



Rémunération sur objectifs de santé publique

Négociations 2016 - Réunion du 16/06/16

I. Indicateurs de pratique clinique

Rappels de contexte

- Le Collège de médecine générale (CMG) a élaboré un document de « *réflexion sur l'évolution de la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP)* », adressé au Directeur Général de la CNAMTS le 06/02/2016.
- Une rencontre entre les services techniques de la CNAMTS et le CMG est intervenue le 15/03/2015, sur la base de ce document.
- A partir de ces éléments et des recommandations existantes, un certain nombre de propositions ont été présentées lors de la séance de négociations du 28/04/2016. La mise en place d'un groupe de travail dédié à la ROSP MT a été décidée au décours de celle-ci.
- Ce groupe de travail (GT) s'est réuni le 02/06/2016. Les propositions présentées au GT ont fait l'objet d'un certain nombre de retours.
- Des échanges par mail ou par téléphone sont en cours pour les indicateurs des ROSP des cardiologues et des gastro-entérologues.

Propositions présentées au GT du 02/06/2016 et retours

Base des échanges

- **La CNAMTS** a présenté au GT des propositions d'indicateurs issues des échanges précédents.

- **En séance:**
 - un certain nombre de précisions ont été demandées par les professionnels de santé concernant les indicateurs et la construction des requêtes correspondantes. Les médecins souhaitent notamment que les méthodologies statistiques figurent dans la convention (et pas uniquement sur Ameli);
 - des propositions supplémentaires ont été formulées par les syndicats.

- **Après la séance:**
 - un CR détaillé a été adressé à l'ensemble des participants, accompagné d'une grille de recueil des avis et propositions;
 - un premier document de méthode a également été adressé aux participants.

Propositions CNAMTS du 02/06 - Pathologies chroniques

Sous-thèmes	Indicateurs*
Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année
	<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 âgés de moins de 70 ans et dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7 % (déclaratif)</i>
	<i>Part des patients MT diabétiques et hypertendus dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE en amont de la prescription de statines</i>
	Part des patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans
	Part des patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines
	<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire</i>
	<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année</i>
HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg
	<i>Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu une recherche annuelle de protéinurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire</i>
IC	<i>Part des patients insuffisants cardiaques traités par bêtabloquants et IEC ou ARA 2</i>
Prévention du risque CV	<i>Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2</i>
	<i>Part des patients MT présentant un antécédent cardio-vasculaire (insuffisance cardiaque, maladie coronaire, AVC ou AIT ischémique, AOMI ou pré-diabète) auxquels une activité physique a été prescrite</i>
	<i>Part des patients MT traités par AVK ayant eu au moins 10 dosages de l'INR dans l'année</i>

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

Pathologies chroniques: retours du GT

Libellé proposé	Retour syndicats	Avis CNAMTS
<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques âgés de moins de 70 ans et dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7 %</i>	Prendre en compte les résultats de dosages d'HbA1c < 7,5 % (Revue Prescrire n° 325 de nov.2010)	Recommandations HAS de janvier 2013: 7 % pour la plupart des DT2
<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE en amont de la prescription de statines</i>	Ne pas limiter à SCORE (certains logiciels peuvent ne pas le permettre)	SCORE est un outil européen qui répond aux recommandations (<i>European Guidelines on CVD Prevention</i>) et permet de distinguer le calcul pour les populations à bas ou haut risque CV. Un questionnaire téléphonique des principaux éditeurs est en cours.
<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie</i>	Micro albuminurie des 24h ou sur échantillon. Prendre les 18 mois précédents pour éviter les effets de bord	Code NABM unique (1133) pour la micro albuminurie, utilisable sur échantillon d'urines ou sur urines de 24 heures. Effets de bord « effacés » par la manière dont les objectifs sont fixés (selon distributions observées).
<i>Part des patients insuffisants cardiaques traités par bêtabloquants et IEC ou ARA 2</i>	Faible impact réel et rôle du MT discutable versus prescription cardiologue	OK (avec un seuil de 5 patients, seuls 32.648 MT sont éligibles à cet indicateur)
<i>Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2</i>	Justification douteuse de l'IEC ou ARA2 chez l'artérite non hypertendu	Conforme au guide HAS de mars 2007 (AOMI)
<i>Part des patients MT traités par AVK ayant eu au moins 10 dosages de l'INR dans l'année</i>	Indicateur légitime mais objectif pas très réaliste, il faut réduire le nb exigé => au moins 8	Non conforme aux recommandations ANSM de juillet 2012 (l'INR doit être réalisé au minimum une fois par mois ; plus fréquemment en début de traitement et à chaque fois que l'on peut craindre sa modification).

