

FICHE DEMOGRAPHIE

CONTRAT D'AIDE A L'INSTALLATION (CAIM)

OBJET

Apporter une aide financière significative aux médecins dès leur installation en zone fragile pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

BENEFICIAIRES

Médecin de secteur 1 ou adhérent Optam / Optam Co (dispositifs de maîtrise des dépassements) qui s'installe dans la zone fragile ou est installé dans la zone depuis moins d'un an.

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite signé entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en annexe 3 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

Dérogation possible à définir dans le contrat type publié au niveau régional (ARS) :

- possibilité d'adhérer même si au moment de l'installation, le médecin n'exerce pas encore en groupe, ou de manière coordonnée dans le cadre d'une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (EPS) : le médecin dispose alors d'un délai de 2 ans (suivant la signature du contrat) pour remplir cette condition.
- Dérogation s'appliquant, au maximum, à 20% des médecins éligibles de la région.

ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	S'installer dans la zone et y exercer en libéral, pendant une durée de 5 ans, en secteur 1 ou en secteur 2 CAS (<i>OPTAM ou OPTAM-CO à partir de 2017</i>), en groupe, en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou en équipe de soins primaires (EPS) avec signature d'un projet de santé avec l'ARS
	Exercer une activité libérale partielle ou à temps plein (au minimum égale à 2,5 jours par semaine)
	Participer au dispositif de permanence des soins ambulatoires sur le territoire (<i>sauf dérogation accordée par le CDOM</i>)*
Optionnel	Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (attester par la seule production du contrat d'activité libérale conclu avec la structure)

* La participation à la PDSA figurait déjà dans le dispositif précédent. L'objectif est d'inciter les médecins s'installant dans ces zones fragiles et bénéficiant d'une aide à l'installation conséquente, à répondre aux différents besoins de soins sur le territoire y compris en dehors des heures de consultations habituelles. A l'instar du dispositif précédent, cette obligation sera appréciée au cas par cas.

AIDES

	Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et pour 20% des médecins éligibles de la région, définie par le contrat type régional)
Socle	<ul style="list-style-type: none">- 50 000 € si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine- 43 750 € si 3,5 jours d'exercice libéral par semaine- 37 500 € si 3 jours d'exercice libéral par semaine- 31 250 € si 2,5 jours d'exercice libéral par semaine	<ul style="list-style-type: none">- 60 000 € si au moins 4 jours d'exercice libéral par semaine,- 52 500 € si 3,5 jours d'exercice libéral par semaine,- 45 000 € si 3 jours d'exercice libéral par semaine- 37 500 € si 2,5 jours d'exercice libéral par semaine
Optionnel	Engagement d'exercer une partie de son activité libérale en hôpital de proximité majoration de 2 500 €.	

* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Modalités de versement

Aide forfaitaire versée en 2 fois : 50 % à l'installation et 50 % après 1 an

Majoration de 2 500 € versés en 2 fois pour exercice partiel dans un hôpital de proximité : 50 % à l'installation et 50 % après 1 an

En cas de résiliation anticipée du contrat, le médecin est invité à reverser les sommes dues au titre des aides au prorata du temps restant à courir dans le contrat au moment de la résiliation.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CAIM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 3 de la convention médicale de 2016.

DUREE

Contrat de 5 ans (non renouvelable)

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)
- Adhésion possible au COSCOM ou au COTRAM à l'issue d'un CAIM (sous réserves du respect des conditions d'éligibilité)

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP) > zonage à venir,
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > zonage actuellement en vigueur.

FICHE

DEMOGRAPHIE – CONTRAT DE STABILISATION ET DE COORDINATION POUR LES MEDECINS (COSCOM)

OBJET

Encourager les médecins qui s'impliquent :

- dans des démarches de prise en charge coordonnée de leurs patients sur un territoire donné,
- dans l'activité de formation des futurs diplômés au sein des cabinets libéraux pour faciliter à terme leur installation et leur maintien, en exercice libéral, dans ces territoires,
- dans la réalisation d'une partie de leur activité libérale au sein des hôpitaux de proximité.

BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice, déjà installé en zone fragile et impliqué dans une démarche d'exercice coordonné : exercice en groupe ou appartenance à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou à une équipe de soins primaires (ESP)

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Contrat conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par l'ARS) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 5 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	Etre installé dans une zone identifiée par l'ARS comme « fragile »
	Exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou 2) dans la zone
	Exercer en groupe ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou équipe de soins primaires (ESP)
Optionnel	Réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité (<i>attester par la seule production du contrat d'activité libérale conclu avec la structure</i>)*
	Exercer les fonctions de maître de stage universitaire et accueillir en stage des internes ou des externes (<i>attesté par la production de la convention de stage et des notifications des rémunérations reçues à ce titre par le Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche</i>) <u>Dérogation possible ARS</u> : Accueillir des internes réalisant des stages ambulatoires en soins primaires en autonomie supervisée (SASPAS), après appréciation des éventuelles aides financières existant sur le territoire visant à favoriser cette activité de maître de stage

*pas de seuil minimal d'activité requis.

AIDES

	Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et pour 20% des médecins éligibles de la région, définie par le contrat type régional)
Socle	5 000€ / an	6000€ au maximum / an –
Optionnel	Majoration de 1 250€ / an (exercice libéral partiel dans un hôpital de proximité)	Majoration de 1 500€ au maximum / an (exercice libéral partiel dans un hôpital de proximité)
	> Rémunération complémentaire de 300€/mois (fonctions de maître de stage et accueil de stagiaires (ou SASPAS si dérogation ARS) Rémunération proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel	> Rémunération complémentaire de 360 € maximum /mois (fonctions de maître de stage et accueil de stagiaires (ou SASPAS si dérogation ARS) Rémunération proratisée en cas d'accueil d'un stagiaire à temps partiel

* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Spécificités secteur 2

- L'aide est proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

Modalités de versement

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat,
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante.
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au COSCOM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 5 de la convention médicale de 2016.

DUREE

Contrat de 3 ans, renouvelable par tacite reconduction.

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non-cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non-cumulable avec l'Option Démographie (convention de 2011)

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP) > zonage à venir,
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > zonage actuellement en vigueur.

FICHE DEMOGRAPHIE

CONTRAT DE TRANSITION POUR LES MEDECINS (COTRAM)

OBJET

Soutenir les médecins exerçant dans ces zones fragiles préparant leur cessation d'activité et prêts à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice,

- installé dans une zone identifiée par l'ARS comme « fragiles »,
- âgé de 60 ans et plus,
- accueillant au sein de son cabinet, un médecin âgé de moins de 50 ans exerçant en libéral conventionné qui :
 - o s'installe dans la zone,
 - o est installé dans la zone depuis moins d'un an.

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS.

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 4 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENT

Type d'engagement	Engagement
Socle	Accompagner l'installation en libéral d'un confrère de moins de 50 ans dans son cabinet

AIDES

	Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20% et pour 20% des médecins éligibles de la région, définie par le contrat type régional)
Socle	Valorisation de +10 % des honoraires conventionnés (<i>actes cliniques et techniques hors dépassements et rémunérations forfaitaires</i>) Valorisation plafonnée à 20 000 €/an	Valorisation de +20 % des honoraires conventionnés (<i>actes cliniques et techniques hors dépassements et rémunérations forfaitaires</i>) Valorisation plafonnée à 24 000 €/an

* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Spécificité secteurs 2

- aide proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

Modalités de versement des aides :

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile (le cas échéant, au prorata de la date d'adhésion du médecin au contrat au cours de ladite année)
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante

En cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au COTRAM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 4 de la convention médicale de 2016.

DUREE

Contrat de 3 ans pour la préparation d'une cessation d'activité, renouvelable 1 fois

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Non-cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)
- Non-cumulable avec l'Option Démographie (convention de 2011)
- Adhésion possible au COSCOM à l'issue du COTRAM (si décision de poursuite d'activité libérale)

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP) > zonage à venir,
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > zonage actuellement en vigueur.

FICHE DEMOGRAPHIE

CONTRAT DE SOLIDARITE TERRITORIALE MEDECIN (CSTM)

OBJET

Favoriser l'intervention ponctuelle de médecins venant exercer dans les zones identifiées par les ARS comme « fragiles » (*tout type de vacation en zone fragile dès lors que cette dernière est autorisée par le conseil départemental de l'Ordre - contrats éventuels avec un confrère ou une collectivité territoriale, etc...*) afin de répondre aux besoins en offre de soins des patients.

BENEFICIAIRES

Médecin conventionné, toutes spécialités, tous secteurs d'exercice, installé hors d'une zone identifiée par l'ARS comme « fragiles ».

MODALITES D'ADHESION

Contrat tripartite entre le médecin, la caisse et l'ARS

Ce contrat est conforme au contrat type régional arrêté par le DG de l'ARS (*contrat comprenant les différentes adaptations régionales adoptées par les ARS*) sur la base du modèle de contrat figurant en Annexe 6 de la convention médicale de 2016. Le contrat type régional doit donc être publié par l'ARS pour que la souscription à ce contrat puisse intervenir.

ENGAGEMENTS

Type d'engagement	Engagements
Socle	Exercer au minimum dix jours par an, en zones « fragiles » (<i>cette exercice peut s'effectuer dans une ou plusieurs zones « fragiles</i>) et selon différentes modalités possibles, collaboration avec des confrères etc...
	Facturer l'activité réalisée au sein de ces zones, sous le numéro de facturant (numéro AM) attribué spécifiquement pour cette activité.

AIDES

Montant conventionnel	Montant en cas de majoration par l'ARS* (majoration d'un montant maximal de 20%, défini par le contrat type régional)
+ 10 % sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 20 000 €/an).	+ 20% sur les honoraires conventionnés liés à l'activité sur la zone (plafonné à 24 000 €/an).
Prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre en zone fragile (sur la base de la grille de prise en charge des conseillers des caisses d'assurance maladie intervenant dans les instances paritaires conventionnelles)	

* Montant maximum pouvant être défini par le contrat type régional

Spécificités secteurs 2 :

- aide proratisée sur la base du taux d'activité réalisée à tarif opposable (activité sans dépassement d'honoraires) par le médecin.

Modalités de versement :

- montant de l'aide calculé au terme de chaque année civile, le cas échéant, au prorata de date d'adhésion du médecin au contrat,
- versement des sommes intervenant au second trimestre de l'année civile suivante.
- en cas de résiliation anticipée du contrat, le calcul des sommes dues au titre de l'année où la résiliation intervient est effectué au prorata du temps effectif dans le contrat au cours de l'année.

ENTREE EN VIGUEUR

Adhésion possible à compter de la publication par le DG ARS du contrat type régional relatif au CSTM pris sur la base du contrat type national figurant en Annexe 6 de la convention médicale de 2016.

PARTICULARITES

Contrat de 3 ans (renouvelable tacitement)

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES INCITATIVES POUR L'EXERCICE EN ZONE FRAGILE

- Contrat se substituant à l'Option Santé Solidarité Territoriale (convention 2011)
- Non cumulable avec le Contrat d'aide à l'installation (CAIM)
- Non-cumulable avec le Contrat de transition (COTRAM)
- Non-cumulable avec le Contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Les contrats précités étant réservés aux médecins installés dans les zones identifiées par l'ARS comme « fragiles ».

