

Titre 3. Valoriser la qualité des pratiques médicales et favoriser l'efficience du système de soins

Les professionnels de santé adhérant à la convention médicale s'engagent à délivrer des soins de qualité au profit de leurs patients. La convention médicale comporte, en conséquence, des mesures tendant à valoriser l'engagement des professionnels en faveur de la qualité des soins.

La formation professionnelle et le développement professionnel continu constituent un des leviers d'amélioration de la qualité des pratiques médicales.

L'implication des praticiens, tout particulièrement des médecins traitants, dans le développement des actions et des programmes de prévention, conformément aux objectifs prévus par la loi de santé publique, contribue également à renforcer la qualité de la prise en charge.

Les parties signataires affirment leur engagement dans l'amélioration de l'efficience des soins. Dans ce cadre, ils souhaitent poursuivre et renforcer les démarches en faveur de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé initiées en 2005.

En outre, la mise en place d'un nouveau mode de rémunération des médecins en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique constitue un élément majeur de valorisation de la qualité des pratiques par le développement de la prévention, le suivi des pathologies chroniques, l'efficience et des mesures en faveur de l'organisation des cabinets médicaux.

Enfin, elles décident d'accompagner le développement de nouveaux modes d'organisation favorisant la coordination des soins et de favoriser l'informatisation des cabinets médicaux, de manière à développer notamment les échanges sécurisés entre professionnels ainsi que le partage d'informations médicales structurées, pertinentes et sécurisées.

Sous-Titre 1. De la Formation Professionnelle Conventionnelle au Développement Professionnel Continu

Dans l'attente de la mise en œuvre du nouveau dispositif de développement professionnel continu (DPC) pour les médecins, visé à l'article 59 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le dispositif de Formation Professionnelle Conventionnelle est maintenu dans les conditions définies à l'annexe 15.

Les campagnes de Formation Professionnelle Conventionnelle et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles 2011 et 2012 sont poursuivies et gérées selon les modalités précisées dans l'annexe sus- mentionnée.

Dans ce cadre, un accompagnement des médecins à la mise en œuvre de la rémunération à la performance définie aux articles [X] de la convention est mis en place.

Sous-Titre 2. L'implication des médecins dans les campagnes de prévention

Les parties conventionnelles entendent maintenir et renforcer l'engagement des médecins traitants dans les programmes de prévention, en cohérence avec la politique nationale de santé (loi de santé publique, plans de santé publique) afin que les assurés sociaux puissent bénéficier d'actions de prévention tout au long de la vie.

Les programmes déjà mis en œuvre sont ainsi poursuivis :

- le dépistage des cancers (sein, colorectal),
- la prévention des pathologies infectieuses aiguës (vaccination antigrippale, vaccination ROR) ;
- la prévention des complications liées aux pathologies chroniques (diabète, pathologies cardiovasculaires, pathologies respiratoires) ;
- programmes dédiés à certaines populations (dépistages néonataux dont celui de la surdité, prévention bucco-dentaire chez les enfants et les adolescents, facteurs de risque liés à la grossesse, iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées).

Les parties signataires conviennent, dans ce cadre, de décliner et d'assurer un retour d'information individuel auprès de chaque médecin traitant sur les résultats obtenus et leur pratique, afin d'améliorer l'efficience de ces actions de prévention.

Une attention particulière est apportée dans l'organisation de ces programmes de dépistage afin de veiller à la bonne implication du médecin traitant qui doit pouvoir remplir son rôle dans l'offre de soins de premier recours.

De nouveaux programmes de prévention doivent être développés pour favoriser une meilleure observance des calendriers vaccinaux et prévenir les risques liés au tabac chez la femme tout au long de la vie et particulièrement pendant la grossesse. L'action de prévention de l'obésité chez l'enfant doit être poursuivie.

L'implication du médecin dans la prévention est par ailleurs reconnue et valorisée individuellement dans le cadre de la rémunération à la performance introduite dans la présente convention.

Sous-Titre 3. Les mesures en faveur de l'accompagnement des patients

Les parties signataires de la présente convention s'engagent à favoriser le développement des programmes d'accompagnement des patients souffrant de pathologies chroniques, dans l'objectif de prévenir les aggravations et d'améliorer la qualité de vie des patients concernés.

Article 18. Sophia

En France, 2,9 millions de personnes sont diabétiques et 8 sur 10 sont prises en charge à 100% au titre d'une affection de longue durée. La prévention du diabète, de ses complications et l'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques représentent un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie, à la fois sur le plan médical et économique.

Ainsi, le programme Sophia destiné aux personnes atteintes du diabète est en cours d'expérimentation depuis 2008 dans 11 départements pilotes élargis à 19 départements depuis l'automne 2010. Il a été développé avec les professionnels de santé, les sociétés savantes et les associations de patients.