Pathologies chroniques: autres propositions

Proposition	Avis CNAMTS
Part des patients MT diabétiques ayant bénéficié d'un ECG annuel	A retenir. Cf. BEH du 10/11/2015 (suivi du diabète): " <i>un suivi de cardiologie (consultation cardiologique ou réalisation d'un ECG) n'était effectué que par 35% des personnes diabétiques traitées pharmacologiquement</i> ".
Part des patients MT diabétiques ayant bénéficié d'une épreuve d'effort tous les 3 ans	Le suivi du diabète dispose déjà de beaucoup d'indicateurs: ne paraît pas prioritaire/au précédent.
Examen des pieds annuels avec indice de pression systolique artérielle.	Privilégier l'examen clinique des pieds avec test au monofilament (cf. propositions CNAMTS)
Hypertension artérielle: un ECG/3 ans	Moins prioritaire que dépistage MRC par protéinurie
Evaluation annuelle de la dépression chez les patients prenant un traitement (BZD ou antidépresseur) en continue depuis plus de 3 mois	Pas de recommandations en ce sens. Note de cadrage HAS 2014 pour nouvelles recommandations en cours d'élaboration.
Asthme: spiromètre / EFR annuelle	Recommandations différentes pour asthme et BPCO => on ne peut associer les deux pathologies dans un indicateur [BPCO: fréquence des EFR « adaptée à l'état clinique du patient » (HAS 2014). Pas de recommandations HAS récentes concernant l'asthme de l'adulte (HAS 2004; SLPF: 2007)]. Nouvelles recommandations annoncées pour 2014 mais non parues.

Propositions CNAMTS du 02/06 - Prévention

Sous-thèmes	Indicateurs*
Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière
	Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD <i>ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique)</i> ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés
Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein
	Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années
	<i>Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage CCR a été réalisé au cours des deux dernières années</i>
Iatrogénie	Part des patients MT ayant débuté un traitement par BZD <i>anxiolytiques</i> et d'une durée supérieure à 12 semaines
	Part des patients MT ayant débuté un traitement par BZD <i>hypnotiques</i> et d'une durée supérieure à 4 semaines
	<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant plus de 2 psychotropes prescrits</i>
	<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant au moins une ordonnance dans l'année comprenant plus de 10 molécules différentes</i>
Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD
	<i>Part des patients MT ayant fait l'objet d'un TDR avant traitement d'une angine par antibiothérapie</i>
	<i>Part des patients de plus de 16 ans traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3^è et 4^è génération; fluoroquinolones) .</i>
Conduites addictives	<i>Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier</i>