TEXTES ASSOCIES

- zones identifiées par l'ARS comme « fragiles » c'est-à-dire :
 - o caractérisées par une insuffisance de l'offre de soins ou des difficultés dans l'accès aux soins (L. 1434-4 du CSP) > zonage à venir,
 - o ou dans l'attente de la publication des zones suscitées, dans les zones prévues au cinquième alinéa de l'article L.1434-7 du CSP dans sa rédaction antérieure à loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé > zonage actuellement en vigueur.

FICHE

Forfait patientèle médecin traitant

OBJET

Renforcer la valorisation des missions du médecin traitant dans le suivi de sa patientèle, par un nouveau forfait unique : le forfait patientèle médecin traitant (MTF).

Ce forfait :

- créé une rémunération forfaitaire unique,
- remplace les forfaits versés jusqu'à présent aux médecins :
 - o pour le suivi des patients les ayant déclaré comme médecin traitant : RMT (suivi des patients en ALD), RST (suivi des patients en « suivi post ALD »), FMT (suivi des patients hors ALD et hors suivi post ALD) et dans le cadre du suivi des personnes âgées de 80 ans et plus (MPA appliquée sur chaque consultation effectuée auprès de ces patients âgés)*,
 - o la valorisation prévue pour l'établissement du volet de synthèse médicale (précédemment prévue dans la rémunération sur objectifs de santé publique),
- est indexé sur la patientèle du médecin traitant et fonction des caractéristiques de celle-ci en termes d'âge, de pathologies et de précarité.

**Le forfait MPA est maintenu sur les consultations effectuées auprès des patients âgés de 80 et plus lorsque le médecin consulté n'est pas le médecin traitant du patient (applicable aux médecins de secteur 1 et de secteur 2 ayant adhéré aux options pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM et OPTAM CO)).*

BENEFICIAIRES

Médecin traitant :

- Toutes spécialités
- Conventionné en secteur 1 ou en secteur 2 ayant adhéré aux options pratiques tarifaires maîtrisées (OPTAM et OPTAM CO),

AVANTAGES

- Un forfait unique, au titre de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire, regroupant tous les anciens forfaits.
- ➔ Une rémunération simplifiée et plus lisible.

MODALITES DE CALCUL DU FORFAIT

Principe

Le nouveau forfait fonctionne sur le principe d'une valorisation attribuée en fonction des caractéristiques de la patientèle du médecin au regard de la complexité de la prise en charge (*patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant - pas de vérification de la consommation de soins*).

Caractéristique du patient	Valorisation
Enfant de 0 à 6 ans	6 €
Patient de 7 à 79 ans, hors affection de longue durée	5 €
Patient en affection de longue durée	42 €
Personne âgée de 80 ans et plus	42 €
Personne âgée de 80 ans et plus et en affection de longue durée	70 €

Un patient correspondant à plusieurs catégories sera pris en compte dans la situation la plus avantageuse pour le médecin (*ex : patients de moins de 6 ans en ALD > prise en compte comme « Personne en affection de longue durée »*).

➔ Le forfait est calculé selon les caractéristiques de la patientèle observée chaque année au 31 décembre, pour :

- tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant (*pour les moins et les plus de 16 ans*),
- pour l'ensemble des régimes obligatoires (*base PMTIR servant pour le calcul de la ROSP également*).

Majoration

Une majoration est appliquée au montant calculé en fonction de la part des patients CMUC dans la patientèle du médecin.

Si le taux de patients bénéficiaires de la CMUC est supérieur à la part calculée au niveau national (aujourd'hui égale à 7%), une majoration égale à la moitié de la différence entre le taux national et le taux du médecin en pourcentage est appliquée au montant de la rémunération au titre du forfait patientèle médecin traitant. La majoration appliquée est au maximum de 25 %.

Le taux de patients bénéficiaires de la CMUC est calculé sur la patientèle médecin traitant au 31 décembre de l'année au titre de laquelle le forfait est versé.

Exemple :

Un médecin, qui a 15% de sa patientèle bénéficiaire de la CMU-C, voit son forfait patientèle augmenté de 4 %. Pour calculer le taux de majoration, il faut appliquer le calcul suivant :

$15 \text{ (taux observé chez le médecin)} - 7 \text{ (taux de la moyenne nationale)} / 2 = \text{taux de majoration}$

MODALITES DE VERSEMENT

Premier versement au cours du 1^{er} semestre 2018 (système d'avance avec un calcul effectué sur la base de la patientèle arrêtée au 31/12/2017) : ensuite versement chaque trimestre sur la base du calcul provisoire effectué début 2018. Une régularisation intervient ensuite début 2019 de la somme définitive due au titre de 2018 sur la base de la base patientèle au 31/12/2018. Le principe s'applique de même pour les versements au titre de chaque année.

ENTREE EN VIGUEUR

Le forfait patientèle médecin traitant entre en vigueur au **1^{er} janvier 2018**.

➔ **Les dispositifs RMT, RST, FMT et MPA sont maintenus de manière transitoire**, au titre des années 2016 et 2017.

FICHE

FORFAIT STRUCTURE

OBJET

Aider les médecins à investir dans des outils et modes d'organisation facilitant leur pratique et la gestion de leur cabinet au quotidien et développer des démarches d'appui et de services offerts aux patients.

BENEFICIAIRES

Médecins toutes spécialités, tous secteurs d'exercice

ENGAGEMENTS

Ce forfait structure comprend 2 volets d'indicateurs :

- Volet 1 : prérequis pour favoriser la coordination des soins et la prise en charge des patients, à travers l'équipement du cabinet
- Volet 2 : indicateurs permettant une valorisation complémentaire pour les médecins qui mettent en place des services supplémentaires pour leur patientèle

Forfait basé sur un système de points : 250 points pour 2017, 460 points pour 2018 et 660 points pour 2019. La valeur du point est fixée à 7 euros.

	Engagements	Nb points		
		2017	2018	2019
VOLET 1 PRE-REQUIS <i>(doit être atteint pour déclencher le volet 2)</i>	Indicateur 1 : Disposer d'un logiciel métier avec logiciel d'aide à la prescription (LAP) certifié par la HAS, compatible DMP ¹	175	230	280
	Indicateur 2 : utiliser une messagerie sécurisée de santé			
	Indicateur 3 : disposer d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale intégrant les avenants publiés sur le site du GIE SESAM-Vitale au 31/12 de l'année N-1 par rapport à l'année de référence pour le calcul de la rémunération			
	Indicateur 4 : taux de télétransmission \geq à 2/3			
	Indicateur 5 : affichage des horaires d'ouverture du cabinet dans annuaire santé			

¹ Le LAP certifié n'est pas exigé pour les médecins exerçant une spécialité ne disposant pas d'une telle offre de logiciels

VOLET 2 <i>(uniquement si volet 1 atteint ; chaque indicateur est indépendant des autres)</i>	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	20	60	90
	Indicateur 2 : capacité à coder certaines données (pouvoir éditer des listes anonymisées attestant la capacité à requêter sur des données médicales codées, par exemple liste anonymisée des patients diabétiques)	10	20	50
	Indicateur 3 : document attestant d'un engagement à une prise en charge coordonnée des patients (participation à une équipe de soins primaires, communauté professionnelle territoriale de santé, à des réunions de concertation pluridisciplinaire...)	15	40	60
	Indicateur 4 : attester d'un investissement pour de nouveaux services aux patients : temps d'un personnel dédié ou recours à un prestataire externe (ex : prise de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale...)	20	80	130
	Indicateur 5 : encadrement des jeunes étudiants en médecine (attestation de stage)	10	30	50
	Total volet 2	75	230	380
Total forfait structure		250	460	660

Tous les indicateurs du volet 1 doivent être atteints pour percevoir la rémunération correspondante et déclencher les indicateurs du volet 2.

Les indicateurs du volet 2 sont indépendants les uns des autres.

MODALITES DE RECUEIL DES INDICATEURS

➤ VOLET 1

Ces indicateurs vont faire l'objet d'un recueil automatisé.

➤ VOLET 2

Ces indicateurs sont calculés dès lors que l'ensemble des indicateurs du volet 1 sont atteints. Les indicateurs du volet 2 sont indépendants les uns des autres.

- indicateur 1 : des objectifs croissants de dématérialisation sont définis par téléservice.

	Objectifs			
	Année 2017	Année 2018	Année 2019	Année 2020
Avis d'Arrêt de Travail en ligne (AAT)	30%	40%	50%	60%
Certificat Médical ATMP (CM ATMP)	10%	14%	17%	20%
Protocole de Soins Electronique (PSE)	40%	50%	60%	70%
Déclaration Médecin Traitant (DMT)	77%	80%	85%	90%

Le calcul de cet indicateur sera réalisé automatiquement sur la base des données du Régime Général. Chacun des téléservices est indépendant et représente un quart de l'indicateur.

- Les indicateurs 2, 3, 4 et 5 sont déclaratifs : chaque médecin devra produire les justificatifs permettant d'attester la réalisation de chaque indicateur.

	Indicateur	Exemples de justificatifs
VOLET 2	Indicateur 1 : taux de dématérialisation à atteindre sur un bouquet de téléservices	Indicateur calculé automatiquement
	Indicateur 2 : capacité à coder certaines données pour produire ou alimenter des registres de patients	Transmission de résultats de requêtes anonymisées pour la production ou l'alimentation de registres
	Indicateur 3 : valoriser la démarche de prise en charge coordonnée : participation à une équipe de soins primaires (ESP), une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS), à des réunions de concertation pluridisciplinaire (au moins 4 par an).	Fourniture de tout justificatif pouvant attester cette implication (projet de santé de l'ESP ou de la CPTS, attestations de participation aux réunions pluridisciplinaire)
	Indicateur 4 : amélioration des services offerts aux patients (prise en charge de rendez-vous avec le médecin correspondant, accompagnement des parcours complexes, organisation de la prise en charge médico-sociale,...)	Contrat de travail indiquant les fonctions de coordination du personnel du cabinet ; attestation de recours à des structures d'appui (types plateforme d'appui) etc.
	Indicateur 5 : valoriser l'encadrement des jeunes étudiants en médecine	Transmission d'attestations ou conventions de stages

Des informations complémentaires sur les justificatifs requis et leurs modalités de recueil seront précisées ultérieurement.

Le taux d'atteinte des indicateurs sera apprécié au 31/12 de chaque année (donc 1^{ère} observation au 31/12/2017).

AVANTAGES

Rémunération forfaitaire annuelle calculée en fonction du niveau d'atteinte des différents indicateurs.

ENTREE EN VIGUEUR

1^{er} janvier 2017 pour un premier paiement au 1^{er} semestre 2018.

LIEN AVEC D'AUTRES MESURES

Le forfait structure reprend pour partie les indicateurs du bloc organisation du cabinet intégré à la rémunération sur objectifs de santé publique dans la convention 2011.

FICHE

PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE– OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE (OPTAM)

OBJET

L'OPTAM remplace le contrat d'accès aux soins avec le même objectif de valoriser les médecins qui s'engagent dans une dynamique de maîtrise de leurs dépassements d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins.

LES NOUVEAUTES PAR RAPPORT AU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

- Une option plus souple : durée d'un an renouvelable tacitement avec une possibilité de sortie à tout moment (et non plus uniquement à date anniversaire)
- Un paiement plus rapide (dès l'année suivante) avec une prime calculée au prorata de l'activité réalisée aux tarifs opposables (sans dépassement)
- Une rémunération progressive selon l'atteinte des objectifs
- Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires au bénéfice du patient (meilleur remboursement) et du médecin.
- Des engagements définis à partir de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015
- Des engagements définis en prenant en compte l'activité libérale à tarif opposable réalisée dans les structures de type ESPIC,
- La possibilité, pour les médecins qui le souhaitent, d'avoir des engagements définis au niveau du groupe pour les médecins qui pratiquent les mêmes tarifs (avec toujours maintien d'un contrat et d'un suivi des engagements individuel).
- Une option spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAM-CO) avec une rémunération spécifique (rémunération par le modificateur K porté de 11,5% à 20%) qui permet de bénéficier de tarifs majorés sur les actes techniques lourds à l'instar des médecins de secteur 1.