L'objectif est d'accompagner les patients qui le souhaitent, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, pour les aider à mieux vivre avec la maladie et en prévenir les complications.

Intégré dans le plan ministériel d'amélioration de la qualité de vie des malades chroniques, le service de l'Assurance Maladie va être généralisé France entière d'ici 2013 et étendu à des pathologies cardiovasculaires et respiratoires. La démarche d'accompagnement est vouée à évoluer pour passer d'un accompagnement des patients atteint d'une pathologie donnée à un accompagnement de la personne, afin de prendre en compte l'ensemble des pathologies, facteurs de risques et complications qui influent sur sa santé.

En relation avec le médecin correspondant, le médecin traitant est un acteur clé du dispositif Sophia. Le programme Sophia s'inscrit dans le prolongement des conseils et des recommandations prodigués par le médecin traitant. A ce titre le médecin traitant est associé à toutes les étapes de la démarche. Il est préalablement informé de l'accompagnement Sophia prévu pour ses patients. Chaque année, le médecin traitant renseigne un questionnaire relatif à l'état de santé de ses patients avec l'accord de ces derniers. Ces informations contribuent à l'évaluation de l'efficacité du service. Leur confidentialité ainsi que le respect du secret médical sont garantis par l'Assurance Maladie.

Il relaie auprès de ses patients éligibles au service la présentation des bénéfices de l'accompagnement et des modalités de l'adhésion.

La rémunération du médecin traitant est forfaitaire et annuelle pour l'envoi du questionnaire médical (QM) après l'adhésion d'un de ses patients au service Sophia à hauteur de _____ et annuellement à hauteur _____ lors du renouvellement du QM sur sollicitation de l'Assurance maladie lors de l'envoi d'un deuxième QM.

Seuls les questionnaires médicaux totalement complétés et signés du patient donnent lieu à rémunération dans le programme Sophia et permettent de valider le paiement de la rémunération.

Article 19. Extension des programmes d'accompagnement à d'autres pathologies (cardiovasculaire, BPCO)

Afin de renforcer la qualité de prise en charge des pathologies lourdes, les parties signataires souhaitent renforcer la participation active des médecins aux programmes initiés par les différents régimes d'assurance maladie sur l'accompagnement des personnes souffrant de pathologies chroniques, notamment de pathologies cardiovasculaires (facteurs de risque cardio-vasculaires et insuffisance cardiaque), de pathologies respiratoires (asthme et broncho-pneumopathie obstructive).

Sous-Titre 4. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé

Les signataires réaffirment en premier lieu leur engagement dans la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, qui s'inscrit dans un double objectif d'amélioration des pratiques et d'optimisation des dépenses.

Article 20. Les objectifs des actions de maîtrise médicalisée

Les partenaires conventionnels conviennent d'arrêter des actions de maîtrise médicalisée en lien notamment avec les engagements sur objectifs de santé publique définis dans le cadre du nouveau mode de rémunération exposé au titre III de la présente convention.

Le développement de ces actions s'effectue autour des objectifs suivants :

- développer l'information des praticiens et des patients sur les règles de prise en charge collective, dès lors qu'elles touchent au taux de remboursement de certaines prestations ou à la fréquence de réalisation de certains actes ;
- parvenir à une inflexion significative des dépenses de remboursement de certains produits de santé et prestations, dans le cadre de l'objectif global d'économie fixé par la loi de financement de la sécurité sociale.

En s'appuyant notamment sur les outils suivants :

- les protocoles et référentiels publiés par la Haute Autorité de Santé,
- les référentiels de pratique médicale et encadrant la prise en charge élaborés par l'assurance maladie dans le cadre de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale,

Sur chacun des thèmes retenus, les engagements conventionnels répondent aux objectifs suivants :

- réduire des écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées. Après correction des variations liées notamment aux caractéristiques

des populations ou de l'offre, les engagements peuvent porter sur la réduction de disparités régionales inexpliquées. Ils peuvent porter également sur la réduction de surconsommations au regard de constats dans des pays comparables.

- optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins, notamment par le respect de recommandations et/ou de stratégies moins onéreuses à efficacité comparable.

- renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires relatives aux conditions de prise en charge des actes et prescriptions (indications remboursables, conditions de réalisation, relation avec ALD,...).

Article 21. Les modalités de fixation des objectifs

Les parties s'engagent sur des objectifs quantifiés annuels ou pluriannuels sur la base d'indicateurs de mesure répondant aux exigences de fiabilité, de reproductibilité et traduits en termes d'économies attendues. Ils permettent ainsi de situer le champ et le montant des dépenses de soins de ville que les parties conviennent de gérer de façon concertée.