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

Prévention: retours du GT

Libellé proposé	Retour syndicats	Avis CNAMTS
<i>Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière</i>	Si personne n'atteint l'objectif, c'est que celui-ci n'est pas accessible. A supprimer ou bien réduire considérablement l'objectif	L'objectif correspond à une nécessité d'efficacité de la couverture vaccinale
<i>Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique) ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés</i>	La définition de la cible reste compliquée et peu lisible. Par ailleurs, même remarque que précédent sur item vaccin grippe. Par ailleurs l'intérêt du vaccin n'est pas prouvé dans les asthmes non sévères	L'arrêté du 31 juillet 2013 a étendu les indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge par l'AM du vaccin contre la grippe aux "maladies respiratoires chroniques ne remplissant pas les critères de l'ALD mais susceptibles d'être aggravées ou décompensées par une affection grippale, dont asthme, bronchite chronique, bronchiectasies, hyperréactivité bronchique"
<i>Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein</i>	Objectif moyen inférieur à l'objectif intermédiaire : objectifs à revoir !	L'objectif correspond à une nécessité d'efficacité du dépistage organisé
<i>Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années</i>	Objectif moyen inférieur à l'objectif intermédiaire : objectifs à revoir !	L'objectif correspond à une nécessité d'efficacité du dépistage organisé
<i>Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage CCR a été réalisé au cours des deux dernières années</i>	Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage CCR a été réalisé au cours des trois dernières années	Effets de bord « effacés » par la manière dont les objectifs sont fixés (selon distributions observées)
<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant plus de 2 psychotropes prescrits</i>	Sous réserve d'une définition paritaire de la liste des psychotropes ciblés	OK
<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant au moins une ordonnance dans l'année comprenant plus de 10 molécules différentes</i>	Nécessité de prévoir un objectif suffisamment bas pour tenir compte des quelques patients polyopathologiques	Objectifs fixés selon distributions : protège de ce type d'effets
<i>Part des patients MT ayant fait l'objet d'un TDR avant traitement d'une angine par antibiothérapie</i>	A supprimer. Place des strepto-tests dans la stratégie de traitement des angines ??	OK pour suppression
<i>Part des patients de plus de 16 ans traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3è et 4è génération; fluoroquinolones).</i>	Indicateur possible pour la ROSE enfant => étendre à tous	Pour l'enfant, l'indicateur devra être sensiblement différent car pas d'indication de prescription de fluoroquinolones et place plus importante à accorder aux associations amoxicilline-acide clavulanique. Chez l'enfant, l'indicateur porterait sur les céphalosporines de 3è et 4è génération.
<i>Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève (telle que décrite par la HAS) enregistrée dans le dossier</i>	Il est légitime de traiter alcool et tabac sur le même modèle	Initialement individualisé sur tabac pour pouvoir suivre cette addiction en cohérence avec le PNRT. OK pour 2è indicateur concernant l'alcool

Prévention: autres propositions

Proposition	Avis CNAMTS
Vaccination des filles de 11-19 ans contre le papillomavirus	L'étude CNAMTS- ANSM publiée en 09/2015 montre l'absence d'augmentation du risque global de survenue de maladies auto-immunes. Augmentation du risque de syndrome de Guillain-Barré (1 à 2 cas pour 100 000 filles vaccinées), ne remettant pas en cause la balance bénéfice-risque. Recommandé par le HCSP chez les jeunes filles entre 11 et 14 ans avec un rattrapage limité jusqu'à 19 ans révolus, ce qui pourrait fausser le calcul d'un indicateur à partir des bases de remboursement (données limitées à 3 ans).
Dépistage des IST à Chlamydia trachomatis	Recommandations ANAES 2003 « <i>un dépistage systématique opportuniste des infections uro-génitales à C. trachomatis est justifié dans les populations à risque telles qu'elles ont été identifiées dans les centres de planification et d'éducation familiale, les centres de dépistage anonyme et gratuit, les dispensaires antivénéériens et les centres d'interruption volontaire de grossesse. Avant d'étendre ce dépistage à d'autres structures de soins, il est nécessaire de promouvoir des études pilotes en médecine libérale (généralistes et gynécologues, à l'échelle d'un département par exemple) et en médecine préventive universitaire.</i> ».
Violences conjugales: aborder la sexualité en consultation (outil OMS de communication brève)	Priorisation?
Dysfonction érectile: aborder la sexualité en consultation (outil OMS de communication brève)	Priorisation?

