

votre relevé individuel d'activité et de prescriptions (RIAP)

comment le lire

Ce relevé individuel retrace les éléments relatifs à votre activité et à vos prescriptions figurant sur les feuilles de soins ayant donné lieu à remboursement par les caisses des différents régimes d'assurance maladie depuis le début de l'année civile. Sa présentation a été revue pour améliorer la compréhension des indicateurs qui y figurent.

Quatre rubriques sont distinguées :

- **votre activité** : l'ensemble des actes que vous avez effectués
- **vos prescriptions** : actes de kinésithérapie, soins infirmiers, biologie, pharmacie, arrêts de travail...
- **vos patients** : quelques caractéristiques de votre clientèle
- **coût total** : quelques éléments sur les montants de vos honoraires et de vos prescriptions

Elles vous permettent de connaître le volume de votre activité et sa répartition par patient. Elles vous apportent également des données régionales de référence.

votre situation

Votre activité

en volume

Les informations sont données selon les cas :

1) en nombre - ex : nombre de consultations.

2) en montant - ex : les astreintes libérales ou en établissement (PRN, PRM, PRT, PRD, REG, RPA, MA, RPG, MG)

par patient

Bénéficiaire individualisé, comptabilisé une seule fois quel que soit le nombre de prestations le concernant, pendant la période couverte par le RIAP.

- Le ratio par patient représente le nombre ou le montant de prestations par patient ayant reçu au moins une prestation au cours de la période.

3) en pourcentage

Pour le parcours de soins coordonnés, % sur le nombre de :

- prestations délivrées dans le cadre de votre activité de médecin traitant
- prestations délivrées pour des patients orientés par leur médecin traitant
- prestations délivrées aux patients en tant que spécialiste concerné par l'accès direct spécifique (ophtalmologues, gynécologues obstétriciens, psychiatres et neuro-psychiatres)
- prestations délivrées aux patients hors résidence habituelle
- prestations délivrées aux patients en urgence
- prestations délivrées aux patients en accès direct hors parcours de soins
- prestations délivrées aux patients en tant que spécialiste concerné par l'accès direct spécifique (ophtalmologues, gynécologues obstétriciens, ...) pour des soins en dehors de l'accès spécifique.

Coût total

- **% Hono sans dépassement/Honoraires** : ce ratio permet de déterminer le % d'honoraires sans dépassement sur les honoraires totaux
- Dépassements maîtrisés « DM » pour les patients qui entrent dans le parcours de soins, applicables par acte technique facturé et plafonnés à 15 % des tarifs opposables, réservés au médecin généraliste ou spécialiste conventionné autorisé à pratiquer des honoraires différents (secteur II) ou titulaire d'un droit permanent à dépassement et qui adhère à l'option de coordination
 - **% Mt dépassst DM/ Mt remboursable** : % sur les montants des dépassements maîtrisés DM par rapport à la base de remboursement de ces actes techniques.
- Dépassements autorisés « DA » réservés au médecin spécialiste conventionné à tarifs opposables (secteur I) consulté en dehors du parcours de soins, plafonnés à 17,5 % pour chaque acte clinique et technique, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés :
 - **acte technique**
 - **% Mt DA acte techniq/ Mt rbsable** : % sur les montants des dépassements autorisés DA pour des actes techniques par rapport à la base de remboursement des actes techniques.
 - **acte clinique**
 - **Dépasst DA moyen acte clinique** : montant des dépassements DA pour des actes cliniques par rapport au nombre de dépassements DA pour ces actes cliniques.

référentiel région

Les mêmes informations que celles décrites pour votre situation personnelle sont données pour l'ensemble des médecins libéraux de votre région de même discipline que la vôtre : il s'agit des médecins de moins de 65 ans ayant exercé toute l'année (non temps plein hospitalier).

position par rapport au référentiel

Pour certaines valeurs ou ratios, l'ensemble des praticiens est réparti en quatre groupes de taille identique (quartiles).

Pour ces valeurs ou ratios, votre activité personnelle est affectée de 1, 2, 3 ou 4* (* pour la valeur la plus faible, **** pour la plus forte), vous permettant de vous situer dans l'un de ces quartiles.

Mode d'établissement des quartiles : exemple sur le ratio "prescription pharmacie par patient"

8 Praticiens	Mt remboursable Phcie	Nbre patients	Ratio par patient	
A	157675	350	450.50	****
C	54270	450	120.60	****
F	40621	405	100.29	***
H	11424	120	95.20	***
E	34542	380	90.90	**
G	32175	390	82.50	**
B	33768	420	80.40	*
D	26400	375	70.40	*

Rubriques spécifiques à certaines spécialités

pour les médecins stomatologistes :

- BDC : rémunération de l'examen systématique annuel de prévention, fixée à 25 €

Cet examen peut être complété si nécessaire par une prise de radiographie(s) intrabuccale(s) rémunérée(s) différemment selon le nombre de clichés réalisés :

- BR2 (un ou deux clichés), fixé à 11 €
- BR4 (3 ou quatre clichés), fixé à 22 €

pour les médecins réalisant des actes de scanner, IRM ou TEP :

- Actes d'imagerie en coupe

Par ailleurs, les rubriques concernant les lettres-clés NGAP d'actes techniques (par exemple : KCC, KE) n'apparaissent plus puisqu'elles sont remplacées désormais par les codes CCAM.

pour les médecins spécialistes en psychiatrie et neuro psychiatrie :

- MPF, la majoration relative à la première consultation familiale pour un enfant de moins de 16 ans atteint d'une affection psychiatrique de longue durée et nécessitant une prise en charge spécialisée d'une durée prévisible au moins égale à un an, fixée à 10 €,
- MAF, la majoration de consultation annuelle de synthèse avec la famille d'un enfant présentant une pathologie relevant d'une affection de longue durée et nécessitant une prise en charge spécialisée, fixée à 10€

pour les médecins spécialistes en pédiatrie :

- MBB, la majoration de l'examen médical obligatoire dans les huit jours suivant la naissance, mentionné à l'article R 2132-1 du code de la santé publique, fixée à 5 €
- MAS, la majoration annuelle de synthèse pour un patient de moins de 16 ans atteint d'une affection de longue durée, fixée à 10 €.