

PAIEMENT SUR OBJECTIFS DE SANTÉ PUBLIQUE : LE PAIEMENT À LA PERFORMANCE POUR LES NULS

JANVIER 2012

La convention médicale signée en juillet 2011 met en place un dispositif facultatif de paiement sur objectifs de santé publique. Chaque médecin choisit les indicateurs qui l'intéressent au regard de sa pratique et reçoit une rémunération correspondant à son niveau de réalisation des objectifs proposés. Ce dispositif permet de rendre visible l'implication quotidienne des médecins libéraux dans la qualité des soins et l'homogénéisation des pratiques.

De quoi s'agit-il ?

Le paiement sur objectifs de santé publique, ou paiement à la performance, est une option conventionnelle à choix individuel valorisant la qualité médicale. Le contenu de cette option est défini nationalement par les partenaires conventionnels, et laissé au libre choix de chacun des médecins, quel que soit le secteur d'exercice. Contrairement au CAPI, aucun module n'est obligatoire, le médecin sera rémunéré pour les indicateurs qu'il a choisis.

Un ensemble d'indicateurs est proposé avec des objectifs déterminés à partir des chiffres atteints par un tiers des médecins, afin qu'ils restent cohérents avec la pratique et accessibles à tous. Le médecin choisi librement le ou les indicateurs qui l'intéressent, et perçoit une rémunération supplémentaire calculée en fonction de son degré d'atteinte de l'objectif. Pour déclencher la rémunération, il lui suffit de retourner le formulaire déclaratif adressé par la caisse chaque année.

Pour qui ?

Le déploiement du paiement sur objectifs de santé publique se déroule en deux temps, dans un premier il concerne les médecins traitants (rémunération moyenne jusqu'à **9 100 €**), mais le volet "organisation du cabinet" (**1 750 €**) s'adresse dès maintenant à toutes les spécialités.

Le dispositif doit être adapté à toutes les spécialités. Dans une première étape, il concernera les cardiologues, puis les endocrinologues, pédiatres et gastro-entérologues, puis progressivement les autres spécialités.

Combien ça rapporte ?

Ce nouveau mode de paiement représente une part significative de la rémunération du médecin. Elle atteint annuellement, **jusqu'à 9 100 €** (sur la base de **800 patients**) pour un médecin traitant s'il atteint les objectifs sur la totalité des indicateurs, et **1 750 €** pour un médecin spécialiste qui, dans un 1er temps, ne sera concerné que par le volet "organisation du cabinet". Le montant de la rémunération varie en fonction des objectifs retenus et concrétisés.

Comment ça marche ?

Le système proposé est une rémunération par points et par objectif.

Les médecins **choisissent librement parmi 4 types d'indicateurs** celui ou ceux qui les intéressent. Chacun de ces objectifs correspond à un total de points et chaque point correspond à un montant de **7 euros**. **La rémunération correspondra au nombre de points totalisés** sur le ou les indicateurs retenus et sera payée au début de l'année n+1 (en pratique en mars 2013). La base de la rémunération est basée sur une patientèle de **800 patients** (en fait la moyenne actuelle est de **1000 patients** par médecin traitant).

La formule de calcul de la rémunération est la suivante :

$$\text{Nombre de points} \times \text{Valeur du point (7 €)} \times \text{nombre de patients}/800 = \text{Rémunération annuelle}$$

Si les objectifs ne sont atteints que partiellement : vous êtes rémunéré aussi.

La rémunération n'est pas seulement liée à l'atteinte totale ou partielle des objectifs, **la progressivité** est également prise en compte. Ainsi, si le médecin parvient à améliorer ses résultats même s'il n'a pas atteint ses objectifs, il percevra une rémunération.

Dans ce cas, le médecin recevra une partie de la rémunération prévue calculée sur la base de sa progression constatée par rapport à un objectif intermédiaire déterminé conventionnellement.

Vous pouvez consulter la liste des objectifs intermédiaires sur le site de la CSMF (www.csmf.org), dans la rubrique "convention 2011".

Si le médecin réalise moins de 50% de l'objectif

→ taux de réalisation = 50% X [niveau constaté – niveau initial / obj.intermédiaire – niveau initial]

Il suffit de rapporter le taux de réalisation obtenu à l'objectif pour calculer le nombre de points acquis et la rémunération qui en découle.