Propositions CNAMTS du 02/06 - Efficience

Sous-thèmes	Indicateurs*
Prescription dans le répertoire	Prescription (en nombre de boîtes) des statines (<i>associées ou non</i>) dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines (<i>associées ou non</i>) prescrites (en nombre de boîtes)
	Prescription (en nombre de boîtes) de <i>certaines classes</i> d'antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits <i>dans ces classes</i> (en nombre de boîtes)
	Prescription (en nombre de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)
	<i>Prescription (en nombre de boîtes) des anti hyperuricémiques dans le répertoire des génériques</i>
	<i>Prescription (en nombre de boîtes) des traitements de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques</i>
	<i>Prescription (en nombre de boîtes) des traitements de l'asthme dans le répertoire des génériques</i>
	<i>Prescription (en nombre de boîtes) des traitements AINS dans le répertoire des génériques</i>
	<i>Indice global de prescription dans le répertoire- IGPR: composante « 8 classes » + composante « autres classes du répertoire ».</i>
Prescription de bio similaires	<i>Prescriptions de bio similaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine</i>
Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires
	<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine</i>
	<i>Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH</i>

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

Efficiency des prescriptions: retours du GT

Libellé proposé	Retour syndicats	Avis CNAMTS
<i>Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)</i>	Inclure Pipram et Pyostacine dans les "permis". Problème du calcul des boites 30/90 ; compter en mois de traitement ?	Antibiotiques: classes peu homogènes. Préoccupation actuelle plutôt en termes de santé publique (antibiorésistance) => classe non retenue.
<i>Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)</i>	Inclure Esidrex dans les "permis"	L'Esidrex® n'est pas inscrit au répertoire (mais moins chers que les autres). Une liste de médicaments « préférentiels » hors répertoire devrait être défini par GT dédié et n'aurait qu'une portée économique restreinte.
<i>Indice global de prescription dans le répertoire-IGPR Deux composantes éventuelles (1 sur quelques classes à potentiel + 1 sur l'ensemble des autres classes, à titre informatif)</i>	Complexe à expliquer et à calculer pour un bénéfice médiocre : à supprimer	Proposition de ciblage sur les 5 classes les plus efficaces (déclinées ligne à ligne) plus une ligne « reste du répertoire »
<i>Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine</i>	Peu de MG concernés, substitution compliquée. A supprimer	59 000 MG prescripteurs d'insuline lente (pour 500 000 patients). Permettrait de « démarrer » sur ce champ.
<i>Prescription (en nombre de boîtes) d'IEC/l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)</i>	A supprimer : peu de bénéfice et des indications parfois légitimes des sartans (toux)	OK pour suppression

Propositions de l'UNCAM

Les propositions de l'UNCAM

- Les indicateurs proposés par l'UNCAM ont été sélectionnés en tenant compte de l'ensemble des échanges et retours intervenus.
- L'UNCAM propose d'augmenter le nombre total d'indicateurs par rapport à la convention de 2011 (31 vs 24). Cet élargissement a néanmoins été limité de façon à ne pas disperser les efforts des professionnels sur un trop grand nombre de sujets.
- Les tableaux ci-dessous reprennent, par volet, les indicateurs proposés.
- Comme dans la précédente convention, pour chaque indicateur, les objectifs cible et intermédiaire seront définis en fonction:
 - soit des distributions observées (objectifs intermédiaire et cible respectivement fixés au 7ème et au 9ème déciles pour un indicateur croissant; au 3ème et au 1er décile pour un indicateur décroissant);
 - soit des objectifs de santé publique, lorsque ceux-ci sont précisés par la littérature (volet prévention notamment).

Les propositions de l'UNCAM

- Augmentation du nombre de points total affectés aux indicateurs de pratique clinique = **960 points** vs 900 actuellement
- Avec la distribution suivante :
 - ✓ pour le suivi des pathologies chroniques, **270 points** vs 250;
 - ✓ pour la prévention, **330 points** vs 250;
 - ✓ pour l'efficacité des prescriptions, **360 points** vs 400
- En recherchant une cohérence d'ensemble dans la valorisation des indicateurs par volet et type d'indicateur.
- Une enveloppe complémentaire de 40 points serait mise en réserve en vue de définir, avec les partenaires conventionnels, un indicateur complémentaire sur l'efficacité des prescriptions/prises en charge (ex. transport, biologie, réinsertion professionnelle, imagerie, etc...), soit d'ici la fin de la négociation, soit à défaut d'ici la fin 2016, pour être applicable dès 2017.