BENEFICIAIRES

Médecin (toutes spécialités) exerçant :

- en secteur 2 (secteur à honoraires différents),
- en secteur 1 DP (titulaire du droit à dépassement permanent),
- et par dérogation en secteur 1 (secteur à honoraires opposables) remplissant les conditions cumulatives suivantes¹ :
 - être titulaire des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant l'accès au secteur 2²,
 - installé avant le 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.

¹ Les médecins de secteur 1 adhérents du contrat d'accès aux soins sont autorisés à souscrire à l'OPTAM.

² Les médecins présentant un titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec, relèvent de la procédure d'équivalence des titres prévue à l'article 38-1 de la convention. Ces demandes sont examinées par la CNAMTS.

MODALITES D'ADHESION

Pour les médecins déjà adhérents du contrat d'accès aux soins (CAS)

- Adhésion à l'OPTAM par la signature d'un avenant au CAS proposé par la caisse au médecin (modèle en Annexe 18 de la convention).
- La nouvelle option va prendre la suite du CAS (à compter du 1^{er} janvier 2017) sans aucune interruption.

Pour les médecins non adhérents du contrat d'accès aux soins :

- Signature de l'OPTAM entre le médecin et sa caisse (modèle en Annexe 18 de la convention).

ENGAGEMENTS

- Respecter le taux de dépassement moyen ainsi que le taux d'activité à tarif opposable définis au regard de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015 (*taux recalculés en appliquant les tarifs applicables au secteur 1*).

Modalités de fixation des engagements selon la situation du médecin

Situation du médecin	Modalités de fixation des engagements
Médecin de secteur 2 ou 1 DP installé avant le 1^{er} janvier 2015	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015*). <i>* ou uniquement les années complètes si le médecin s'est installé en 2013 ou 2014.</i>
Nouvel installé (à partir du 1^{er} janvier 2015)	Engagement du médecin fixé sur la base de la moyenne des taux de dépassement et d'activité à tarif opposable recalculés observée chez les médecins de la même spécialité et de la même région (nouveau découpage régionale) sur les 2013, 2014 et 2015.
Médecin exerçant la même spécialité au sein d'un groupe ou d'une structure	Possibilité pour les médecins de demander la fixation de leurs engagements sur la base de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins de la même spécialité exerçant au sein du groupe ou de la structure sur la période de référence (2013, 2014 et 2015). <i>Chaque médecin adhère toujours individuellement à l'option et le suivi du respect des engagements est individuel.</i>
Médecin ayant une activité mixte	Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet libéral et une activité libérale au sein d'une structure dont le financement inclut leur rémunération (type ESPIC), les engagements sont fixés en tenant compte de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral et au sein des structures sur les années 2013, 2014 et 2015 ² .
Dérogation : Médecin de secteur 1 titré et installé en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015) ¹ . <i>Le taux fixé pour la part d'activité à tarif opposable ne peut être inférieur à 30 %.</i>

¹ Pour les spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie, application des moyennes nationales (compte tenu des faibles effectifs de ces spécialités).

² Pour permettre cette prise en compte, le médecin fournira des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin sur la période de référence (2013, 2014, 2015).

Modification des engagements en cas de revalorisation des tarifs de remboursement

Les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à la signature d'un avenant à l'option soumis au médecin et comportant des taux d'engagement recalculés en fonction des nouveaux tarifs.

Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires entre le patient et le médecin est mis en place. Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que :

- le patient bénéficie d'une amélioration de la prise en charge des soins, grâce à la hausse des tarifs de remboursement,
- le médecin conserve une certaine latitude dans la fixation de ces tarifs, tout en réduisant son taux de dépassement.

Suivi des engagements

- Suivi trimestriel :

- o Information chaque trimestre sur Espace Pro sur la pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part d'activité réalisée à tarif opposable, montant des honoraires sans dépassements, montant des dépassements
- o En cas de non-respect durant 2 trimestres consécutifs, envoi d'un courrier d'information ou d'avertissement selon le niveau des écarts constatés par rapport aux engagements contractuels.

- Suivi annuel :

Vérification annuelle du respect des engagements sur la base des données tarifaires de l'année écoulée (suivi en année civile) et information du médecin sur sa situation.

AVANTAGES

Type d'avantages	Description
Accès aux tarifs applicables aux médecins de secteur 1	Le médecin bénéficie de la grille tarifaire des médecins de secteur 1 : <ul style="list-style-type: none">- majorations de la nomenclature,- majorations conventionnelles,- tarifs de la CCAM applicables aux médecins de secteur 1 (<i>hors modificateur K dont la valeur reste fixée à 11,5 % pour les chirurgiens et obstétriciens adhérant à l'OPTAM et non à l'OPTAM CO</i>).
Amélioration du remboursement des patients	Les soins réalisés par le médecin ayant adhéré à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1.
Prime³ calculée au prorata de l'activité réalisée à tarif opposable. (<i>hors adhérent de secteur 1 titrés lesquels bénéficient en tant que secteur 1 de la participation à la prise en charge des cotisations sociales</i>)	Cette prime est calculée avec : <ul style="list-style-type: none">- un taux par spécialité fixé dans la convention (cf. tableau ci-dessous)- appliqué sur les honoraires réalisés aux tarifs opposables (avec prise en compte de l'activité en ESPIC pour les médecins ayant une activité mixte*) Cette prime est progressive en fonction du niveau d'atteinte des objectifs : <ul style="list-style-type: none">- respect strict : paiement à 100 %,- écart de 1 à 2 points entre objectif et taux constaté calculé uniquement sur le ou les taux d'engagement non atteints : paiement à 90 %,- écart de 2 à 3 points : paiement à 70%,- écart de 3 à 4 points : paiement à 50%,- écart de 4 à 5 points : paiement à 30%,- écart supérieur à 5 points : pas de versement. Versement de la prime au moment de la vérification du respect des engagements sur l'année civile écoulée (en juillet N+1 pour au titre de l'année N).

³ Attention : cette prime n'est pas applicable aux médecins de secteur 1 titrés adhérant à l'OPTAM (en effet en tant que secteur 1 ils bénéficient déjà de la prise en charge de leurs cotisations sociales)

* Afin de permettre cette prise en compte, transmission par le médecin des documents émanant des structures précisant le nombre d'actes réalisés, et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués au cours de l'année considérée.

Taux par spécialité fixés dans la convention médicale (Annexe 19) appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables pour le calcul de la rémunération spécifique :

Spécialité	Taux moyen appliqué aux honoraires réalisés aux tarifs opposables		
ACP	4,7%	mixtes	
Anesthésistes	7,0%	Internistes	7,6%
Cardiologues	7,0%	MPR	7,9%
Chirurgiens*	7,2%	Médecins nucléaires	3,3%
Dermatologues	8,3%	Néphrologues	4,6%
Endocrinologues	8,8%	Neurologues	7,8%
Gastro-entérologues	7,1%	ORL	7,4%
Généralistes	8,6%	Ophtalmologues	5,7%
MEP	8,4%	Pneumologues	7,4%
Gynécologues-médicaux	7,5%	Psychiatres-neuro-psychiatres	8,6%
Gynécologues-obstétriciens et	7,1%	Pédiatres	8,7%
		Radiodiagnostic et imagerie médicale	4,6%
		Radiothérapeutes	2,8%
		Rhumatologues	7,5%
		Stomatologues	8,0%

*Chirurgiens : Chirurgie générale, Neurochirurgie, Chirurgie urologique, Chirurgie orthopédique et traumatologie, Chirurgie infantile, Chirurgie maxillo-faciale, Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire, Chirurgie vasculaire, Chirurgie viscérale et digestive

ENTREE EN VIGUEUR

L'OPTAM est mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2017.

DUREE

- Option d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- Possibilité pour le médecin de résilier à tout moment son adhésion (par LRAR).

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES DE MAITRISE DES PRATIQUES TARIFAIRES

- Non-cumulable avec l'Option pratique tarifaire maitrisée chirurgie obstétrique (OPTAM-CO).

FICHE

PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE – OPTION PRATIQUE TARIFAIRE MAITRISEE CHIRURGIE OBSTETRIQUE (OPTAM-CO)

OBJET

L'OPTAM-CO remplace le contrat d'accès aux soins avec l'objectif de valoriser les chirurgiens et gynécologues obstétriciens qui s'engagent dans une dynamique de maîtrise de leur dépassement d'honoraires afin de favoriser l'accès aux soins.

LES NOUVEAUTES PAR RAPPORT AU CONTRAT D'ACCES AUX SOINS

- Une option spécifique pour les chirurgiens et obstétriciens (OPTAM-CO) avec une rémunération spécifique (modificateur K porté de 11,5% à 20%) qui permet de bénéficier de tarifs majorés sur les actes techniques lourds à l'instar des médecins de secteur 1.
- Une option plus souple : durée d'un an renouvelable tacitement avec une possibilité de sortie à tout moment (et non plus uniquement à date anniversaire).
- Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires au bénéfice du patient (meilleur remboursement) et du médecin.
- Des engagements définis à partir de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015
- Des engagements définis en prenant en compte l'activité libérale à tarif opposable réalisée dans les structures de type ESPIC,
- La possibilité, pour les médecins qui le souhaitent, d'avoir des engagements définis au niveau du groupe pour les médecins qui pratiquent les mêmes tarifs (avec toujours maintien d'un contrat et d'un suivi des engagements individuel).

BENEFICIAIRES

Médecin libéral

- conventionné :
 - o en secteur 2 (secteur à honoraires différents),
 - o en secteur 1 DP (titulaire du droit à dépassement permanent),
 - o et par dérogation en secteur 1 (secteur à honoraires opposables) remplissant les conditions cumulatives suivantes¹ :
 - être titulaire des titres visés à l'article 38.1 de la convention médicale permettant l'accès au secteur 2²,
 - installé avant le 1^{er} janvier 2013 en secteur à honoraires opposables.
- exerçant une spécialité chirurgicale ou une spécialité de gynécologie-obstétrique :
 - o ayant réalisé au moins 50 actes inscrits sous l'appellation « acte de chirurgie » ou « acte d'obstétrique » (dans la liste des actes définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale-CCAM) l'année précédant leur demande d'adhésion à l'option*.

**Ce seuil de 50 actes ne pouvant s'appliquer aux nouveaux installés dans les spécialités de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, ils ont le choix d'adhérer à l'OPTAM ou l'OPTAM C.*

¹ Les médecins de secteur 1 adhérents du contrat d'accès aux soins sont autorisés à souscrire à l'OPTAM-CO

² Les médecins présentant un titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec, relèvent de la procédure d'équivalence des titres prévue à l'article 38-1 de la convention. Ces demandes sont examinées par la CNAMTS.

MODALITES D'ADHESION

Pour les médecins déjà adhérents du contrat d'accès aux soins (CAS)

- Adhésion à l'OPTAM par la signature d'un avenant au CAS proposé par la caisse au médecin (modèle en Annexe 18 de la convention).
- La nouvelle option va prendre la suite du CAS sans aucune interruption.