Exemple : fréquence du dosage annuel de l'HB A1c

objectif cible : **65%** - Objectif intermédiaire : **55 %**

au maximum **30 points** pour une rémunération maximale de **210 €**

Si pour un médecin traitant

> **en 2011 : 40%** des patients diabétiques de type 2 ont effectué au moins 3 dosages dans l'année.

> **en 2012 : 50%** de ses patients ont effectué ces mêmes trois dosages

Le calcul est le suivant :

Taux de réalisation = 50% X ((50 – 40) / (55-40)) soit **33 %**

Montant de la rémunération : 30 points X 33% = 10 points X 7 € = **70 €**

Si le médecin réalise plus de 50% de l'objectif

→ taux de réalisation = 50% + 50% X [niveau constaté – obj.intermédiaire / obj.cible - obj.intermédiaire]

Il suffit de rapporter le taux de réalisation obtenu à l'objectif pour calculer le nombre de points acquis et la rémunération qui en découle.

Exemple : fréquence du dosage annuel de l'HB A1c

objectif cible 65% - Objectif intermédiaire : 55 %

au maximum 30 points pour une rémunération maximale de 210 €

Si pour un médecin traitant

> en 2011 : 40% des patients diabétiques de type 2 ont effectué au moins 3 dosages dans l'année.

> en 2012 : 60% de ses patients ont effectué ces mêmes trois dosages

Le calcul est le suivant :

Taux de réalisation = 50% + 50 % X ((60 – 55) / (65-50)) soit 75 %

Montant de la rémunération : 30 points X 75 % = 23 points X 7 € = 161 €

Quels indicateurs ?

Le contenu des indicateurs est négocié nationalement pour l'ensemble des médecins au niveau conventionnel entre les syndicats et les caisses. Les indicateurs sont collectifs, c'est-à-dire les mêmes **pour tous les médecins. Les médecins eux choisissent librement** leur programme selon **le ou les indicateurs dans lesquels ils souhaitent s'investir**. Ce système ne comporte, évidemment, aucune sanction, la non atteinte des objectifs sur un ou plusieurs indicateurs ne bloque pas le paiement acquis sur les autres indicateurs choisis. Chaque module d'indicateur est indépendant des autres.

Quatre types d'indicateurs sont proposés :

1) 9 indicateurs cliniques (250 points) pour 2 pathologies : le diabète de type 2 et l'HTA.

- > 6 indicateurs de suivi : fréquence du dosage de l'HB A1C dans l'année, Fond de l'œil tous les 2 ans, traitement des patients diabétiques à haut risque vasculaire (anti hypertenseurs, statines et aspirine à faible dose)
- > 3 indicateurs de résultats (déclaratifs) : normalisation des chiffres tensionnels, normalisation des chiffres d'HB A1C avec 2 niveaux (< 8,5% et < 7,5%), normalisation du LDL cholestérol chez les diabétiques avec 2 niveaux (< 1,5 et < 1,3).

2) 8 indicateurs de prévention et de santé publique (250 points) : Ces indicateurs portent sur le dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, la vaccination antigrippale, la prescription de vasodilatateurs et des benzodiazépines chez les personnes âgées, le volume de prescription des antibiotiques (hors ALD et âges extrêmes),....

3) 5 indicateurs d'organisation du cabinet (400 points) avec :

- > La tenue d'un dossier médical informatisé (75 points)
- > L'information des patients sur les plages horaires de consultation (50 points),
- > L'utilisation de logiciels d'aides à la prescription certifiés par la HAS (50 points),
- > L'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices (75 points),
- > L'élaboration à partir du dossier informatisé d'une synthèse annuelle par le médecin traitant (150 points*)

Pour chacun de ces 5 indicateurs, le médecin doit tenir à disposition les justificatifs correspondants.

**variable selon le nombre de patients*

Nota : Pour bénéficier de la rémunération sur les objectifs d'organisation, il faut disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins en version 1.40 et atteindre un taux de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins.

4) **7 indicateurs d'efficience (400 points)** : Ils concernent la prescription dans le répertoire générique pour les antibiotiques, les IPP, les statines, les antihypertenseurs et les antidépresseurs, mais aussi la prescription des IEC et Sartans, de même que l'aspirine à faible dose en qualité d'anti agrégant plaquettaire.

