

## Le contenu du règlement arbitral

La négociation entre l'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins libéraux n'ayant pu aboutir à un accord, un règlement arbitral se substitue à la convention médicale dans l'attente d'une prochaine négociation et d'une nouvelle convention.

Le but de l'arbitre a été de ménager une transition vers une reprise rapide des négociations : une convention négociée vaut mieux qu'un règlement administré, et c'est ainsi que le législateur a conçu la procédure d'arbitrage. Le règlement arbitral se contente ainsi de reprendre pour l'essentiel la convention de 2016, dans sa version en vigueur aujourd'hui, hors quelques dispositions du projet de convention. Il préserve l'accès financier aux soins des patients, en limitant l'augmentation de leurs restes à charge.

Les dispositions retenues du projet conventionnel répondent à une double préoccupation.

- Celle de permettre aux médecins libéraux, qui travaillent beaucoup, de dégager du temps médical devenu rare et ainsi d'améliorer l'accès aux soins de la population. C'est pourquoi les nouvelles modalités de recrutement des assistants médicaux du projet de convention, plus simples, concernant davantage de médecins que les dispositions précédentes, ont été retenues. Ces emplois, partiellement financés par l'assurance maladie, sont conditionnés à l'augmentation de la patientèle ou de la file active des praticiens bénéficiaires. Au-delà, comme le montrent de nombreux exemples construits par des acteurs de terrain, la constitution d'équipes de médecins-infirmiers-assistants, dont le médecin est le chef d'orchestre et qui ont vocation à s'insérer dans une équipe pluriprofessionnelle plus large, offre une solution efficiente aux besoins des patients.
- Celle de répondre aux attentes de la population, en particulier des personnes fragiles : création d'une consultation initiale d'inscription en tant que médecin traitant pour les personnes en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant, valorisée 60€ ; augmentation du forfait patient médecin traitant de 42€ à 46€ pour les personnes en ALD de moins de 80 ans et pour les personnes de plus de 80 ans sans ALD ; dé plafonnement du nombre de visites très complexes des médecins traitants aux patients en soins palliatifs.

S'agissant des consultations, leur tarif est revalorisé de 1,5€. Cette revalorisation s'applique :

- aux consultations et visites de référence des médecins généralistes qui passent de 25€ à 26,5€ (de 30€ à 31,5€ pour les enfants de moins de 6 ans) ;
- aux consultations des autres spécialistes de secteur 1, de secteur 2 ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée, ou lorsqu'elles sont réalisées à tarif opposable, qui passent de 30€ à 31,5 € ;
- à l'avis ponctuel de consultant qui passe de 55€ à 56,5€ (de 62,5€ à 64€ pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues) ;
- aux consultations complexes qui passent de 46€ à 47,5€.

Le règlement arbitral ne reprend aucune revalorisation subordonnée à un engagement territorial.

L'arbitrage intègre aussi les mesures prises à l'été 2022 sur les soins urgents et non programmés<sup>1</sup>. D'autres mesures plus techniques figurent dans le texte arbitral : simplification de la facturation pour les médecins ; prise en charge des cotisations des forfaits d'urgence des urgentistes libéraux ; clarification des règles d'octroi du secteur 2 pour les médecins spécialistes ayant réalisé une phase de consolidation sous le statut de docteur junior.

La mise en œuvre des mesures tarifaires est soumise au délai de six mois à compter de l'entrée en vigueur du présent règlement (article L. 162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale), à l'exception des mesures relatives aux assistants médicaux, aux soins non programmés et à la consultation d'inscription en tant que médecin traitant pour un patient en ALD (article 35 de la Loi de financement de la sécurité sociale - LFSS - pour 2023). La revalorisation du forfait patient médecin traitant, rémunération calculée sur une base annuelle, s'appliquera au 1<sup>er</sup> janvier 2024.