Pour les médecins non adhérents du contrat d'accès aux soins :

- Signature de l'OPTAM entre le médecin et sa caisse (modèle en Annexe 18 de la convention).

ENGAGEMENTS

- Respecter le taux de dépassement moyen ainsi que le taux d'activité à tarif opposable définis au regard de la pratique tarifaire observée sur les années 2013, 2014 et 2015 (*taux recalculés en appliquant les tarifs applicables au secteur 1*).
- **Modalités de fixation des engagements selon la situation du médecin**

Situation du médecin	Modalités de fixation des engagements
Médecin de secteur 2 ou 1 DP installé avant le 1^{er} janvier 2015	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015*). <i>* ou uniquement les années complètes si le médecin s'est installé en 2013 ou 2014.</i>
Nouvel installé (à partir du 1^{er} janvier 2015)	Engagement du médecin fixé sur la base de la moyenne des taux de dépassement et d'activité à tarif opposable recalculés, observée chez les médecins de la même spécialité et de la même région (nouveau découpage régional) sur les 2013, 2014 et 2015.
Médecins exerçant la même spécialité au sein d'un groupe ou d'une structure	Possibilité pour les médecins de demander la fixation de leurs engagements sur la base de la moyenne des taux de l'ensemble des médecins de la même spécialité exerçant au sein du groupe ou de la structure sur la période de référence (2013, 2014 et 2015). <i>Chaque médecin adhère toujours individuellement à l'option et le suivi du respect des engagements est individuel.</i>
Médecin ayant une activité mixte	Pour les médecins ayant une activité mixte en cabinet libéral et une activité libérale au sein d'une structure dont le financement inclut la rémunération des médecins (type ESPIC), les engagements sont fixés en tenant compte de l'activité réalisée en cabinet de ville libéral et au sein des structures sur les années 2013, 2014 et 2015 ³ .
Dérogation : Médecin de secteur 1 titré et installé en secteur 1 avant le 1^{er} janvier 2013	Engagement du médecin fixé sur la base du taux de dépassement recalculé et du taux d'activité à tarifs opposables recalculé observés sur la période de référence (2013, 2014 et 2015) ⁴ . <i>Le taux fixé pour la part d'activité à tarif opposable ne peut être inférieur à 30 %.</i>

³ Pour permettre cette prise en compte, le médecin fournit des documents émanant des structures dans lesquelles il exerce précisant le nombre d'actes réalisés, et le montant des honoraires réalisés à tarif opposable effectués par le médecin sur la période de référence (2013, 2014, 2015).

⁴ Pour les spécialités d'anatomo-cytopathologie, de gériatrie, de médecine interne, de néphrologie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de chirurgie cardio-vasculaire et thoracique, de chirurgie infantile et de neurochirurgie, application des moyennes nationales (compte tenu des effectifs plus faibles de ces spécialités).

Modification des engagements en cas de hausse des tarifs de remboursement

Les hausses des tarifs de remboursement donnent lieu à la signature d'un avenant à l'option soumis au médecin et comportant des taux d'engagement recalculés en fonction des nouveaux tarifs.

Un partage égal des effets des revalorisations tarifaires entre le patient et le médecin est mis en place.

Ces nouveaux taux d'engagement sont fixés de manière à ce que :

- le patient bénéficie d'une amélioration de la prise en charge des soins, grâce à la hausse des tarifs de remboursement
- le médecin puisse conserver une certaine latitude dans la fixation de ces tarifs tout en diminuant son taux de dépassement.

Suivi des engagements

- **Suivi trimestriel :**
 - o Information chaque trimestre sur Espace Pro sur le suivi de la pratique tarifaire : taux de dépassement constaté, part d'activité réalisée à tarif opposable, montant des honoraires sans dépassements, montant des dépassements
 - o En cas de non-respect sur 2 trimestres consécutifs, envoi d'un courrier d'information ou d'avertissement selon le niveau des écarts constatés par rapport aux engagements contractuels.
- **Suivi annuel :**

Vérification annuelle du respect des engagements sur la base des données tarifaires de l'année écoulée (suivi en année civile) et information du médecin sur sa situation.

AVANTAGES

Type d'avantages	Précision
Accès aux tarifs applicables aux médecins de secteur 1	Le médecin adhérent bénéficie de la grille tarifaire des médecins de secteur 1 : <ul style="list-style-type: none">- majorations de la nomenclature,- majorations conventionnelles,- tarifs de la CCAM applicables aux médecins de secteur 1,- pour les chirurgiens et gynécologues obstétriciens : modificateur « K » fixé à 20 % applicable aux actes de chirurgie et d'accouchements dans les conditions définies à la CCAM à compter du 15 juin 2017 (<i>le modificateur a une valeur fixé à 11,5% jusqu'à cette date</i>).
Amélioration du remboursement des patients	Les soins réalisés par le médecin ayant adhéré à l'option bénéficient des tarifs de remboursement identiques aux tarifs en vigueur dans le secteur 1.

ENTREE EN VIGUEUR

L'OPTAM-CO est mise en œuvre à compter du 1^{er} janvier 2017.

DUREE

- Option d'une durée d'un an renouvelable par tacite reconduction.
- Possibilité pour le médecin de résilier à tout moment son adhésion (par LRAR).

LIEN AVEC LES AUTRES MESURES DE MAITRISE DES PRATIQUES TARIFAIRES

- Non-cumulable avec l'Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM).

FICHE

PROCEDURE D'ACCES AU SECTEUR A HONORAIRES DIFFERENTS

OBJET

Les articles 38 et suivants de la convention médicale organisent l'accès au secteur à honoraires différents dit « secteur 2 ». Les médecins titulaires de cette autorisation disposent du droit de pratiquer des honoraires différents (dit « Secteur 2 »).

Les conditions d'accès au secteur 2 n'ont pas été modifiées avec cette nouvelle convention médicale.

Toutefois, la liste des titres permettant l'accès au secteur 2 a été actualisée afin de tenir compte des évolutions réglementaires :

- le titre d'ancien chef de clinique des universités - ancien chef de clinique des universités de médecine générale a été ajouté à la liste initiale pour permettre une équité de traitement entre les différentes spécialistes médicales,
- les médecins possédant un titre acquis au sein d'un établissement hospitalier Québécois ou relevant d'une collectivité d'Outre-Mer ont été ajoutés à la liste des médecins pouvant bénéficier de la procédure d'équivalence des titres.

MEDECIN ELIGIBLES

Peuvent demander à être autorisés à pratiquer des honoraires différents les médecins qui (conditions cumulatives) :

1- s'installent pour la première fois en exercice libéral **dans le cadre de la spécialité médicale qu'ils souhaitent exercer ;**

2- sont titulaires du titre suivant :

- | | | |
|---|---|------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ un des titres visés à l'article 38-1 de la convention (liste strictement limitative inscrite dans la convention et reprise dans le tableau ci-après) : procédure automatique cf. ci-dessous. | } | Procédure automatique |
| <ul style="list-style-type: none">▪ un titre acquis dans un établissement de santé privé d'intérêt collectif – ESPIC - (anciennement PSPH) ou dans les établissements relevant d'une collectivité d'outre-mer,▪ un titre acquis dans un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne (inclus les titres acquis au sein de la Confédération helvétique ou en Suisse),▪ un titre acquis au sein d'un établissement hospitalier Québécois, afin de tenir compte de l'arrangement Franco-Québécois du 25 novembre 2011 en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles des médecins. | } | Procédure d'équivalence des titres |

➔ **A noter** : par dérogation, la convention prévoit que l'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement public de santé pour les praticiens hospitaliers n'est pas assimilé à une première installation en libéral au sens de la convention.

ACCES AU SECTEUR A HONORAIRES DIFFERENTS

➤ ACCES AUTOMATIQUE AU SECTEUR A HONORAIRES DIFFERENTS

Lorsque le médecin présente un titre acquis en établissement public, la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin examine les justificatifs présentés par le médecin et fait droit ou non à sa demande. Si le médecin dispose de l'un des titres publics (acquis en établissement public ou au sein de la faculté libre de Lille) énumérés à l'article 38-1 de la convention (cf. tableau ci-après), l'accès au secteur à honoraires différents lui est attribué automatiquement. Cette analyse relève, exclusivement de la compétence des caisses.

Il convient de noter que désormais, le titre d'ancien chef de clinique des universités de médecine générale dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 permet d'accéder également automatiquement au secteur à honoraires différents. Cette fonction a été créée afin de permettre aux titulaires d'un diplôme d'études spécialisée de médecine générale de débiter une filière universitaire comme toutes les autres spécialités médicale. A l'issue de leur internat les titulaires d'un DES en médecine générale ont dorénavant la possibilité de poursuivre un clinicat en tant que chef de clinique des universités de médecine générale.

Aux termes de l'article 33 du décret n° 2008-744 du 28 juillet 2008, les chefs de clinique des universités de médecine générale sont nommés pour une période de deux ans avec possibilité de deux renouvellements d'une année chacun. La durée de ces fonctions ne peut en aucun cas excéder quatre ans dans une ou plusieurs universités. Des instructions complémentaires seront diffusées ultérieurement sur l'instruction des demandes d'accès au secteur 2 de ces médecins issus de cette filière.

➤ ACCES AU SECTEUR A HONORAIRES DIFFERENTS PAR EQUIVALENCE DES TITRES

Dans la mesure où les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) ne délivrent pas formellement des titres publics et que chaque pays dispose de son propre système hospitalier, la procédure d'équivalence des titres a pour but de déterminer si le parcours d'un médecin dans un établissement ESPIC ou acquis au sein de l'Union européenne, d'une collectivité d'Outre-Mer ou au Québec peut être considéré comme équivalent à l'un des parcours hospitaliers français permettant l'acquisition d'un des titres publics mentionnés à l'article 38-1 de la convention.

La procédure d'équivalence des titres vise également les médecins de secteur 1 installés avant le 1^{er} janvier 2013 et qui souhaitent souscrire à l'OPTAM ou l'OPTAM-CO lorsque ces médecins présentent un titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec.

TITRES EXIGES POUR ACCEDER AU SECTEUR A HONORAIRES DIFFERENTS

Les titres visés à l'article 38-1 de la convention permettent d'accéder automatiquement au secteur 2.