Naturellement, pour accompagner les médecins, **des programmes de Développement Professionnel Continu (DPC)** seront mis en œuvre **en adéquation** avec les thèmes retenus dans ce programme.

Le nombre d'indicateurs permet aux médecins de choisir parmi un large éventail. Ceci leur donne plus de liberté et permet à chacun de trouver et retenir les items qui l'intéressent plus particulièrement en fonction de sa pratique, de sa patientèle, de son projet médical ou organisationnel.

Un dispositif déclaratif

Pour déclencher le paiement de la rémunération, le médecin n'a pas de justificatif particulier à fournir aux caisses. Le dispositif est déclaratif. Il suffit au médecin de renseigner le formulaire que lui adresse sa caisse en fin d'année. En cas de contrôle, il devra fournir les justificatifs demandés, notamment ceux concernant les indicateurs d'organisation du cabinet. Seul le médecin-conseil de la caisse est habilité à consulter les informations contenues dans les dossiers médicaux des patients.

La synthèse annuelle pour les médecins traitants

L'élaboration à partir du dossier informatisé, et la mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients est réservée **aux seuls médecins traitants**. Pour 2012, le médecin traitant doit être en mesure d'éditer la synthèse annuelle **avant le 31/12/2012**, pour le suivi médical de ses patients.

La synthèse doit contenir notamment les éléments suivants :

- > Etat civil du patient,
- > Coordonnées du médecin traitant
- > Antécédents personnels utiles (médicaux, chirurgicaux, allergies)
- > Antécédents familiaux utiles
- > Principales constantes (HbA1c, TA, Poids/taille, IMC...)
- > Traitement(s) en cours et pathologie(s)
- > Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année.

Les éditeurs de logiciels médicaux se sont engagés à mettre en place les évolutions nécessaires afin que l'élaboration du volet médical n'entraîne pas de double saisie pour le médecin, et se fasse à partir d'un simple clic.

Comment savoir si on a atteint ses objectifs ?

La mise en œuvre d'un programme de valorisation de la qualité **nécessite des outils de suivi et d'information** permettant de confronter les données des médecins avec celles des caisses. Il suppose également **un suivi conventionnel** avec la mise en œuvre de commissions paritaires locales, régionales et nationales. Naturellement, une évolutivité permanente du contenu de l'option est indispensable sur des bases scientifiques, ce qui nécessite l'implication des sociétés savantes et de la HAS.

L'investissement dans l'équipement informatique et la maintenance qui lui est liée font l'objet d'une prise en charge, première étape de la prise en compte du coût de la pratique pour les actes cliniques

Pour le médecin pas encore informatisé, les informations relatives à sa situation au regard des objectifs seront d'ores et déjà consultables sur le "compte Votre espace Pro" du site Ameli.fr. à la rubrique "vos pratiques". Il sera possible de suivre l'évolution des indicateurs en ligne.

Mais le mieux est bien évidemment que le médecin puisse suivre lui-même en temps réel l'évolution de son profil au regard des indicateurs choisis, et **automatiquement via son logiciel métier**. Les éditeurs de logiciels médicaux travaillent à faire évoluer leurs logiciels afin qu'ils permettent au médecin de disposer de ses propres chiffres et de pouvoir les utiliser face aux caisses en cas de contestation de l'atteinte des objectifs.

A suivre, en page 6

Le volet organisation
du cabinet

Le volet organisation du cabinet

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet sont au nombre de **5**.
4 d'entre eux concernent **tous les médecins**, quelle que soit leur spécialité, **1** indicateur concerne les **seuls médecins traitants**.

1. Conditions de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet

deux conditions sont nécessaires :

- Disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM- vitale (version 1.40).
- Atteindre un taux de télétransmission **supérieur ou égal à 2/3** de l'ensemble des feuilles de soins.

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

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

Nota : si la première FSE est réalisée en décembre 2012, le décompte du taux de FSE ne pourra pas être effectué pour la rémunération versée en 2013. La condition de déclenchement des indicateurs d'organisation ne sera donc pas remplie.

La version du cahier des charges GIE SESAM-Vitale retenue en 2012 est la version 1.40 au minimum addendum 2 bis. Elle est appréciée au 31/12/2012.