---

<sup>1</sup> +15€ pour les médecins acceptant des patients hors patientèle dans les 48 heures de l'adressage par la régulation avec un maximum de 20 actes par semaine et participation à la régulation de la permanence des soins rémunérée 100€ de l'heure.

## Les mesures du règlement arbitral

1 - L'aide au recrutement des assistants médicaux plus simples et concernant davantage de médecins

2 - L'accès aux soins des personnes les plus fragiles

- Création d'une consultation longue d'inscription chez le médecin traitant pour les personnes en affection de longue durée (ALD) sans médecin traitant (60€)
- Augmentation du forfait patient médecin traitant pour les personnes de plus de 80 ans sans ALD et les patients en ALD de moins de 80 ans (42 à 46€)
- Déplafonnement du nombre de visites aux patients en soins palliatifs par les médecins traitants

3 - La revalorisation de 1,5€ du tarif de consultation (soit 26,5€ pour la consultation de référence du généraliste)

4 - La réponse aux soins urgents et non programmés : +15€ pour les médecins acceptant des patients hors patientèle dans les 48 heures de l'adressage par la régulation avec un maximum de 20 actes par semaine et participation à la régulation de la permanence des soins, rémunérée 100€ de l'heure

5- Les mesures techniques

- Simplification de la transmission de pièces à l'assurance maladie et forfait structure
- Prise en charge des cotisations sur les forfaits versés aux médecins urgentistes libéraux
- Accès des docteurs juniors au secteur 2

## Les assistants médicaux

Les aides à l'emploi d'assistants médicaux auprès des médecins ont été mises en place en 2019 par l'avenant 7 à la convention médicale de 2016, afin de permettre aux médecins libéraux de regagner du temps médical devenu rare et ainsi d'améliorer l'accès aux soins de la population.

En avril 2023 on comptait 4 304 contrats signés, 3 318 (77%) par des médecins généralistes, 986 (23%) par d'autres spécialistes.

Reprenant les modalités prévues par le projet de convention, le règlement arbitral (RA) :

- Élargit et assouplit le dispositif :
  - o Accessible aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée<sup>2</sup> ;
  - o Et sans obligation d'exercice coordonné, d'exercice regroupé ou d'exercice dans une zone sous-dense ;
- Permet l'emploi de l'assistant médical directement par le médecin ou par l'intermédiaire d'un groupe de médecins libéraux ou d'une structure organisée en groupement d'employeur.

Le montant de l'aide de l'assurance maladie :

- Diffère selon deux options de temps de travail de l'assistant médical (temps plein ou mi-temps) ;
- Est pérenne ;
- Est dégressif les 2 premières années ;
- A compter de la 3<sup>ème</sup> année, le montant est modulé en fonction de l'atteinte par le médecin des objectifs d'augmentation de sa patientèle<sup>3</sup> ou de sa file active<sup>4</sup>, qui dépendent de leur taille initiale. Au total, si les objectifs sont atteints, le montant d'aide varie entre 36 000 € et 10 500 € selon la taille de la patientèle.

---

<sup>2</sup> y compris les chirurgiens si le nombre de leurs actes relevant de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) n'atteint pas 20% de leurs honoraires totaux. Ne peuvent en bénéficier : radiologues, radiothérapeutes, stomatologues, anesthésistes, médecins anatomo-cytopathologistes et médecins nucléaires. Dans la convention en vigueur aujourd'hui, toutes les spécialités médicales sont potentiellement éligibles à l'aide conventionnelle, mais avec une priorisation entre ces spécialités, certaines n'étant éligibles que dans les départements les plus en tension

<sup>3</sup> Les enfants sont désormais intégrés dans la patientèle.

<sup>4</sup> Cette augmentation dépend de la taille initiale de la patientèle ou de la file active du médecin.