Chaque année, la CPN examine les thèmes et les objectifs de maîtrise médicalisée à fixer pour l'année suivante. Ces thèmes et objectifs font l'objet chaque année d'un avenant à la présente convention.

La définition des thèmes d'engagements de maîtrise intéressant d'autres professions de santé est réalisée en concertation avec les syndicats signataires de leur convention nationale.

Article 22. Le suivi des objectifs

L'atteinte des objectifs fixés dans chacun des engagements de maîtrise médicalisée ne peut s'envisager sans une implication forte des instances conventionnelles.

Chacune dans leur domaine de compétence, les commissions conventionnelles nationales, régionales et locales sont les principaux acteurs de la mise en œuvre et du suivi des engagements de maîtrise médicalisée.

Au niveau national :

La CPN arrête les thèmes des engagements. Pour chacun d'eux, elle détermine les objectifs à atteindre et propose les mesures d'accompagnement jugées nécessaires. Elle en assure le suivi de la mise en œuvre et des résultats obtenus.

La CPN peut également proposer des thèmes pour l'élaboration de référentiels de pratique médicale ou encadrant la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins tels que définis à l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale.

Au niveau régional : à définir

Au niveau local :

Le niveau local constitue le niveau opérationnel de la maîtrise médicalisée.

La CPL définit un plan d'action adapté aux constats effectués pour le département.

Elle organise toute forme de communication collective envers les praticiens et les assurés.

Elle analyse de façon régulière les tableaux de bord de suivi des engagements et décide de toute mesure visant à permettre l'atteinte des objectifs fixés au département.

Elle s'appuie sur la formation « médecins » définie à l'article [X] pour toute mesure de caractère médical.

Article 23. L'information et la promotion des objectifs auprès des médecins libéraux

Les actions de maîtrise médicalisée menées depuis 2005 auprès des médecins libéraux ont contribué à la maîtrise relative de l'évolution des dépenses de santé.

Dans le domaine du médicament, les comparaisons internationales récentes montrent que, si la France a réduit son écart en volume de prescriptions de médicaments par rapport aux autres pays européens, elle reste encore en tête de la consommation en montant moyen par habitant, notamment du fait d'une utilisation insuffisante des médicaments génériques dans les principales classes thérapeutiques.

Les efforts déjà menés doivent donc être poursuivis. Conformément aux dispositions de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale, les partenaires conventionnels peuvent également désormais s'appuyer sur des référentiels de pratique médicale élaborés par l'UNCAM et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur des référentiels visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. Ces référentiels sont soumis à la Haute Autorité de santé.

En outre, il faut souligner que la maîtrise médicalisée figure dans les objectifs du développement professionnel continu d'un médecin, définis par l'article L. 4133-1 du code de santé publique.

Article 24. Thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2011

Dans l'attente d'un avenant à la présente convention portant sur les thèmes et objectifs de maîtrise médicalisée pour l'année 2012, sont ici rappelés ceux retenus dans la Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2011.

Antiagrégants plaquettaires.	25 M€
Antibiotiques	22 M€
Statines	50 M€
Anxio. – hypnotiques	7 M€
IPP	15 M€
IEC-Sartans	51 M€
Ostéoporotiques	11 M€
Anti-dépresseurs	10 M€
Antalgiques	30 M€
Anti-diabétiques	20 M€
Autres nouveaux thèmes (EPO, anti TNF...)	15 M€
TOTAL MEDICAMENTS	256 M€
PPC	10 M€
Masseurs kinésithérapie	50 M€
IJ	75 M€
Transports	90 M€
ALD	40 M€
Actes	30 M€
TOTAL	551 M€

Sous-Titre 5. Compléter la rémunération pour valoriser la qualité des pratiques médicales et l'efficience

Article 25. Les trois piliers de la rémunération : acte, forfait et objectifs de santé publique

Les partenaires conventionnels conviennent de la nécessité de faire évoluer les modes de rémunération afin de valoriser la qualité des pratiques et d'optimiser les dépenses de santé. La diversification des modes de rémunération des médecins constitue un objectif majeur de la présente convention médicale. Les parties signataires souhaitent évoluer vers une rémunération mixte prenant en compte les actes cliniques ou techniques, les missions des médecins et leurs engagements de service, ainsi que les résultats obtenus en santé publique et en termes d'efficience du système de soins.