2. Les 4 indicateurs concernant tous les médecins quelle que soit leur spécialité

Pour bénéficier de la rémunération de ces indicateurs, le médecin doit déclarer à la caisse d'assurance maladie ou sur Espace Pro le fait qu'il a ou non les équipements adéquats.

Il est nécessaire de garder les justificatifs pour la durée de la convention.

1. Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle

Les données cliniques comprennent à minima les données de suivi cliniques prises en compte dans les indicateurs déclaratifs de pratique clinique (TA, résultat du dosage d'HbA1c et LDL cholestérol).

- a) La rémunération sera complète si le logiciel métier a été installé **avant le 31/12/2011** ou si la date figurant sur le bon de commande est antérieure **au 31/12/2011** et que l'installation est réalisée **avant le 31/12/2012**
- b) La rémunération sera **proratisée** par rapport à la date d'acquisition **après le 01/01/2012**.

2. Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié

Compte tenu de l'offre actuelle restreinte des logiciels certifiés, les modalités de rémunérations diffèrent selon que le professionnel possède déjà un logiciel ou qu'il en fasse l'acquisition, et selon la date de dépôt de la demande de certification de l'éditeur du logiciel. La date de dépôt de la demande sera matérialisée par une procédure d'accusé /réception au niveau de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La date de dépôt de la demande de certification est la date de recevabilité par l'organisme certificateur du dossier. Cette date inclut le délai d'un mois nécessaire à l'organisme certificateur, à partir du dépôt d'un dossier, pour se prononcer sur la recevabilité du dossier de certification. Il s'agit d'un gage pour le médecin que le dossier déposé par l'éditeur du logiciel d'aide à la prescription est robuste.

L'éditeur devra s'engager, au dépôt de son dossier, à être audité dans un délai de 3 mois après le prononcé de recevabilité d'un dossier de certification.

Le professionnel possède un logiciel d'aide à la prescription (LAP) avant le 31/12/2011

1. Le LAP est certifié par la HAS **avant le 31/12/2011** : la rémunération sera **complète**
2. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2011 mais l'éditeur engage une démarche de certification et :
 - a) le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur **avant le 31/03/2012** : la rémunération sera **complète** si la certification est obtenue en 2012.
 - b) le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur **après le 31/03/2012** : la rémunération sera **proratisée** à compter de la date de certification.

Si la certification n'est pas obtenue en 2012 : absence de rémunération.

Le professionnel acquiert un logiciel d'aide à la prescription (LAP) après le 31/12/2011

3. Le LAP est certifié par la HAS **avant le 31/12/2011** : la rémunération sera proratisée à compter de la date d'acquisition du logiciel.
4. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2011 mais l'éditeur engage une démarche de certification et :
 - a) le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur **avant le 31/03/2012** : la rémunération sera **proratisée** à compter de la date d'acquisition si la certification est obtenue en 2012.
 - b) le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur **après le 31/03/2012** : la rémunération sera **proratisée** à compter de la date de certification.

3. Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices

Pour bénéficier de la rémunération, le médecin doit remplir les deux conditions de l'indicateur, informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices. Il peut, pour cela, utiliser deux équipements distincts.

1. La rémunération sera complète si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté **avant le 31/03/2012** aux téléservices (arrêt de travail en ligne, déclaration médecin traitant ou protocole électronique pour 2012).
2. La rémunération sera **proratisée**, si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté aux téléservices **après le 31/03/2012**, sur la date à laquelle il s'est connecté.

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

L'indicateur est déclaratif, les médecins seront interrogés sur **l'affichage ou non des horaires dans leur cabinet**, notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous. A terme ils déclareront leurs horaires à l'assurance maladie pour un affichage sur le site Ameli.

3. L'indicateur réservé au médecin traitant : élaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients

Dans un premier temps, pour 2012, le médecin traitant doit déclaré être en mesure d'éditer une synthèse annuelle **avant le 31/12/2012**, pour le suivi médical de ses patients.

Le contenu de la synthèse médicale comprend notamment :

- Etat civil du patient,
- Coordonnées du médecin traitant
- Antécédents personnels utiles (médicaux, chirurgicaux, allergies)
- Antécédents familiaux utiles
- Principales constantes (HbA1c, TA, Poids/taille, IMC...)
- Traitement(s) en cours et pathologie(s)
- Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année