### **Les missions de l'assistant médical**

Les missions confiées à l'assistant médical sont librement choisies par le médecin dans le périmètre des compétences prévues par la loi et relèvent principalement de trois domaines d'intervention :

- des tâches de nature administrative : accueil du patient, création et gestion du dossier informatique du patient, recueil et enregistrement des informations administratives et médicales en amont de la consultation (ex: présence des comptes rendus opératoires, résultats d'analyse, lien avec la précédente consultation etc.), accompagnement de la mise en place de la télémédecine au sein du cabinet, etc.
- des missions en lien avec la préparation et le déroulement de la consultation : aide à l'habillage et au déshabillage, à la mise à jour du dossier du patient concernant les dépistages, les vaccinations, les modes de vie, en générant si nécessaire des alertes à l'attention du médecin, délivrance des tests et kits de dépistage, préparation et aide à la réalisation d'actes techniques (ex: électrocardiogrammes (ECG), prise des constantes-poids, pouls, mesures, etc...), accompagnement à la téléconsultation.
- des missions d'organisation et de coordination, notamment avec les autres acteurs intervenant dans la prise en charge des patients (paramédicaux, établissements de santé, établissements médico-sociaux), aide au remplissage de certains certificats (entrée en Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), Maison départementale pour les personnes handicapées (MDPH),...).

## **L'accès aux soins des personnes les plus fragiles**

Trois mesures du règlement arbitral destinées à favoriser l'accès aux soins sont ciblées sur les personnes les plus fragiles.

### **1- Les patients en affection de longue durée**

Douze millions de personnes sont actuellement en affection de longue durée (ALD) dont plus de 700 000 n'ont pas de médecin traitant.

Dans l'objectif de permettre à tous les patients en ALD d'avoir accès à un médecin traitant, il est créé une consultation spécifique pour l'inscription d'un nouveau patient en affection de longue durée dans la patientèle du médecin traitant : cette consultation bénéficie d'un tarif de 60 € qui rémunère le temps et l'expertise des médecins traitants dans cette prise en charge complexe.

En outre, le forfait patientèle médecin traitant pour les patients de moins de 80 ans en ALD sera valorisé à 46 € contre 42 € actuellement : ce forfait majoré valorise les missions spécifiques du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle et notamment la nécessaire coordination du médecin traitant avec les autres professionnels de santé.

Ces mesures accompagnent le plan d'action actuellement déployé par l'assurance maladie, en lien avec les acteurs du territoire, et destiné à accompagner les médecins et les patients en ALD pour l'accès au médecin traitant.

### **2- Les patients âgés de plus de 80 ans**

Dans le même objectif, le forfait patientèle médecin traitant qui concerne les patients de plus de 80 ans sera valorisé à 46 € alors qu'il est de 42 € actuellement.

### **3- Les patients en soins palliatifs à domicile**

Actuellement, quatre visites longues par année civile, tarifées à 60 €, permettent au médecin de prendre en charge à domicile des patients en soins palliatifs. Désormais, le nombre de ces visites longues ne sera plus contingenté annuellement.

Par dérogation à l'article L162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale et sur le fondement de l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, la consultation d'inscription auprès d'un médecin traitant pour les personnes en ALD entrera en application dès l'approbation du règlement arbitral. La revalorisation du forfait patient médecin traitant, rémunération annuelle, s'appliquera à compter de l'année 2024.

### **Le forfait patientèle médecin traitant**

Tous les patients, majeurs ou mineurs, pour lesquels le médecin est enregistré comme médecin traitant par l'assurance maladie, sont pris en compte dans le calcul d'un forfait annuel patientèle médecin traitant (FPMT), avec une pondération qui varie selon le niveau de complexité de leur prise en charge, estimée à partir des critères d'âge, d'ALD et de précarité. La rémunération versée (chaque trimestre) aux médecins généralistes au titre de ce forfait représente en moyenne 16 000€ annuels.