Dans ce cadre elles conviennent d'organiser désormais la rémunération autour de trois piliers :

- la rémunération à l'acte, principe fondateur de l'exercice libéral
- la rémunération forfaitaire permettant de rémunérer certaines activités correspondant à l'engagement des professionnels dans des domaines comme la prise en charge ou l'accompagnement de pathologies chroniques ou la prise en compte de tâches administratives,
- la rémunération à la performance, versée en fonction de l'atteinte d'objectifs de santé publique et d'efficience,

Destinée à se développer pour l'ensemble des spécialités et pour l'ensemble des médecins qui le souhaitent, la présente convention renforce les incitations à la modernisation des cabinets médicaux, à l'utilisation des télé-services et à l'optimisation de l'accueil des patients.

Elle valorise dans ce cadre l'engagement des médecins dans la télétransmission des données de facturation qui constitue un service rendu aux patients et une simplification administrative pour les assurés.

Elle permet de reconnaître la mission de synthèse de la situation médicale des patients réalisée par le médecin traitant à partir des dossiers informatisés, en diversifiant la rémunération de ces médecins traitants de façon proportionnelle au nombre des patients qui les ont choisi.

La rémunération à la performance valorise de plus l'engagement des médecins traitants dans la prévention, le suivi des pathologies chroniques et l'efficience des prescriptions.

Ces volets sont susceptibles de s'étendre aux autres spécialités concernées.

Article 26. Un nouveau partenariat en faveur de l'amélioration de la prise en charge des patients et de l'efficience des soins

La rémunération à la performance a d'ores et déjà été initiée avec les médecins traitants dans le cadre des contrats d'amélioration des pratiques individuelles conclus sur la base de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale.

Au regard des résultats encourageants de cette expérience, les partenaires conventionnels estiment qu'il est désormais possible de généraliser ce mode de rémunération complémentaire à l'ensemble des médecins, dans un cadre désormais conventionnel.

Les médecins qui adhèrent à la présente convention s'engagent, en contrepartie, à fournir à la caisse les informations complémentaires de nature déclarative qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour calculer le montant de la rémunération sur objectifs.

Les médecins qui ne souhaitent pas bénéficier de la rémunération complémentaire ont la possibilité de notifier ce choix à la caisse au moment de leur adhésion à la convention, dans les trois mois suivant la publication au Journal Officiel de la présente convention, ou les trois mois suivant leur installation pour les nouveaux installés.

L'ensemble des médecins libéraux est concerné par les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service (cf. point [X]).

Les autres indicateurs, relatifs à la pratique clinique, à la prévention, la santé publique et à l'efficience concernent dans un premier temps les médecins traitants. Afin de les mesurer, des seuils minimaux d'activité sont constitués d'un nombre minimal de patients suivis, ou d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés.

Certains indicateurs correspondent à des données déclaratives de résultats de mesures ou de dosages biologiques. La prise en compte de ces indicateurs pour la valorisation de l'activité est conditionnée à la capacité du médecin de tenir à jour ces données dans le dossier patient.

Pour les médecins traitants, la patientèle prise en compte pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) de l'ensemble des régimes d'assurance maladie à la date de mise en œuvre du dispositif. Elle est réévaluée chaque année à date anniversaire du début du dispositif. Dans l'attente de la mise à disposition du calcul des indicateurs sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoires, les indicateurs sont calculés sur la patientèle du régime général.

Ce nouveau mode de rémunération des médecins valorisant l'activité du médecin dans la prise en charge globale du patient a vocation à s'appliquer dans un premier temps aux médecins traitants, puis à s'étendre à toutes les spécialités par avenants à la présente convention afin de prendre en compte la spécificité de pratique des différentes spécialités cliniques et techniques et d'adapter les indicateurs susceptibles d'être retenus ainsi que les modalités de calcul.

Il est donc indispensable d'engager préalablement une expertise sur la pertinence des indicateurs et leurs modalités de calcul.

Les partenaires s'engagent à conclure des avenants dans ce cadre.

Article.26.1. La valorisation de la qualité des pratiques

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.

Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- L'organisation du cabinet et la qualité de service
- La qualité de la pratique médicale

L'organisation du cabinet et la qualité de service

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception, de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les indicateurs mesurent l'utilisation d'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des Technologies de l'Information et de Communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les télé-services et à des fins médicales.

Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.

La qualité de la pratique médicale

Les indicateurs mesurent l'implication des médecins dans la prévention, le suivi et la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques comme le diabète et l'hypertension artérielle et l'optimisation des prescriptions en privilégiant la prescription dans le répertoire et en préférant des molécules à efficacité comparable, moins onéreuse.

Les indicateurs sont fixés en cohérence avec la loi de santé publique et tiennent compte des avis et référentiels émis par la Haute Autorité de Santé ainsi que les recommandations internationales afin d'être adaptés aux données acquises de la science.

La révision des indicateurs peut faire l'objet d'avenants à la présente convention afin de tenir compte de l'évolution des données acquises de la science. A ce titre, d'autres indicateurs pourront être adoptés par avenants à la présente convention.