1- Suivi des pathologies chroniques

Thème	Sous-thème	Indicateur*	Nombre de points
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant <i>d'au moins 2 dosages</i> d'HbA1c dans l'année	30
		<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 âgés de moins de 70 ans et dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7 % (déclaratif)</i>	20
		<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre table de scorage?) en amont de la prescription de statines</i>	20
		Part des patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	30
		<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire</i>	30
		<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'un ECG annuel</i>	30
		<i>Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant eu un examen des pieds par le MT ou une consultation de podologie dans l'année</i>	20
	HTA	Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant eu une recherche annuelle de protéinurie et un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	30
	Prévention du risque CV	<i>Part des patients présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2</i>	30
		<i>Part des patients MT traités par AVK ayant eu au moins 10 dosages de l'INR dans l'année</i>	30
Total			270

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

2- Prévention

Thème	Sous-thème	Indicateur*	Nombre de points
Prévention	Grippe	Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	20
		Part des patients MT âgés de 16 à 64 ans en ALD <i>ou présentant une maladie respiratoire chronique (asthme, bronchite chronique, broncheectasies, hyperréactivité bronchique)</i> ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés	20
	Dépistage des cancers	Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	35
		Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	35
		<i>Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage CCR a été réalisé au cours des deux dernières années</i>	50
	Iatrogénie	<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant plus de 2 psychotropes prescrits</i>	35
		<i>Part des patients MT > 75 ans (ou > 65 ans avec ALD) ayant au moins une ordonnance dans l'année comprenant plus de 10 molécules différentes</i>	35
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	35
		<i>Part des patients de plus de 16 ans traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3^e et 4^e génération; fluoroquinolones).</i>	35
	Conduites addictives	<i>Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier</i>	15
		<i>Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève enregistrée dans le dossier</i>	15
	Total		

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

3- Efficience des prescriptions

Thème	Sous-thème	Indicateur*	Nombre de points
Efficience	Prescription dans le répertoire	Prescription (en nombre de boîtes) des statines (<i>associées ou non</i>) dans le répertoire des génériques/l'ensemble des statines (<i>associées ou non</i>) prescrits (en nombre de boîtes)	50
		Prescription (en nombre de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques/l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	45
		<i>Prescription (en nombre de boîtes) des anti hyperuricémiques dans le répertoire des génériques</i>	30
		<i>Prescription (en nombre de boîtes) des traitements de l'incontinence urinaire dans le répertoire des génériques</i>	30
		<i>Prescription (en nombre de boîtes) des traitements de l'asthme dans le répertoire des génériques</i>	30
		<i>Indice global de prescription dans le reste du répertoire- IGPR</i>	10
	<i>Prescription de bio similaires</i>	<i>Prescriptions de bio similaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine</i>	30
	Efficience des prescriptions	Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	45
		<i>Part des patients MT diabétiques de type 2 traités par metformine</i>	45
		<i>Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH</i>	45
Total		360	

*Les nouveaux indicateurs sont libellés en italique

Cardiologie et gastro-entérologie

Indicateurs de cardiologie et de gastro-entérologie

- La mise en place de groupes de travail dédiés n'ayant pas été possible dans les délais contraints avant cette séance, des contacts ont été pris avec les différents syndicats représentatifs afin d'initier des échanges par mail et/ou par téléphone:
 - des échanges téléphoniques sont d'ores et déjà intervenus en matière de cardiologie;
 - une date a été fixée pour des échanges téléphoniques concernant les indicateurs de gastro-entérologie.
- Les objectifs cible et intermédiaire des indicateurs de cardiologie et gastro-entérologie seront également définis en fonction des distributions observées, l'objectif intermédiaire et l'objectif cible étant respectivement fixés au 7^{ème} et au 9^{ème} décile pour un indicateur croissant; au 3^{ème} et au 1^{er} décile pour un indicateur décroissant.