Lorsque le médecin n'est pas en mesure de présenter l'un des titres exigés, l'équivalence du titre qu'il possède est recherchée avec les titres suivants :

Titre exigé par la convention 2016 (art.38-1)	Fonction occupée pour le titre	Durée exigée pour l'accès au secteur 2	Pièce à demander au médecin	A noter
Ancien assistant des hôpitaux (AH) dont le statut est régi par les articles R. 6152-501 et suivants du code de la santé publique	Assistant généraliste des hôpitaux ou Assistant spécialiste des hôpitaux	2 ans de fonctions effectives Les fonctions peuvent ne pas avoir été exercées sur le même site (cas des assistants spécialistes partagés).	Attestation de fonction	Les fonctions d'assistant associé sont différentes des fonctions d'assistant des hôpitaux.
Ancien chef de clinique des universités - assistant des hôpitaux (CAHA) dont le statut relève du décret n° 84-135 du 24 février 1984	Chef de clinique des universités	2 ans de fonctions effectives	Décision de nomination Attestation de fonction	Les fonctions de chef de clinique associé ne peuvent être prises en compte pour l'obtention du titre d'ancien chef de clinique.
Ancien chef de clinique des universités -ancien chef de clinique des universités de médecine générale (CCU MG) dont le statut relève du décret n°2008-744 du 28 juillet 2008 (nouveau)	Chef de clinique des universités de médecine générale	2 ans de fonctions effectives	Attestation de fonction	Le CCU-MG s'organise autour de 4 activités : le soin (activité libérale), l'enseignement, la recherche (activité salariée) et la formation (activité personnelle).
Médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées dont le titre relève du décret n°2004-538 du 14 juin 2004	Médecin ou chirurgien des hôpitaux des armées ayant le niveau de qualification de <u>praticien certifié</u> (c'est-à-dire titulaires d'un diplôme de spécialité) Assistant des hôpitaux des armées	Dès la nomination (réussite au concours)	Décret portant sur l'attribution du titre de praticien certifié en qualification hospitalière à des praticiens des armées (publication Journal Officiel)	

Titre exigé par la convention 2016 (art.38-1)	Fonction occupée pour le titre	Durée exigée pour l'accès au secteur 2	Pièce à demander au médecin	A noter
Praticien hospitalier nommé à titre permanent (PH) dont le statut relève des articles R. 6152-1 et suivants du code de la santé publique	Praticien hospitalier nommé à titre permanent par arrêté du directeur général du centre de gestion des praticiens hospitaliers (avant 2008 par le ministre chargé de la santé).	2 ans de fonctions effectives Les candidats issus de ce concours national sont nommés pour une période probatoire d'un an d'exercice effectif des fonctions (ou deux ans), à l'issue de laquelle ils peuvent être nommés à titre permanent (articles R. 6152-13 CSP).	Procès-verbal d'installation du praticien hospitalier nommé titre permanent au sein du CHU.	L'inscription à la liste d'aptitude suite à la réussite au concours n'est pas suffisante pour accéder au secteur à honoraires différents.
Praticien des hôpitaux à temps partiel (PH) dont le statut relève des articles R. 6152-201 et suivants du code de la santé publique	Praticien des hôpitaux à temps partiel	5 ans à temps partiel		Les fonctions d'attaché et de praticien contractuel ne permettent pas, quelle que soit la durée d'exercice, l'obtention du secteur à honoraires différents.

PROCEDURE D'EXAMEN PAR EQUIVALENCE DES TITRES

Les demandes d'accès au secteur à honoraires différents par équivalence des titres font l'objet d'un examen par la CNAMTS, qui statue sur la demande du médecin après avis du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

Différentes étapes interviennent lors de l'examen du dossier avant qu'une décision soit prise :

- les justificatifs et les attestations sont vérifiés par la caisse,
- une pré-analyse du dossier est réalisée par la caisse,
- le dossier est adressé par la caisse à la CNAMTS,
- la CNAMTS adresse le dossier au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour avis,
- le CNOM adresse son avis consultatif à la CNAMTS,
- la CNAMTS rend une décision finale et adresse un courrier de réponse à la CPAM,
- la décision est notifiée par la caisse au médecin concerné.

A noter : Pendant la durée de cette procédure le médecin peut exercer provisoirement et exceptionnellement en secteur à honoraires opposables (secteur 1). En cas d'avis défavorable, le médecin pourra soit décider de poursuivre son exercice en secteur 1, soit renoncer à exercer dans le champ de la convention.

ENVOI D'UN DOSSIER COMPLET

Le médecin postulant doit produire à l'appui de sa demande auprès de sa caisse primaire de rattachement un dossier **complet et lisible** comprenant la copie des documents originaux dans leur langue d'origine ainsi que leur traduction en français, relatifs aux fonctions exercées depuis la qualification de spécialiste jusqu'à la date de la demande :

- Le document intitulé «formulaire - équivalence des titres» dûment complété
- Un CV (synthétique) ou une lettre décrivant le cursus suivi
- Les diplômes
- Le justificatif de son inscription auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des médecins, et pour les médecins ayant obtenu leurs diplômes à l'étranger les attestations de conformité à la directive 2005/36
- La copie de son contrat de travail ou décision de nomination, accompagnée d'une attestation de fonction sur lesquels doivent apparaître les statuts des établissements
- Une attestation précisant si le médecin a participé à l'encadrement d'étudiants en médecine dans le cadre de ses fonctions

METHODE D'EXAMEN DU DOSSIER

➤ Pré examen d'un dossier par la caisse

Dans la mesure où il appartient à la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'implantation du cabinet principal du médecin de transmettre à la CNAMTS un dossier complet, contenant l'ensemble des pièces susmentionnées, il est demandé qu'une pré-analyse soit également réalisée avant envoi à la Cnamts. L'objectif de la procédure vise à vérifier si le médecin est dans une des situations lui permettant à titre exceptionnel de pratiquer des dépassements d'honoraires, cette pré-analyse factuelle devra consister à examiner si :

- 1- les éléments du dossier font apparaître une durée d'exercice suffisante pouvant permettre d'établir une équivalence avec l'un des parcours conduisant à l'un des titres de la convention ;

- 2- le médecin a exercé des fonctions équivalentes au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un pays situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec.

LA RECHERCHE DE L'ÉQUIVALENCE DES TITRES

➤ Examen du dossier par la CNAMTS

Cet examen a pour but de déterminer si le titre acquis au sein d'un ESPIC, d'un établissement relevant d'une collectivité d'outre-mer, d'un établissement hospitalier situé au sein de l'Union Européenne ou au Québec peut être considéré comme équivalent à l'un des parcours (visé article 38.1 de la convention) permettant l'acquisition d'un des titres publics.

Voici les principaux éléments qui sont examinés afin d'établir ou non l'équivalence :

Reconnaissance du diplôme de spécialité par l'Ordre des Médecins ou conformité à la directive européenne 2005/36 :

Les fonctions hospitalières mentionnées à l'article 38.1 de la convention ne sont accessibles qu'à des médecins qualifiés de spécialistes. Par conséquent, seules les fonctions hospitalières postérieures à la reconnaissance du médecin en tant que spécialiste sont examinées. La reconnaissance du médecin spécialiste est actée à compter de son inscription à l'Ordre des Médecins dans la spécialité qu'il exerce, soit à compter de la reconnaissance de la conformité du diplôme de spécialité dans le cadre de la directive 2005/36.

Nature de la relation contractuelle :

Le médecin doit occuper ses fonctions au sein d'un établissement hospitalier (public ou privé) dans le cadre d'un contrat de travail conclu entre l'établissement et le praticien.

En revanche, l'exercice d'une activité exclusivement libérale au sein d'un établissement hospitalier ou d'un cabinet médical ne permet pas d'établir l'équivalence des titres.

Durée et continuité des fonctions exercées

L'acquisition des titres publics visés à l'article 38-1 de la convention requière une durée de fonctions effectives pouvant varier de 2 à 5 ans selon le titre. La durée des fonctions exercées par le médecin doit être au moins égale à la durée exigée pour l'obtention du titre avec lequel l'équivalence est recherchée. Il s'agit d'un exercice non interrompu des fonctions.

Si l'équivalence est recherchée avec un titre exigeant deux années de fonctions effectives, le médecin devra faire valoir une expérience d'une durée au moins égale à deux ans.

Activité d'enseignement, de recherche et participation aux missions de services publics :

Les fonctions d'enseignement et de recherche sont des piliers du service public hospitalier.

Ainsi, sera recherchée la participation du médecin à une mission de formation des internes ou de recherche, même de façon indirecte. Il n'est pas exigé que le médecin soit maître de stage, mais qu'il ait exercé dans un service formateur.

Notoriété et activité de l'établissement :

Hormis l'activité personnelle du médecin, il sera regardé la notoriété de l'établissement, ainsi que les missions qu'il exerce en pratique.

FICHE

INDICATEURS DE PRATIQUE CLINIQUE DES MEDECINS TRAITANTS : ARGUMENTAIRE VISITES DAM-PC

POURQUOI UNE ROSP ?

- Mise en place par la Convention Nationale des médecins libéraux de 2011, la ROSP vise à favoriser la qualité de la pratique médicale en valorisant l'atteinte d'objectifs déterminés par les partenaires conventionnels et évalués au moyen d'indicateurs calculés sur l'ensemble de la patientèle « consommatrice et fidèle » du médecin.
- Ce dispositif a favorisé une meilleure atteinte des objectifs de santé publique sur les trois champs définis de la pratique clinique, avec une progression observée des taux d'atteinte entre 2012 et 2015 de plus de 10 points pour le suivi des pathologies chroniques ; plus de 7 points pour la prévention, et de plus de 20 points pour l'efficacité des prescriptions.
- Tout en préservant son autonomie et son indépendance dans les choix qu'il arrête pour soigner chaque patient, la ROSP donne au médecin les moyens :
 - •d'évaluer, à l'échelle de sa patientèle, sa pratique professionnelle globale ;
 - •de valoriser ses efforts pour la faire évoluer, et améliorer ainsi la qualité des soins.
- Des indicateurs portant sur l'organisation du cabinet existaient dans la ROSP de la Convention médicale de 2011. En 2016, celle-ci se recentre sur les seuls indicateurs de qualité des pratiques cliniques. Un nouveau dispositif en 2 volets vient remplacer les indicateurs de la ROSP 2011 portant sur l'organisation du cabinet : le forfait structure (cf. fiche à part).
- La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) vient compléter le paiement à l'acte, qui reste le socle de la rémunération en médecine libérale. Entre 2012 et 2015, les montants globaux versés au titre de la ROSP (y compris le bloc organisation du cabinet) sont passés, pour les médecins spécialistes en médecine générale, de 270,8 M€ à 365,2M€, avec une rémunération moyenne de ces médecins en 2015 de 6.756€ et une augmentation annuelle moyenne des rémunérations versées supérieure à 10%
- De nouveaux indicateurs de pratique clinique sont mis en place sur chacun des 3 grands volets instaurés en 2011. Au total, ces indicateurs sont plus nombreux qu'en 2011 (29 contre 24) et portent davantage sur le volet prévention (12 indicateurs au lieu de 8 pour 390 points au lieu de 250)

ELABORATION DES INDICATEURS DE QUALITE DES PRATIQUES : PAR QUI, SUR QUELLES BASES ET COMMENT ?

- Les indicateurs ont été élaborés conjointement par les parties signataires de la Convention, en tenant compte des avis et référentiels émis par les différentes agences sanitaires et autorités

publiques de santé (Haute Autorité de santé-HAS; Institut National de lutte contre le cancer-INCA ; Agence nationale de sécurité du médicament- ANSM; Institut National de prévention et d'éducation pour la santé-INPES-et agence nationale de santé publique- ANSP) ainsi que des recommandations internationales existantes et des propositions du Collège de médecine générale.

Les principales recommandations utilisées figurent dans les tableaux ci-dessous.

- Des réunions techniques concernant les indicateurs de la ROSP sont intervenues en plusieurs temps :
 - en amont des négociations, travaux internes entre les différents services de la CNAMTS et le cabinet du médecin conseil national ;
 - pendant la période des négociations :
 - ✓ échanges avec le Collège de médecine générale (CMG);
 - ✓ échanges avec les médecins désignés par chaque syndicat représentatif (MG France ; CSMF ; FMF ; SML et Le Bloc) pour participer à ces travaux.
- Les indicateurs retenus ont été choisis en fonction de l'importance du problème sanitaire couvert. En matière de prévention, ils s'articulent notamment avec les préoccupations portées par les divers plans ministériels de santé publique (Plan cancer 2014-2019 ; Programme national de réduction du tabagisme 2014-2019 ; Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 et rapport Carlet de septembre 2015...).

COMMENT LES OBJECTIFS DES INDICATEURS ONT-ILS ETE FIXES ?