Article.26.2. Le fonctionnement du dispositif

Le dispositif repose sur le suivi des indicateurs suivants :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service

	Indicateurs
Indicateurs organisation cabinet	Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices
	Communication et réservation des plages d'accès sans rendez-vous pour l'accès aux soins des patients
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

Les indicateurs de qualité de la pratique médicale

CHAMPS	THEMES	INDICATEURS	OBJETS TIFS CIBLE S	Seuil minir requis pour prise compte l'indicateur
LE SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES	Diabète	Nombre de patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant » (MT) et bénéficiant de 3 à 4 dosages d'HbA1c dans l'année parmi l'ensemble des patients traités par antidiabétiques ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	65%	10 patient
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 8 % parmi l'ensemble des patients traités diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	90 %	10 patient
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats de dosages d'HbA1c sont < 7,5 % parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	10 patient
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,5 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	90 %	10 patient
		Nombre de patients MT diabétiques de type 2 dont les résultats du dosage de LDL cholestérol est < 1,3 g/l parmi l'ensemble des patients diabétiques de type 2 ayant choisi le médecin comme « médecin traitant ».	80 %	10 patient
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques et bénéficiant d'une consultation ou d'un examen du fond d'oeil ou d'une rétinographie dans les deux ans rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antidiabétiques	75%	10 patient
		Nombre de patients MT traités par antidiabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines parmi l'ensemble des patients MT de mêmes tranches d'âge traités par antidiabétiques et antihypertenseurs	75%	10 patient
		Nombre de patients MT diabétiques dont l'âge est > 50 ans pour les hommes et > 60 ans pour les femmes et traités par antihypertenseurs et statines et bénéficiant d'un traitement par aspirine faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT diabétiques de mêmes tranches d'âge traités par antihypertenseurs et statines	65%	10 patient
	Hyper-tension artérielle	Nombre de patients MT traités par antihypertenseurs dont la pression artérielle est ≤ à 140/90 mm Hg, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antihypertenseurs	60 %	20 patient

LA PREVENTION	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgés de 65 ans ou plus vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT de 65 ans ou plus	75%	20 patient
	Vaccination antigrippale	Nombre de patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination et vaccinés, rapporté à l'ensemble des patients MT âgées de 16 à 64 ans en ALD ciblés par la campagne de vaccination	75 %	10 patient
	Cancer du sein	Nombre de patientes MT de 50 à 74 ans participant au dépistage (organisé ou individuel) du cancer du sein rapporté au nombre de femmes MT de 50 à 74 ans	80%	20 patient
	Vaso-dilatateurs	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 traités, rapporté au nombre des patients MT âgés de plus de 65 ans	5 %	20 patient
	Benzo-diazépines à demi vie	Nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans traités, rapporté au nombre de patients MT âgés de plus de 65 ans	3%	20 patient
	Durée de traitement par benzo-diazépines	Nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD à partir de XX/XX/XXXX et d'une durée supérieure à 12 semaines, rapporté au nombre de patients MT ayant débuté un traitement par BZD sur la même période.	XX %	5 patients
	Cancer du col de l'utérus	Nombre de patientes MT de 25 à 65 ans ayant bénéficié d'un frottis au cours des 3 dernières années, rapporté à l'ensemble des patientes MT de 25 à 65 ans	80 %	20 patient
	Cancer du côlon	<i>Nombre de patients MT de 50 à 75 ans ayant bénéficié d'un test de dépistage du cancer du côlon au cours des deux dernières années, rapporté à l'ensemble des patients MT de 50 à 75 ans.*</i>	50 %	10 patient
	Antibiothérapie	Nombre de traitements par antibiotiques pour les patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD rapporté au nombre de patients MT de 16 à 65 ans et hors ALD	37 %	20 patient

* : sous réserve d'expertise complémentaire

L'EFFICIENCE	Antibiotiques	Prescription (en nombre de boîtes) d'antibiotiques dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antibiotiques prescrits (en nombre de boîtes)	90%	40 boites
	Inhibiteurs de la pompe à protons	Prescription (en nombre de boîtes) des IPP dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IPP prescrits (en nombre de boîtes)	80%	35 boites
	Statines	Prescription (en nombre de boîtes) des statines dans le répertoire des génériques / l'ensemble des statines prescrites (en nombre de boîtes)	70%	30 boites
	Anti-hypertenseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antihypertenseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antihypertenseurs prescrits (en nombre de boîtes)	65%	130 boite
	Antidépresseurs	Prescription (en nb de boîtes) des antidépresseurs dans le répertoire des génériques / l'ensemble des antidépresseurs prescrits (en nombre de boîtes)	80%	30 boites
	IEC	Prescription (en nb de boîtes) d'IEC dans le répertoire des génériques / l'ensemble des IEC + sartans prescrits (en nombre de boîtes)	65%	50 boites
	Aspirine	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	85%	10 patient

Les parties signataires s'accordent pour faire entrer le dispositif en vigueur au 1 janvier 2012. Les rémunérations afférentes sont calculées par année glissante.