Médecin traitant de l'enfant

Médecin traitant de l'enfant

- La mise en place d'une ROSP pour le médecin traitant de l'enfant semble faire consensus. Le médecin traitant peut être un généraliste, un pédiatre ou un autre spécialiste.
- Cette ROSP porterait sur des indicateurs spécifiques (dispositif ad hoc): la patientèle des « moins de 16 ans » ne sera donc prise en compte que pour ce dispositif.

Quelques thèmes ont d'ores et déjà été identifiés:

- repérage du risque d'obésité chez l'enfant;
 - vaccinations;
 - lutte contre l'antibiorésistance;
 - Prise en charge de l'asthme....
- Le principe de cette ROSP spécifique « médecin traitant de l'enfant » pourrait être acté dans la convention (élaboration des indicateurs avant la fin du 1^{er} trimestre 2017 pour une mise en œuvre simultanée avec les autres indicateurs ROSP).

Déclinaison régionale de la ROSP

- L'article L.162-14-4 CSS créé par la loi de modernisation de notre système de santé prévoit la possibilité, pour les partenaires conventionnels, de mettre en place des contrats types nationaux définissant les modalités d'adaptation régionale d'autres mesures conventionnelles que les mesures démographie, à l'exception des tarifs des actes et des rémunérations de nature forfaitaire.
- Ce texte permet donc aux partenaires conventionnels de définir, s'ils le souhaitent, des modalités d'adaptation de la ROSP (considérée comme une rémunération sur objectifs et non une rémunération forfaitaire proprement dite).
- Une solution serait de permettre une modulation, limitée et encadrée, de la distribution des points affectés à certains volets (ex prévention), en fonction des problématiques de santé spécifiques à une région.
- Si les partenaires conventionnels le décidaient, sa mise en œuvre impliquerait:
 - ✓ la définition d'un contrat type national dans la convention précisant les modulations et leur niveau laissés à l'appréciation des régions ;
 - ✓ la définition dans chaque région d'un contrat type régional comportant les adaptations applicables dans la région ;
 - ✓ La conclusion ensuite, par chaque médecin, d'un contrat conforme au contrat type régional, signé avec l'ARS et la CPAM.

II. Règles de gestion

Groupe technique ROSP du 02/06/2016 – Règles de gestion

Consensus sur les limites du dispositif actuel:

- La règle concernant le seuil minimal requis pour prendre en compte l'indicateur a suscité de nombreuses contestations. En effet, si le seuil n'est pas atteint au 31/12/2011, l'indicateur est figé pour toute la durée de la convention et ne donne lieu à aucune rémunération.
- Les pistes possibles d'évolution évoquées au sein du groupe ont été de :
 - introduire la vérification annuelle de l'atteinte des seuils pour chaque indicateur pour tenir compte des évolutions de la patientèle des médecins,
 - calculer pour chaque indicateur, le taux de départ dès que le seuil est atteint et le maintenir ensuite,
 - mettre à jour l'année de référence des taux de départ (actuellement fixée à 2011)

Propositions de l'UNCAM

Concernant les règles de gestion :

- actualisation de la date de référence pour la détermination des taux de départ au 31/12/2016,
- introduction de la vérification annuelle de l'atteinte des seuils pour chaque indicateur.

Cette vérification annuelle des seuils par indicateur permet aux médecins qui n'atteindraient pas le seuil au 31/12/2016 de se voir définir un taux de départ de l'indicateur dès l'année de l'atteinte des seuils et de le conserver ensuite.

A noter que si le seuil n'est pas atteint une année donnée l'indicateur ne sera alors pas rémunéré.

GT ROSP du 2/06/2016 – Dispositif nouveaux installés

Règles actuelles pour les nouveaux installés

- Une méthode de calcul spécifique aux nouveaux installés est utilisée:
 - taux de départ de l'année N = moyenne de l'année N-1,
 - vérification de l'atteinte des seuils chaque année,
 - prise en compte de la patientèle courante de l'année (et non fidèle),
 - majoration de la valeur des points pour les 3 premières années (15%, 10% puis 5%) uniquement sur le bloc pratique clinique.

