens (OPTAM-ACO)		
	Taux de dépassement	
Île-de-France	47,9%	42,9%
Bretagne	16,7%	26,7%

CCAM



3. CALENDRIER

CALENDRIER