Pour le dépistage du cancer du côlon, la rémunération à la performance remplace la rémunération des médecins participant au dispositif de dépistage organisé (sous réserve d'expertise complémentaire).

Article.26.3. Le contenu de la rémunération

L'ensemble du dispositif est basé sur un total de 1200 points, valorisés de la manière suivante :

Pour chaque thème d'indicateur et par indicateur le nombre de points correspond à un taux de réalisation de 100 %.

Thème	Indicateurs	Nombre de points
Indicateurs organisation du cabinet	Tenue du dossier médical informatisé avec saisie de données cliniques permettant le suivi individuel et de patientèle	50
	Utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	50
	Informatisation permettant de télétransmettre et utilisation des téléservices	50
	Volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé	100 *
	Communication et réservation des plages d'accès sans rendez-vous pour l'accès aux soins des patients	50
	TOTAL	300

Indicateurs de suivi des pathologies chroniques	Nombre de dosages de l'HbA1c	30
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 8%	15
	Résultats du dosage de l'HbA1c < à 7,5 %	25
	Résultats du dosage de LDL < 1,5 g/l	10
	Résultats du dosage de LDL < 1,3 g/l	25
	Surveillance ophtalmologique (fond d'œil)	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par une statine	35
	Prévention cardiovasculaire des patients à haut risque par l'aspirine à faible dose	35
	Résultats de la mesure de la pression artérielle	40
TOTAL		250
Indicateurs de prévention et de santé publique et prévention	Vaccination antigrippale des 65 ans et plus	20
	Vaccination antigrippale de 16 à 64 ans en ALD	20
	Dépistage du cancer du sein	30
	Vasodilatateurs	30
	Benzodiazépines à demi-vie longue	30
	Durée de la prescription des benzodiazépines	30
	Dépistage cancer du col de l'utérus	30
	<i>Dépistage cancer du côlon*</i>	30
	Usage pertinent de l'antibiothérapie	30
	TOTAL	250
Indicateurs d'efficience	Prescriptions dans le répertoire d'Antibiotique	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Inhibiteurs de la pompe à protons	60
	Prescriptions dans le répertoire de Statines	60
	Prescriptions dans le répertoire d'Antihypertenseurs	55
	Prescriptions dans le répertoire d'Antidépresseurs	55
	Ratio IEC/IEC + sartans	55
	Nombre de patients MT traités par aspirine à faible dosage, rapporté à l'ensemble des patients MT traités par antiagrégants plaquettaires	55
	TOTAL	400

* : sous réserve d'expertise complémentaire

Pour une valeur du point de ___, le total des 1200 points équivaut à ___ €, dont 300 points, soit ___ €, pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service.

Afin de prendre un compte le volume de la patientèle pour les indicateurs portant sur la qualité des pratiques, le nombre de points est défini pour une patientèle moyenne de 800 patients et pondéré ensuite selon le volume de la patientèle réelle.

Ainsi, pour un médecin généraliste ayant une patientèle de 800 patients et qui obtient, pour chaque indicateur, un taux de réalisation de 100 % de l'objectif, la rémunération à la performance correspond à 1200 points, soit une rémunération par patient de ___ €.

Les parties conventionnelles conviennent de soutenir la première installation en libéral en majorant la valeur du point pendant une durée de trois ans, dans des modalités définies en annexe.

Les médecins adhérent à la présente convention mettent, en cas de besoin, les éléments justificatifs des données déclaratives à la disposition des praticiens conseils de l'assurance maladie.

Article.26.4. Les modalités de calcul de la rémunération

Le dispositif de rémunération est organisé au moyen d'un système de points attribués à chaque objectif en fonction de la réalisation ou non de l'objectif. Chaque module d'indicateurs est indépendant des autres.

Pour les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet et la qualité de service, le nombre de points attribués est indépendant du nombre de patients, à l'exception de l'indicateur relatif au volet annuel de synthèse par le médecin traitant du dossier médical informatisé.

Pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale à savoir le suivi des pathologies chroniques, la prévention et l'efficience, le nombre de points attribués est dépendant du nombre de patients. Pour les médecins généralistes, la patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle médecin traitant (MT) affiliée au régime général hors sections locales mutualistes, dans l'attente de la mise à disposition des données par les autres régimes d'assurance maladie obligatoire.