## La revalorisation du tarif des consultations

Une revalorisation de 1,5€ est appliquée<sup>5</sup> :

- aux consultations et visites de référence des médecins généralistes qui passent de 25 € à 26,5 € (de 30 € à 31,5 € pour les enfants de moins de 6 ans) ;
- aux consultations des autres spécialistes de secteur 1, de secteur 2 ayant adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée, ou lorsqu'elles sont réalisées à tarif opposable, qui passent de 30 € à 31,5 € (pour les pédiatres, de 37 € à 38,5 € pour les enfants de moins de 2 ans<sup>6</sup> et de 32 € à 33,5 € pour les enfants de 2 à moins de 6 ans et pour un enfant de 6 à moins de 16 ans qui ne lui est pas adressé par le médecin traitant ; pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, de 50,2 € à 51,7 € ; pour les consultations spécifiques au cabinet du cardiologue, de 52,5 € à 54 €) ;
- à l'avis ponctuel de consultant qui passe de 55 € à 56,5 € (de 62,5 € à 64 € pour les psychiatres, neuropsychiatre et neurologues) ;
- aux consultations complexes qui passent de 46 € à 47,5 €.

Le règlement arbitral ne reprend aucune revalorisation subordonnée à un engagement territorial.

Comme le prévoit l'article L162-14-1-1 du Code de la sécurité sociale, les revalorisations des tarifs des honoraires et rémunérations entrent en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de ces dispositions.

---

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

<sup>6</sup> Ce tarif est également valable pour les pédiatres de secteur n'ayant pas adhéré aux options de pratique tarifaire maîtrisée.



## **La réponse aux soins urgents et non programmés**

Lorsque les médecins effectuent, au profit d'un patient dont ils ne sont pas le médecin traitant, un soin dans les 48 heures qui suivent l'adressage par un service d'accès aux soins, en dehors des horaires de la permanence de soins ambulatoires, leur consultation (réalisée à tarif opposable) est majorée de 15 €. Ce supplément de rémunération est plafonné à 20 cotations hebdomadaires. En outre, les médecins libéraux qui assurent la régulation médicale au sein d'un service d'accès aux soins reçoivent une rémunération forfaitaire d'un montant horaire de 100 €.

Par dérogation aux règles conventionnelles, ces rémunérations ont été créées pour faire face aux tensions sur le système de santé de la période estivale 2022 puis prolongées jusqu'ici via les mesures pour la gestion de la crise sanitaire (arrêté du 11 juillet 2022, lui-même prorogé le 9 décembre 2022).

Le règlement arbitral vient pérenniser ces rémunérations destinées à consolider la participation des médecins de ville à l'accès et à la régulation des soins urgents et non programmés, comme le prévoyait le projet de convention médicale.

## Les mesures techniques

Le règlement arbitral inclut quelques mesures techniques.

Concernant les systèmes d'information :

- Certaines cibles associées au 2<sup>e</sup> volet du forfait structure (aide financière destinée à l'organisation et à l'informatisation du cabinet) sont revues à la baisse pour tenir compte d'une montée en charge plus progressive qu'initialement prévu de certains outils numériques : protocole de soins électronique pour les patients en affection de longue durée (ALD) (80% en 2023 contre 90% dans la convention actuelle), prescription électronique de transports (20% en 2023 contre 30%), déclaration simplifiée de grossesse en ligne (10% en 2023 contre 30%), ordonnances numériques sur produits de santé (30% en 2023 contre 50%).
- La période d'observation pour le paiement du forfait « Volet de Synthèse Médicale (VSM) » est allongée au 31 décembre 2023 compte tenu du décalage du calendrier du Ségur numérique.
- La transmission des feuilles de soin en cas d'impossibilité de produire des feuilles de soin sécurisées Vitale est simplifiée.

Concernant la prise en charge des cotisations, leur bénéfice est ouvert aux forfaits rémunérant l'activité des professionnels de santé libéraux conventionnés exerçant au sein des services d'accueil des urgences des établissements mentionnés au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-8-3 du code de la sécurité sociale.

Concernant l'éligibilité des médecins au secteur 2, et en cohérence avec les textes réglementaires existants, le statut de docteur junior hospitalier est comptabilisé à raison d'une année pour acquérir le titre d'ancien assistant spécialiste des hôpitaux.