- Lorsqu'un objectif chiffré existe au niveau national (Loi de santé publique du 9/08/ 2004 ou plan ministériel), cet objectif est repris comme objectif cible pour les indicateurs ROSP correspondants. C'est essentiellement le cas de certains indicateurs de prévention, tels que le dépistage des cancers (sein; col de l'utérus ; cancer colorectal) ou la vaccination (grippe).
- Lorsqu'il n'existe pas de telle référence, les objectifs sont fixés à partir des pratiques observées pour l'ensemble des médecins concernés, ce qui permet de tenir compte des situations particulières sans procéder à l'exclusion de patients. Dans ce cas :
 - ✓ l'objectif intermédiaire est fixé au niveau observé pour les médecins appartenant au 7^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins, dans le cas d'un indicateur croissant. Dans le cas d'un indicateur décroissant, il est fixé au niveau observé pour les médecins appartenant au 3^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins ;
 - ✓ l'objectif cible est fixé au niveau observé pour les médecins appartenant au 9^{ème} décile de répartition de l'ensemble des médecins, dans le cas d'un indicateur croissant. Dans le cas d'un indicateur décroissant, il est fixé au niveau observé pour les médecins appartenant au 1^{er} décile de répartition des médecins.

QUELLES SONT LES MODIFICATIONS INTERVENUES PAR RAPPORT A LA CONVENTION DE 2011 ?

Un accent particulier a été mis sur les indicateurs de prévention, champ dont la progression est nécessaire à l'amélioration de l'état de santé, tant en termes individuels (mortalité prématurée plus élevée et espérance de vie sans incapacité plus faible que dans les autres pays de l'Union européenne ; inégalités sociales et régionales d'accès à la santé persistantes avec une espérance de vie à 35 ans supérieure de 6,3

ans pour un cadre que pour un ouvrier) que collectifs (progression des maladies chroniques, niveau élevé des addictions et consommation de médicaments supérieure à celle de nos voisins européens)¹

Au total :

- ➔ 29 indicateurs de pratique clinique sont inscrits dans la convention de 2016, contre 24 dans celle de 2011 ;
- ➔ parmi ces 29 indicateurs, 17 sont nouveaux, 8 ont été reconduits de la convention de 2011 sans modification majeure et 3 ont été sensiblement modifiés (dont 1 dédoublé) pour tenir compte des évolutions intervenues sur leur champ ;
- ➔ 4 indicateurs seulement sont déclaratifs (contre 5 dans la convention de 2011) ;
- ➔ le volet prévention est passé de 8 à 12 indicateurs et de 250 à 390 points (+ 30%)

INDICATEURS ET REFERENCES, PAR CHAMP

Les indicateurs nouveaux ou les modifications de libellé figurent en bleu.

I. Suivi des pathologies chroniques

- 220 points (contre 250 en 2011);
- 8 indicateurs (contre 9 en 2011), dont 2 déclaratifs (au lieu de 5 sur ce champ) ;
- 6 indicateurs nouveaux;
- 1 indicateur modifié pour tenir compte de l'évolution du référentiel HAS correspondant (« *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année* ») ;
- 1 indicateur reconduit (« *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans* »).

Diabète	
Libellé de l'indicateur	Principaux référentiels et commentaires
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année	<ul style="list-style-type: none"> ✓ HAS : guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte (mars 2014) ✓ Recommandations internationales : américaines (ADA 2013); européennes (EASD 2012); belges (International Diabetes Federation 2012)... <p>Les dosages d'HbA1C permettent de vérifier si l'équilibre glycémique est suffisant. En effet, la diminution de l'hyperglycémie a une efficacité démontrée sur le risque de complications micro vasculaires du diabète : atteinte des yeux ; des reins et des nerfs (impact limité sur la mortalité toutes causes et la survenue de complications macro vasculaires : infarctus du myocarde ; accident vasculaire cérébral)</p>
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans	<p>HAS : guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte (mars 2014)</p> <p>Indicateur 2011 maintenu.</p> <p>Les complications oculaires du diabète sont graves et justifient le dépistage, tous les deux ans, d'une rétinopathie diabétique, permettant la mise en place précoce d'interventions adaptées.</p>

¹ Cf. avis du Conseil économique, social et environnemental du 14/02/2012 concernant « les enjeux de la prévention en matière de santé »

Diabète	
<i>Libellé de l'indicateur</i>	<i>Principaux référentiels et commentaires</i>
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une recherche annuelle de micro albuminurie sur échantillon d'urines et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	<p>HAS : guide parcours de soins MRC de l'adulte (février 2012)</p> <p>La maladie rénale chronique (MRC) est très longtemps silencieuse et peut évoluer jusqu'à l'insuffisance rénale terminale (nécessitant dialyse ou greffe de rein). Le dépistage précoce de cette maladie est essentiel chez les patients diabétiques et les patients hypertendus car ces deux affections sont les plus grandes pourvoyeuses de MRC.</p> <p>Si l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG, marqueur de la fonction du rein), est fréquemment réalisée, ce n'est pas le cas de la recherche de micro albuminurie, marqueur encore plus précoce de l'altération de cette fonction, dont le dosage peut être fait sur échantillon d'urines (ne nécessite plus le recueil des urines sur 24 heures).</p>
Part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'un examen clinique annuel des pieds par le MT ou d'une consultation de podologie dans l'année	<p>HAS : guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte (mars 2014)</p> <p>L'absence de douleur ressentie par le patient (neuropathie diabétique) et les troubles vasculaires du diabète (qui favorisent l'aggravation des lésions) nécessitent un examen régulier des pieds des patients diabétiques permettant de prévenir la survenue d'un mal perforant (lésion du pied pouvant conduire à l'amputation)</p> <p>Indicateur déclaratif</p>

HTA	
<i>Libellé de l'indicateur</i>	<i>Commentaires</i>
Part des patients MT traités par antihypertenseurs ayant bénéficié d'une recherche annuelle de protéinurie et d'un dosage annuel de la créatininémie avec estimation du débit de filtration glomérulaire	<p>HAS : guide parcours de soins MRC de l'adulte (février 2012)</p> <p>La maladie rénale chronique (MRC) est très longtemps silencieuse et peut évoluer jusqu'à l'insuffisance rénale terminale (nécessitant dialyse ou greffe de rein). Le dépistage précoce de cette maladie est essentiel chez les patients diabétiques et les patients hypertendus car ces deux affections sont les plus grandes pourvoyeuses de MRC.</p> <p>Si l'estimation du débit de filtration glomérulaire (DFG, marqueur de la fonction du rein), est fréquemment réalisée, ce n'est pas le cas de la recherche de protéinurie (recommandée chez les patients hypertendus plutôt que la micro albuminurie), dont le dosage peut être fait sur échantillon d'urines (ne nécessite plus le recueil des urines sur 24 heures).</p>

Risque cardio-vasculaire	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des patients MT dont le risque cardio-vasculaire a été évalué par SCORE (ou autre grille de scorage) en amont de la prescription de statines	<p>ANAES : méthodes d'évaluation du risque cardio-vasculaire global (2004);</p> <p>Recommandations internationales : américaines (ACC/AHA guideline 2013) et européennes (European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice 2012)</p> <p>L'hypercholestérolémie augmente le risque de survenue d'une maladie cardio-vasculaire (infarctus du myocarde ; accident vasculaire cérébral...), surtout lorsqu'elle est associée à un autre facteur de risque (diabète, hypertension artérielle, tabagisme ...) et chez les malades ayant déjà fait un accident cardiaque ou vasculaire. Une évaluation du risque cardio-vasculaire est indispensable chez ces patients, en amont de la prescription de statines.</p> <p>Indicateur déclaratif</p>
Part des patients MT présentant un antécédent de maladie coronaire ou d'AOMI traités par statines et AAP et IEC ou ARA 2	<p>HAS :</p> <p>guide parcours de soins maladie coronarienne stable – (juillet 2015);</p> <p>guide ALD AOMI (mars 2007)</p> <p>Ces patients sont considérés comme à haut risque de récurrence d'un événement cardio-vasculaire et nécessitent une prévention secondaire de ce risque comprenant, outre des changements dans leur mode de vie (alimentation ; activité), un traitement de fond associant ces trois classes de médicaments.</p>
Part des patients MT traités par AVK au long cours ayant bénéficié d'au moins 10 dosages de l'INR dans l'année	<p>ANSM : bon usage des AVK (juillet 2012)</p> <p>Les anti vitamines K (AVK) constituent le traitement anticoagulant de référence pour des pathologies fréquentes (fibrillation auriculaire, valvulopathies et thromboses veineuses) : plus de 1 % de la population française est traitée par ces médicaments, qui arrivent, en France, au premier rang des accidents iatrogènes (hémorragies ; thromboses) entraînant une hospitalisation. Le bon équilibre du traitement doit être contrôlé au moyen d'un dosage suffisamment régulier de l'INR, permettant d'adapter les doses.</p>

II Prévention :

- 390 points (contre 250 en 2011), soit une augmentation de 30% ;
- 12 indicateurs (contre 8 en 2011) ;
- 5 indicateurs nouveaux,
- 4 indicateurs repris à l'identique,
- 1 indicateur dédoublé (différenciation entre benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques)
- 1 indicateur modifié pour tenir compte des dispositions de l'arrêté du 31 juillet 2013 (extension des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge 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")

Grippe	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés contre la grippe saisonnière	<p>Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - objectifs de santé publique et évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 ; - propositions 2010; - calendrier des vaccinations 2016 (élaboré par le ministère chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique); <p>OMS : lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe-2003</p> <p>Chaque hiver, 2,5 millions de personnes sont touchées par le virus de la grippe. C'est une maladie très contagieuse qui peut être grave, en particulier chez les personnes fragiles. La mortalité due à la grippe saisonnière concerne essentiellement les sujets âgés (plus de 90 % des décès liés à la grippe surviennent chez des personnes de 65 ans et plus). Elle est évaluée à environ 9.000 décès en moyenne par an.</p> <p>L'Assurance Maladie prend en charge intégralement la vaccination des populations à risque et s'investit dans des campagnes de sensibilisation et d'invitation auprès du public cible et des professionnels de santé.</p>
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	<p>HCSP :</p> <ul style="list-style-type: none"> - objectifs de santé publique et évaluation des objectifs de la loi du 9 août 2004 ; - propositions 2010; - calendrier des vaccinations 2016 élaboré par le ministère chargé de la santé après avis du Haut Conseil de la santé publique); <p>OMS : lutte contre les pandémies et les épidémies annuelles de grippe- 2003</p> <p>L'Assurance Maladie prend en charge intégralement la vaccination des populations à risque et investit dans des campagnes de sensibilisation et d'invitation auprès du public cible et des professionnels de santé.</p> <p>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 "<i>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>"</p>