Le nombre de patients entrant dans le calcul de la rémunération est comptabilisé à chaque date anniversaire. Tous les patients ayant déclaré le médecin comme médecin traitant sont dénombrés quel que soit leur régime d'affiliation.

. Pour chaque indicateur sont définis un niveau initial, un objectif intermédiaire et un objectif cible :

- Le niveau initial du médecin est défini à partir de la situation médicale initiale du médecin au moment de l'entrée en vigueur du dispositif ou de l'adhésion du médecin à la convention lors d'une nouvelle installation (T0),
- L'objectif intermédiaire du médecin est déterminé en fonction de la distribution actuelle des médecins au regard de cet indicateur,
- L'objectif cible du médecin est déterminé selon l'indicateur, il est commun à l'ensemble des médecins.

Les modalités de calcul de la rémunération sont précisées en annexe VI.

Article 26.5. Le suivi du dispositif

Suivi du dispositif au niveau national

Il est créé un Observatoire chargé d'étudier les conséquences de l'application de cette rémunération à la performance et de faire évoluer avec une instance médicale les indicateurs de pratique.

Il est composé en nombre égal d'experts désignés par le directeur de l'UNCAM et par les syndicats représentatifs signataires.

Suivi individuel du médecin

A partir de l'entrée en vigueur du dispositif et lors de l'installation des médecins, la caisse communique à chaque médecin une analyse chiffrée de sa patientèle dans les domaines visés par les objectifs retenus. Elle lui fournit également, à terme, au moins chaque trimestre, les données nécessaires au suivi de ses indicateurs.

A tout moment, le médecin peut solliciter un rendez-vous auprès d'un praticien-conseil ou d'un représentant de la caisse pour tout élément d'information.

Article 27. Favoriser les activités cliniques dans le cadre de la politique de santé publique

Parallèlement à la mise en place de ce nouveau mode de rémunération à la performance, les parties signataires conviennent de favoriser le développement de certaines activités pour les spécialités cliniques et techniques.

La mise en œuvre des mesures prévues au présent article est conditionnée par la publication préalable des modifications de la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale.

Article 27.1. Soutenir la priorité de santé publique en matière de prévention et de dépistage

En matière de cancers cutanés et notamment du mélanome, il est observé une augmentation régulière du taux d'incidence. Dans son rapport de 2006, la HAS évalue à 2,8 millions le nombre de sujets à risque de mélanome.

Dans ce cadre les parties signataires estiment que le développement des actions de dépistage doit être privilégié. Dans ce cadre, elles souhaitent la mise en œuvre d'une consultation spécifique pour ce dépistage réalisé par les dermatologues valorisée à hauteur de ___. Cette consultation s'adresserait aux patients relevant des critères définis dans le rapport de la HAS.

De plus, la biopsie cutanée est un acte diagnostique important en pratique dermatologique. Son tarif est inférieur à celui de la consultation.

Afin de développer cette pratique, d'en permettre une meilleure traçabilité, les parties signataires suggèrent de permettre le cumul de la facturation de la biopsie avec l'acte de consultation.

Enfin, le traitement de 1ère intention des naevus, des tumeurs cliniquement suspectes de malignité ou malignes, est l'exérèse cutanée. Cette activité chirurgicale d'exérèse de lésion cutanée est très fréquente, et majoritairement réalisée en cabinet de ville sous anesthésie locale. Suite au rapport de la HAS de juillet 2007, un Forfait Sécurité Dermatologie (FSD) a été créé à la liste des actes et prestations pour valoriser l'environnement technique nécessaire à la pratique de ces actes réalisés hors hospitalisation. Les signataires proposent de revaloriser le forfait FSD.

En matière de prévention du cancer du col de l'utérus, le frottis cervico-vaginal représente le moyen le plus performant. A ce titre et compte tenu des inégalités constatées en matière d'accès à la prévention, il apparaît important de favoriser la généralisation de son dépistage selon les recommandations de la HAS.

Afin d'évaluer la diffusion de ce type de dépistage dans la population éligible et de mesurer l'atteinte des objectifs fixés dans la loi de santé publique il est nécessaire d'en assurer la traçabilité.

A cette fin, les parties signataires suggèrent que soit donnée la possibilité à l'ensemble des médecins de coter l'acte technique lorsqu'il est réalisé au décours d'une consultation afin de favoriser ce dépistage et d'assurer le suivi de cet indicateur de santé publique.

Afin de mieux prévenir les pathologies de l'enfance et d'assurer une meilleur suivi, les parties signataires estiment nécessaire d'harmoniser la valorisation de l'ensemble des consultations obligatoires devant donner lieu à l'établissement d'un certificat et qui sont prévus au 8^{ème} jour, au cours du 9^{ème} mois et au cours du 24^{ème} mois par l'article R. 2132-2 du code de santé publique. Elles constatent que ces trois consultations longues et complexes correspondent à un travail médical équivalent.