- Cependant, lorsque la méthode générale de calcul de la rémunération est plus avantageuse que la méthode spécifique, c'est cette méthode qui s'applique.

- ➔ *Les représentants syndicaux du groupe soutiennent les revendications des jeunes médecins qui proposent une majoration supplémentaire de la valeur des points pour les médecins nouveaux installés*

Propositions de l'UNCAM

Concernant les nouveaux installés :

- définir plus précisément dans la convention la notion de nouvel installé pour éviter de pénaliser certains médecins (ex: collaborateur libéral qui ne constitue pas une patientèle médecin traitant selon le même rythme que les autres médecins installés);
- maintien de la méthode spécifique nouvel installé (cf. supra);
- augmentation de la valorisation de la valeur du point applicable aux nouveaux installés à 20%/15%/5% (actuellement fixée à 15%/10%/5%)

GT ROSP du 02/06/2016 - Evolution du dispositif

Concernant les évolutions du dispositif de la ROSP, les participants au GT ont exprimé:

- leur accord sur le fait que les évolutions du dispositif ne doivent pas être conditionnées à la signature d'avenants conventionnels ;
- leur souhait que les évolutions de la ROSP puissent être décidées au niveau de la CPN (ex: actualisation des indicateurs au regard des évolutions des référentiels etc.) ;
- la nécessité de valider conjointement les méthodes de calcul avec inscription dans la convention des règles retenues (demande que les notes méthodologiques figurent en annexe de la convention).

Dynamique d'actualisation: propositions de l'UNCAM

Mise en place d'une procédure permettant une actualisation dans 3 situations :

- neutralisation des indicateurs devenus « sans objet »
(Ex: indicateurs d'efficience dont l'objectif cible est atteint compte tenu de la généralisation de l'ensemble de la classe thérapeutique);
 - actualisation des paramètres de l'indicateur (définition, seuil, objectifs intermédiaire et cible, nombre de points) ;
 - ajout de nouveaux indicateurs
- ✓ Ces évolutions devraient être effectuées dans le respect de l'équilibre général du dispositif : maintien de l'équilibre entre les volets du bloc clinique pathologies chroniques/prévention/efficience (Ex: en cas de neutralisation d'un indicateur, les points correspondants seraient répartis sur les indicateurs restants du volet au prorata de leur poids respectifs)
- ✓ Ces évolutions feraient l'objet d'une concertation au sein de la CPN puis d'un vote **à la majorité qualifiée** (à définir).
- ✓ Les décisions de la CPN seraient traduites dans une décision du Directeur de l'UNCAM qui serait publiée au JO

Cette procédure implique une modification législative de la compétence des partenaires conventionnels et du Directeur de l'UNCAM dans le cadre de la prochaine LFSS

GT ROSP du 02/06/2016 – Autres demandes exprimées

Demandes complémentaires de MG France (*au-delà des évolutions des indicateurs cliniques et des règles de gestion*) :

- valorisation des indicateurs cliniques de prévention en fonction du taux de patientèle précaire (taux de CMUC dans la patientèle) : proposition faite par l'assurance maladie lors de la séance du 1^{er} juin 2016 d'intégrer cette modulation dans le forfait patientèle;
- valorisation de la fonction de maître de stage au-delà des zones fragiles : l'UNCAM souhaite réserver cette valorisation spécifique aux zones fragiles (cf. séance du 25 mai 2016);
- valorisation de l'implication dans les projets de territoire ex appartenance à une équipe de soins primaires : proposition intégrée dans le forfait structure présentée lors de cette séance;
- mise en place d'indicateurs pour une ROSP médecin traitant de l'enfant : proposition faite dans le cadre de l'actualisation de la ROSP;
- prise en compte du recueil des données sociales des patients dans les dossiers (risque d'inégalité sociale de santé) : à expertiser.