Dépistage des cancers	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein	<p>INCa-HAS : guide ALD cancer du sein Janvier 2010</p> <p>INCa : e-news n°40 Octobre rose 2016 et www.concertation-depistage.fr</p> <p>Loi de Santé Publique de 2004 et avis HCSP 2010</p> <p>En France, le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme et la première cause de mortalité par cancer (près de 12 000 décès par an). Détecté tôt, ce cancer est guéri dans 9 cas sur 10. Son dépistage est donc un enjeu majeur de santé publique.</p> <p>Cet indicateur était néanmoins controversé (risque de sur diagnostic pouvant conduire à la mutilation inutile de femmes dépistées par excès). Le ministère de la santé a donc organisé, en 2016, une concertation citoyenne au terme de laquelle il vient de confier à l'INCa la responsabilité de moderniser le programme de dépistage organisé du cancer du sein en développant un parcours plus personnalisé, fondé sur une meilleure information des femmes, mieux coordonné et impliquant davantage le médecin traitant. Entretemps, les partenaires conventionnels ont convenu de suivre l'avis du Collège de Médecine générale, favorable au maintien de cet indicateur, notamment du fait du gain reconnu en matière de mortalité (entre 15 et 21% selon les sources).</p>
Part des patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années	<p>HAS : état des lieux et recommandations pour le dépistage du cancer du col de l'utérus en France. Juillet 2010</p> <p>INCa :- Dépistage et prévention de cancer du col de l'utérus - Le rôle du médecin généraliste janvier 2016 - Mémo dépistage des cancers : recommandations et conduites à tenir – mai 2016</p> <p>En France, la pratique du dépistage par frottis cervico-utérin (FCU) a permis de faire passer le cancer du col de l'utérus à la 10ème place des cancers affectant les femmes et à la 12ème place des cancers meurtriers. Actuellement, il reste marqué par d'importantes inégalités de recours (selon les tranches d'âge, situations géographiques, économiques, culturelles...) et représente encore presque trois mille nouveaux cas par an en 2015. Le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore majoritairement individuel mais sa généralisation à l'échelle nationale est un objectif phare du Plan cancer 2014-2019.</p>
Part des patients MT de 50 à 74 ans pour lesquels un dépistage du cancer colorectal (CCR) a été réalisé au cours des deux dernières années	<p>INCa : http://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Se-faire-depister/Depistage-du-cancer-colorectal</p> <p>HAS : dépistage et prévention du cancer colorectal Actualisation du référentiel de pratiques de l'examen périodique de santé (EPS) Juin 2013</p> <p>Le cancer colorectal est le 3e cancer le plus fréquent en France et le 2e en termes de mortalité. La France est l'un des pays d'Europe où l'incidence du cancer colorectal est la plus élevée pour les deux sexes : ce cancer a touché 43 000 personnes et causé 17 500 décès en 2015 en France. Pourtant, s'il est détecté tôt, ce cancer se guérit dans 9 cas sur 10. Le dépistage est devenu plus facile grâce au test immunologique. Lorsqu'un cancer colorectal est détecté à un stade précoce (relativement petit et sans propagation loin de son point d'origine), la survie à 5 ans dépasse 90 % et les traitements utilisés sont moins lourds, permettant une meilleure qualité de vie.</p> <p>Près de 95 % des cancers colorectaux sont diagnostiqués après 50 ans, chez les hommes comme chez les femmes. C'est pourquoi le programme national de dépistage organisé du cancer colorectal s'adresse à toutes les personnes âgées de 50 à 74 ans et qui ne présentent ni symptôme, ni facteur de risque particulier.</p>

Iatrogénie	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des patients MT > 75 ans ne bénéficiant pas d'une ALD pour troubles psychiatriques (ALD 23) ayant plus de 2 psychotropes prescrits	<p>HAS : - Améliorer la prescription des psychotropes chez le sujet âgé ; octobre 2007 ; - comment améliorer la qualité et la sécurité des prescriptions de médicaments chez la personne âgée- septembre 2014</p> <p>Afssaps : prévenir la iatrogénie chez le sujet âgé- 2005;</p> <p>Expertise collective de l'Inserm sur les consommations de médicaments psychotropes, les mésusages et pharmacodépendances associés (2012).</p> <p>Les médicaments psychotropes agissent sur le système nerveux central en modifiant certains processus cérébraux. Ils peuvent entraîner une dépendance et sont à l'origine d'une iatrogénie importante (chutes, confusions, sédation excessive, etc.), en grande partie évitable, car plus de la moitié des traitements ne seraient pas indiqués.</p>
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD hypnotique et dont la durée de traitement est > à 4 semaines	<p>HAS : modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, octobre 2007</p> <p>ANSM : état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise – janvier 2012</p> <p>Les benzodiazépines sont des médicaments très consommés : chaque année, un français sur cinq consomme au moins une benzodiazépine ou une molécule apparentée. Ces médicaments, qui agissent sur le système nerveux central, peuvent présenter des risques (dépendance au médicament ; lien entre la consommation de benzodiazépines et le risque de démence, dont la maladie d'Alzheimer).</p> <p>Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour traiter des troubles du sommeil, la Haute Autorité de santé (HAS) et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) recommandent d'une part d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée et, d'autre part, d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte ») car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.</p>
Part des patients MT ayant initié un traitement par BZD anxiolytique et dont la durée de traitement est > à 12 semaines	<p>HAS : modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé, octobre 2007</p> <p>ANSM : état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, rapport d'expertise – janvier 2012</p> <p>Lorsqu'un traitement par benzodiazépine est réellement justifié pour traiter des troubles anxieux, la HAS et l'ANSM recommandent d'indiquer au patient, dès l'instauration du traitement, que la durée de prescription est limitée et d'utiliser préférentiellement les substances d'action intermédiaire et sans métabolite actif (dites à « demi-vie courte ») car il existe un risque d'accumulation du médicament ou de ses métabolites lors de prises répétées.</p>

Antibiothérapie	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Nombre de traitements par antibiotiques pour 100 patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	<p>ANSM : l'évolution des consommations d'antibiotiques en France entre 2000 et 2013- novembre 2014;</p> <p>HAS : principes généraux et conseils de prescription des antibiotiques en premier recours - fiche mémo février 2014;</p> <p>Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016</p> <p>Au début des années 2000, le développement des résistances bactériennes a conduit la France à mettre en œuvre des actions favorisant un moindre et meilleur usage des antibiotiques afin d'en préserver l'efficacité. Ces actions ont permis de faire diminuer la consommation d'antibiotiques, tant en ville qu'à l'hôpital. Cependant, depuis plusieurs années, l'ANSM observe une tendance à la reprise. En volume, plus de 90% de la consommation d'antibiotiques se fait dans le secteur de ville. 70% des prescriptions faites en ville se rapportent à des affections des voies respiratoires et 40% concernent des infections virales (bronchite, rhinopharyngite ; syndrome grippal) ou des angines, très souvent virales.</p>
Part des patients MT traités par antibiotiques particulièrement générateurs d'antibiorésistances (amoxicilline + acide clavulanique; céphalosporine de 3 ^e et 4 ^e génération; fluoroquinolones).	<p>OMS : rapport sur la résistance aux antibiotiques- avril 2014;</p> <p>IVS : morbidité et mortalité des infections à bactéries multi-résistantes aux antibiotiques en France en 2012</p> <p>Etude Burden BMR, rapport - Juin 2015;</p> <p>INVS-ANSM (consommation d'antibiotiques et résistance aux antibiotiques en France : nécessité d'une mobilisation déterminée et durable</p> <p>Bilan des données de surveillance, 17 novembre 2015); Plan national d'alerte sur les antibiotiques 2011-2016 (rapport Carlet-septembre 2015).</p> <p>En France en 2012, environ 158 000 infections à bactérie multi résistante (BMR) sont survenues, dont près de 16 000 infections graves (invasives). Le nombre de décès attribués à ces infections était d'environ 12 500, dont 2 700 liés à des infections invasives. L'association amoxicilline + acide clavulanique; les céphalosporines de 3^e et 4^e génération et les fluoroquinolones sont les trois classes d'antibiotiques les plus génératrices d'antibiorésistance, ce qui nécessite de limiter leur usage aux pathologies qui le nécessitent absolument.</p>

Conduites addictives	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des patients MT tabagiques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	<p>HAS : outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac, chez l'adulte-décembre 2014;</p> <p>Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017</p> <p>Plan national de réduction du tabagisme "PNRT" 2014-2019.</p> <p>En France 13 millions d'adultes fument quotidiennement et le tabac tue 73 000 personnes chaque année. Le nombre de fumeurs augmente surtout chez les jeunes.</p> <p>Le rôle de prévention des médecins traitants dans la sensibilisation du patient aux risques du tabac et son accompagnement vers le sevrage tabagique est essentiel, d'autant que plus de la moitié des fumeurs réguliers déclarent avoir envie d'arrêter de fumer.</p> <p>L'Assurance Maladie accompagne l'arrêt du tabac. Elle rembourse, sur prescription, les traitements par substituts nicotiniques (patch, gomme, pastille, inhalateur...) à hauteur de 50 euros par année civile et par bénéficiaire. Pour les femmes enceintes, les jeunes de 20 à 30 ans, les bénéficiaires de la CMU complémentaire et les patients en ALD cancer, ce montant est de 150 euros.</p> <p>Indicateur déclaratif</p>
Part des patients MT alcooliques ayant fait l'objet d'une intervention brève telle que décrite par l'outil HAS et enregistrée dans le dossier	<p>HAS : outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève alcool, cannabis, tabac, chez l'adulte-décembre 2014.</p> <p>Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017</p> <p>Plan européen de lutte contre l'usage nocif d'alcool de l'OMS 2012-2020 et Plan d'action européen visant à réduire l'usage nocif de l'alcool 2012-2020</p> <p>Deuxième cause de mortalité évitable après le tabac, la consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès par an par cancer, cirrhose, psychose et dépendance alcoolique. Cette mortalité touche notamment les hommes d'âge moyen. La consommation excessive d'alcool entraîne également des dommages importants par son impact dans la sphère publique, privée et professionnelle : passages à l'acte violent, accidents domestiques, accidents de la route (première cause) et du travail, précarisation. Enfin l'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental en France (1,3 pour 1 000 naissances vivantes par an).</p> <p>Indicateur déclaratif</p>

III Efficiences

- 330 points (contre 400 en 2011)
- 60 points supplémentaires, portant ce total à 390, ont été mis en réserve pour une définition ultérieure, par les partenaires conventionnels, d'un ou plusieurs indicateurs complémentaires (transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité professionnelle).
- 9 indicateurs d'efficiences (contre sept en 2011) répartis en 2 axes :
 - ✓ prescription dans le répertoire des génériques (ou biosimilaires)
 - ✓ efficacité des prescriptions
- 6 indicateurs nouveaux ;

- 3 ont été repris à l'identique :
- ✓ 2 concernent la prescription dans le répertoire des génériques (statines et antihypertenseurs)
 - ✓ 1 concerne la part de l'aspirine parmi les prescriptions d'antiagrégants plaquettaires.