A l'instar de ces trois consultations obligatoires, les parties proposent la création d'une consultation entre la sortie de maternité et le 28^{eme} jour valorisée à hauteur de ____ € en secteur à honoraires opposables et à hauteur de ____ € en secteur à honoraires différents, comme pour les trois autres consultations donnant lieu à certificat médical. En effet, les recommandations de la HAS publiées en novembre 2005 dans « Préparation à la naissance et à la parentalité » préconisent l'intérêt d'un examen médical pendant cette période.

Enfin, les pédiatries exerçant dans le secteur à honoraires opposables bénéficient actuellement d'une majoration définie à l'article 2 bis des dispositions générales de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), pour leurs patients âgés de plus de 2 ans et de moins de 16 ans valorisée à 5 €. Les parties souhaitent qu'une majoration spécifique soit créée pour les enfants de 2 à 6 ans avec une valeur fixée à ____ €.

Article 27.2. Améliorer la prise en charge de certaines pathologies chroniques

Les patients atteints de maladies neuro dégénératives et tout particulièrement ceux atteints de la maladie d'Alzheimer nécessitent un suivi attentif et une évaluation périodique de leur pathologie. Une consultation réalisée au domicile du patient et en présence des aidants naturels apparaît nécessaire pour mieux appréhender la situation du patient dans son environnement habituel et mieux répondre à ses besoins et à ceux de son entourage. Les parties conviennent de la nécessité de valoriser ce rôle du médecin traitant et entendent

favoriser la création d'une visite longue et complexe valorisée à hauteur de ___ € et dénommée VL.

S'agissant des patients diabétiques insulino-traités, les parties signataires considèrent que le rôle prépondérant de l'endocrinologue dans la prise en charge initiale des patients et lors de la première consultation en cas d'apparition de certaines complications du diabète doit être reconnu. A cet effet elles conviennent de la nécessité d'élargir le périmètre d'application de la majoration MCE défini à l'article 15-4 des dispositions générales de la NGAP.

Les parties signataires s'engagent à favoriser le traitement de l'insuffisance rénale chronique par la dialyse péritonéale. Elles proposent la création à la liste des actes et prestations d'un acte forfaitaire qui rémunèrera le suivi du patient par le médecin responsable de cette dialyse péritonéale.

Les parties signataires estiment souhaitable de mieux prendre en charge les pathologies psychiatriques chez l'enfant et en particulier les consultations familiales. En effet, ce type de consultations en présence de la famille nécessite un temps de consultation particulièrement longue que l'enfant relève ou non d'une ALD. En conséquence elles suggèrent que les conditions de réalisation de la majoration MPF soient élargies.

Les signataires proposent également la création d'une consultation de psychiatrie cotée à hauteur de ___ CNPSY. Elle interviendrait dans un délai de 72h à la demande du médecin traitant, afin de permettre une meilleure accessibilité à un psychiatre en urgence.

Enfin, les parties signataires conviennent de porter à ___ € la valeur de la lettre clé CNPSY, à ___ € la valeur de la VNPSY, à ___ € la valeur des lettres clés CNPSY et VNPSY des psychiatres exerçant en Guyane, à la Réunion et à Mayotte.

Article 27.3. Valorisation des spécialités utilisant les plateaux techniques lourds

Dans le cadre de la mise en place du secteur optionnel défini aux articles [X], les parties signataires conviennent de la nécessité d'adapter la liste des actes et prestations mentionnée à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale pour étendre le champ d'application de la majoration forfaits modulables (modificateur K).

En outre, les parties signataires conviennent de la nécessité de revoir le niveau de cette majoration forfaits modulables à compter de l'année 2013.

Article 27.4. Valorisation de la pratique des médecins à exercice particulier

Les parties signataires constatent que les modalités actuelles d'enregistrement auprès de l'assurance maladie des médecins ayant une compétence particulière exercée de façon exclusive ou simultanément avec une activité de médecine générale ne permettent pas d'avoir une vision précise et exhaustive de leurs pratiques.

Dans ce cadre, elles souhaitent mettre en place un groupe de travail afin de mieux appréhender les différents modes d'activité des médecins concernés et les difficultés auxquelles ils sont confrontés.

Parallèlement, les parties signataires conviennent de valoriser la médecine thermale afin d'encourager la démarche préventive et éducative initiée notamment autour des pathologies articulaires, cardiovasculaires et respiratoires. La valeur du forfait thermal (STH) est donc portée à ___ €.