Prescription dans le répertoire des génériques	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	<p>ANSM :</p> <ul style="list-style-type: none"> - répertoire des médicaments génériques- août 2016 ; - les médicaments génériques: des médicaments à part entière- décembre 2012 <p>Les médicaments génériques sont des médicaments équivalents aux médicaments de référence (princeps) dont le brevet a expiré. Ils sont commercialisés à un prix moindre car ils n'ont pas nécessité un investissement initial dans la recherche. Ces médicaments peuvent contribuer à promouvoir la même qualité et la même sécurité de soins, tout en limitant les dépenses d'assurance maladie et constituent ainsi un enjeu majeur pour leur maîtrise</p>
Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	
Part des boîtes de traitement de l'incontinence urinaire prescrites dans le répertoire des génériques	
Part des boîtes de traitement de l'asthme prescrites dans le répertoire des génériques	
Indice global de prescription dans le reste du répertoire	

Prescription de biosimilaires	
Libellé de l'indicateur	Commentaires
Prescriptions de biosimilaires (en nombre de boîtes) parmi les prescriptions d'insuline glargine	<p>ANSM : état des lieux sur les médicaments biosimilaires- mai 2016</p> <p>Un médicament biologique est une substance produite à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivée de ceux-ci. Un médicament biosimilaire est similaire* à un médicament biologique de référence (dont le brevet est tombé dans le domaine public et qui peut dès lors être copié). Le prix du biosimilaire est généralement inférieur à celui du médicament biologique princeps.</p> <p>L'insuline glargine (insuline lente ; médicament de référence : Lantus®) dispose d'un biosimilaire (Abasaglar®). Cette insuline est utilisée chez l'adulte et l'enfant de plus de deux ans pour le traitement du diabète. L'avis de l'ANSM de mai 2016 (« une position excluant formellement toute interchangeabilité en cours de traitement ne paraît plus justifiée»*) permet à présent, au-delà des initiations directes de traitement par le biosimilaire de l'insuline glargine, qu'un traitement débuté avec le médicament princeps soit poursuivi avec le biosimilaire (avec l'accord du patient et une surveillance clinique adaptée).</p> <p>*néanmoins, les produits biosimilaires ne peuvent être strictement identiques au produit de référence, en raison de la variabilité biologique des sources de production (cellules ou organismes vivants).</p>

Efficience des prescriptions

<i>Libellé de l'indicateur</i>	<i>Commentaires</i>
Part des patients MT traités par aspirine à faible dosage parmi l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	<p>HAS-ANSM : bon usage des agents antiplaquettaires- juin 2012 ;</p> <p>HAS : guide parcours de soins maladie stable coronarienne juillet 2014 ; guide ALD AVC ; mars 2007;guide ALD AOMI, mars 2007</p> <p>Une inhibition plaquettaire au long cours par aspirine seule à faible dose est recommandée en prévention primaire lorsque le risque cardio-vasculaire est élevé (diabétiques notamment) Par ailleurs, l'aspirine à faible dose (75-160mg/j) est validée dans la prévention secondaire de l'athérosclérose en général, avec un meilleur rapport coût/bénéfice que celui du clopidogrel (coût mensuel : moins de 2€ pour l'aspirine versus plus de 16€ pour le clopidogrel générique)</p>
Part des patients MT diabétiques traités par metformine	<p>HAS : stratégie médicamenteuse du contrôle glycémique du diabète de type 2 - janvier 2013</p> <p>Ces recommandations réaffirment la place de la Metformine en première intention en monothérapie, hors intolérance ou contre-indications, puis comme composante première des associations de bi ou trithérapie.</p>
Part des patients MT ayant eu un dosage d'hormones thyroïdiennes dans l'année qui ont eu un dosage isolé de TSH	<p>HAS : hypothyroïdies frustes chez l'adulte : diagnostic et prise en charge- avril 2007;</p> <p>ANAES : diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte; février 2000;</p> <p>NABM (avril 2014)</p> <p>En 2013, les dosages d'hormones thyroïdiennes et de TSH représentaient 164 M€ en montant remboursé (tous régimes). Malgré des baisses de tarifs de ces dosages successives entre 2009 et 2014, le montant remboursé pour les dosages associés (TSH + T4L +T3L et TSH + T4L) est resté à peu près équivalent depuis 2010 en raison de la progression des volumes. Or, en 1ère intention, le dosage isolé de TSH est suffisant pour le diagnostic et la surveillance des dysthyroïdies, dans la quasi-totalité des cas. L'économie réalisable est liée aux différences de cotation des actes correspondants dans la nomenclature (NABM: "B 31" pour une TSH seule, "B 33" pour un dosage de T3 ou T4 ; "B 58" pour TSH + T3 ou TSH + T4 et" B 73" pour TSH + T3 + T4)</p>

FICHE

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP)

OBJET

La nouvelle convention conforte le dispositif de rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) comme dispositif permettant de valoriser l'amélioration des pratiques des médecins. Toutefois, il fait l'objet de certaines modifications pour le rendre plus lisible et améliorer son adaptation aux évolutions des données et des recommandations médicales.

BENEFICIAIRES

- ✓ Tous les médecins libéraux
- ✓ Les médecins ont la possibilité de refuser de bénéficier du dispositif en notifiant par écrit auprès de la CPAM de rattachement dans les 3 mois qui suivent la publication de la convention ou dans les trois mois suivants l'installation en libéral.

→ **A noter : tout refus est désormais définitif** sur toute la durée de la convention

LES INDICATEURS RETENUS POUR LA ROSP

Voir également le document comprenant l'argumentaire médical

→ La ROSP ne comporte plus d'indicateurs sur l'organisation du cabinet

→ Les indicateurs de pratique clinique des médecins généralistes ont été renouvelés : suppression d'indicateurs devenus obsolètes ; modification d'indicateurs existants permettant de tenir compte de l'évolution des référentiels correspondants ; introduction de nouveaux indicateurs.

→ Au total, **29** indicateurs de pratique clinique sont inscrits dans la convention de 2016 (contre 24 dans celle de 2011) **dont 4** déclaratifs (contre 5 dans la convention de 2011).

- Parmi ces indicateurs, **17 sont entièrement nouveaux** ; 8 ont été repris à l'identique de la convention de 2011, 2 ont été modifiés (grippe du sujet jeune en ALD et nombre de dosages d'HbA1C chez les patients présentant un diabète de type 2) et 1 a été dédoublé (différenciation entre classes de benzodiazépines).
- Ces indicateurs représentent actuellement un maximum de **940 points** (contre 900 en 2011). 60 points complémentaires ont été mis en réserve pour un (des) indicateur(s) à définir avec les partenaires conventionnels sur le champ « efficience des prescriptions » autour des thèmes suivants : transports ; biologie ; imagerie ; reprise d'activité professionnelle. Ils permettront d'aboutir à un total de 1.000 points consacrés à la ROSP.

1) Suivi des pathologies chroniques :

- **220 points** (contre 250 en 2011) sont consacrés à ce champ.
- Ce volet comprend **huit indicateurs** (dont deux déclaratifs) contre neuf en 2011 (dont cinq déclaratifs):
 - ✓ Six indicateurs sont nouveaux. Trois concernent la prévention primaire ou secondaire du risque cardio-vasculaire ; deux portent sur le dépistage de la maladie rénale chronique (chez les patients porteurs d'un diabète de type 2 et chez les patients hypertendus) et un l'examen clinique des pieds des patients diabétiques.

- ✓ Un indicateur a été repris à l'identique : « *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'une consultation ou d'un examen du fond d'œil ou d'une rétinographie dans les deux ans* ».
- ✓ Un indicateur a été modifié pour tenir compte de l'évolution du référentiel HAS correspondant : « *part des patients MT traités par antidiabétiques ayant bénéficié d'au moins 2 dosages d'HbA1c dans l'année* ».

2) Un accent particulier a été mis sur la prévention :

- **390 points** (contre 250 en 2011, soit une augmentation de 30%) lui sont attribués.
- **Douze indicateurs** (dont deux déclaratifs) y sont inscrits, contre huit en 2011 :
 - ✓ Cinq indicateurs sont nouveaux : dépistage du cancer colo-rectal ; deux indicateurs concernant les conduites addictives vis-à-vis du tabac et de l'alcool (déclaratifs) ; un indicateur concernant la prescription d'antibiotiques générateurs d'antibiorésistance et un la consommation de psychotropes de sujet âgé.
 - ✓ Quatre indicateurs ont été repris à l'identique. Deux concernent le dépistage des cancers (sein et col de l'utérus) ; un le nombre de traitements antibiotiques observé pour 100 patients de 16 à 65 ans hors ALD et un la vaccination antigrippale du sujet âgé.
 - ✓ Un indicateur a été dédoublé : différenciation entre benzodiazépines hypnotiques et anxiolytiques.
 - ✓ Un indicateur a été modifié pour tenir compte des dispositions de l'arrêté du 31 juillet 2013 (extension des indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge 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")

3) Indicateurs d'efficience

- **330 points** leur sont actuellement consacrés (contre 400 en 2011) 60 points supplémentaires, portant ce total à 390, ont été mis en réserve pour une définition ultérieure, par les partenaires conventionnels, d'un ou plusieurs indicateurs complémentaires (transports, biologie, imagerie ou reprise d'activité professionnelle).
- **Neuf indicateurs** d'efficience (contre sept en 2011) ont été répartis en 2 axes : prescription dans le répertoire des génériques (ou biosimilaires) et efficience des prescriptions
 - ✓ Six sont nouveaux :
 - ✓ Trois ont été repris à l'identique : deux concernent la prescription dans le répertoire des génériques (statines et antihypertenseurs) et un la part de l'aspirine parmi les prescriptions d'antiagrégants plaquettaires.

→ Les indicateurs de pratique clinique des gastroentérologues sont inchangés (huit indicateurs dont deux déclaratifs)

→ Deux indicateurs de pratique clinique des cardiologues (qui comprend 9 indicateurs dont 2 déclaratifs) ont été légèrement modifiés après avis des partenaires conventionnels : ajout des antiagrégants plaquettaires dans l'indicateur portant sur l'amélioration du traitement post-infarctus du myocarde ; retrait des diurétiques dans celui concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

→ Les objectifs intermédiaires et les objectifs cibles de tous les indicateurs ont été actualisés en fonction 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), à l'exception des indicateurs pour lesquels un objectif de santé publique est défini.

LES REGLES DE GESTION

Certaines règles sont maintenues :

- ✓ Les indicateurs sont calculés sur la patientèle fidèle et consommande du médecin traitant et sur la patientèle correspondante pour les médecins spécialistes
- ✓ Les médecins qui s'installent pour la première fois en libéral continuent de bénéficier de modalités spécifiques de calcul de leur rémunération

Les modifications introduites par la nouvelle convention visent à rendre le dispositif plus souple et à tenir compte de l'évolution de la patientèle du médecin :

- ✓ L'atteinte des seuils minimum des indicateurs est vérifiée chaque année
- ✓ Si le seuil minimal d'un indicateur n'est pas atteint l'indicateur est neutralisé pour l'année de référence
- ✓ Le taux de départ de chaque indicateur est calculé au 31/12/2016 ou au 31/12 de l'année de l'atteinte du seuil minimal requis pour l'indicateur. Ce taux est conservé pour le temps de la convention.
- ✓ Les règles de prise en compte des médecins traitants nouvellement installés sont élargies notamment par la prise en compte des périodes d'interruption d'installation libérale et de l'installation après une période de collaboration.
- ✓ La majoration de la valeur du point applicable lors des 3 premières années d'installation a été revalorisée.

ENTREE EN VIGUEUR

La rémunération sur objectifs renouvelée entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2017 (1^{ère} rémunération versée en avril 2018).

DISPOSITIONS PARTICULIERES

D'ici la fin de l'année 2016, la ROSP doit intégrer deux nouveaux volets : l'un concernant le suivi des enfants par le médecin traitant de l'enfant et l'autre destiné aux médecins spécialistes en endocrinologie. Les indicateurs correspondant seront précisés par les partenaires conventionnels et feront l'objet de la signature d'un avenant.

La convention prévoit une clause de sauvegarde pour l'année 2017 : en cas de baisse de rémunération supérieure à 10% par rapport à 2016, le différentiel sera reversé aux médecins.

Elle prévoit également la mise en place d'une procédure permettant une actualisation du dispositif tout au long de la convention, sans recourir à la signature d'avenants conventionnels.

LIEN AVEC D'AUTRES MESURES

Les indicateurs du bloc organisation du cabinet (hors volet de synthèse médicale) qui figuraient précédemment dans la ROSP sont réintroduits dans le forfait structure créé par la nouvelle convention.
