

Actualisation

Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique.

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

CNAMTS /DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS) – ACTUALISATION OCTOBRE 2014

REFERENCE : ARTICLE 26 ET ANNEXE XVII DE LA CONVENTION MEDICALE DE JUILLET 2011

Sommaire

Présentation	1
1. Conditions de déclenchement du calcul des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service	4
2. Les 4 indicateurs applicables à tous les médecins quelle que soit leur spécialité ...	5
2.1. Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle	5
2.2. Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié	6
2.3. Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	6
2.4. Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	7
3. Indicateur réservé au médecin traitant : élaboration à partir du dossier informatisé et mise à disposition d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients .	7

Présentation

Le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique intègre un volet dédié à l'organisation du cabinet et à la qualité de service.

Ces indicateurs visent à favoriser l'informatisation et la modernisation des cabinets médicaux, pour permettre à la fois un meilleur suivi de la patientèle et une amélioration du service aux patients.

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet sont au nombre de cinq :

- 4 d'entre eux concernent tous les médecins, quelle que soit leur spécialité. Ils représentent un total de 250 points valorisés à 7€ le point
- 1 indicateur est dédié aux médecins traitants : il s'agit de la possibilité d'établir et de mettre à disposition, à partir du dossier informatisé, une synthèse médicale annuelle par patient. Il représente un total de 150 points pondérés en fonction de la taille de la patientèle réelle du médecin traitant.

Deux conditions sont nécessaires pour permettre le déclenchement du calcul de la rémunération relative à ces indicateurs (cf. point 1)



Champs	Indicateurs	Nombre de points	Equivalent en € ¹	Type d'indicateur	Périodicité
Organisation du 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	75	525	Déclaratif	Annuelle
	Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié ²	50	350	Déclaratif	Annuelle
	Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices	75	525	Automatisé	Annuelle
	Affichage dans le cabinet et sur le site ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients	50	350	Déclaratif	Annuelle
	Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour chaque patient ³	150	1050	Déclaratif	Annuelle
TOTAL		400			

¹ Pour un taux de réalisation de 100 %.

² Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte-rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.

³ Cet indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants. Au-delà, la rémunération est pondérée en fonction du rapport entre la patientèle réelle et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.



1. Conditions de déclenchement du calcul des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service

Deux conditions cumulatives sont nécessaires pour permettre le déclenchement du calcul des indicateurs sur l'organisation du cabinet et la qualité de service.

Les deux conditions sont :

- disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM-Vitale ;
- atteindre un taux de télétransmission en feuilles de soins électroniques SESAM-Vitale (FSE avec carte Vitale ou FSE SESAM sans Vitale sous conditions) supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins émises par le médecin.

Les deux conditions sont mesurées et calculées par l'Assurance Maladie.

- **1^{ère} condition relative à la version du cahier des charges**

La version du cahier des charges GIE SESAM-Vitale requise en 2014 est la version 1.40 au minimum addendum 2 bis. Elle est appréciée au **31 décembre de l'année de référence, soit au 31/12/2014, pour le suivi des objectifs.**

- **2^{ème} condition relative au taux de télétransmission**

Pour le calcul du taux de télétransmission, et conformément à l'article 1^{er} de l'annexe XVII de la convention médicale signée le 26 juillet 2011, sont exclus du champ : « les actes facturés pour :

- les bénéficiaires de l'aide médicale d'État,
- les nourrissons de moins de trois mois,
- les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient et,
- les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404 ».

La date servant au calcul du ratio est individualisée en fonction du démarrage du professionnel de santé à la télétransmission.

La date est individualisée uniquement pour les professionnels de santé qui démarrent leur activité de télétransmission SESAM-Vitale pendant la période d'exercice observée.

- ⇒ Si le professionnel a télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période prise en compte dans le calcul est du 1^{er} janvier au 31 décembre de l'année de référence. Le médecin est donc réputé remplir cette condition dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$;
- ⇒ Si le professionnel n'a pas télétransmis l'année qui précède l'année de référence, la période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le 1^{er} jour du mois civil suivant la date de la première FSE (exemple : 1^{ère} FSE effectuée au cours du mois de mai, le calcul du taux de télétransmission débute le 1^{er} juin).



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

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

Calcul du ratio :
$$\frac{\text{Nombre d'actes FSE}}{\text{Total actes tous régimes}} \geq 2/3$$

Nota : si la première FSE est réalisée au cours du mois de décembre 2014, le décompte du taux de FSE ne pourra être effectué que pour la rémunération calculée sur 2015 et versée en 2016. La condition de déclenchement du calcul des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service ne sera donc pas remplie pour 2014.

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

Pour bénéficier de la rémunération de ces indicateurs, le médecin doit déclarer en ligne sur Espace pro le fait qu'il a ou non les équipements adéquats.

La saisie des indicateurs est possible du 1er décembre 2014 au 31 janvier 2015.

A titre exceptionnel et dérogatoire, à défaut d'utilisation d'Espace pro, une déclaration sur support papier peut être effectuée auprès de la caisse d'Assurance Maladie.

Pour les logiciels métier et d'aide à la prescription (cf. point 2.1 et 2.2), il est nécessaire de garder les justificatifs d'achat, les bons de commande émis ou, pour les médecins déjà équipés, les factures de contrat de maintenance. En effet, une copie des justificatifs est requise la première année, ensuite ces derniers sont valables pour la durée de la convention.

Ainsi, les médecins déjà équipés, ayant saisi leurs indicateurs et envoyé leurs justificatifs en 2012 ou 2013 n'ont pas à ressaisir la déclaration en 2014. Ils doivent uniquement vérifier les données enregistrées sur Espace pro et les modifier en ligne, le cas échéant, jusqu'au 31/01/2015 inclus.

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

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

1. La rémunération sera complète si le logiciel métier a été installé au plus tard le **31/12 de l'année qui précède l'année de référence, soit 2013** ou si la date figurant sur le bon de commande est antérieure au **31/12/2013** et que l'installation est réalisée au plus tard le **31/12/2014**.
2. La rémunération sera proratisée par rapport à la date d'acquisition si celle-ci est postérieure au 31/12/2013.



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

Les modalités de rémunération diffèrent selon que le professionnel possède déjà un logiciel ou qu'il en fait l'acquisition.

Le professionnel possède un logiciel d'aide à la prescription (LAP) avant le 31/12 de l'année qui précède l'année de référence, soit 2013.

1. Le LAP est certifié par la HAS au plus tard le 31/12/2013 : la rémunération sera complète.
2. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2013 mais l'éditeur a obtenu sa certification en 2014, la rémunération sera proratisée à compter de la date de certification.

Si la certification n'est pas obtenue en 2014 : absence de rémunération.

Le professionnel acquiert un logiciel d'aide à la prescription (LAP) après le 31/12 de l'année qui précède l'année de référence, soit 2013

3. Le LAP est certifié par la HAS au plus tard le 31/12/2013 : la rémunération sera proratisée à compter de la date d'acquisition du logiciel.
4. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2013 mais la certification est obtenue par l'éditeur en 2014, la rémunération sera proratisée à compter de la date de certification (ou de la date d'acquisition si elle intervient après la date de certification).

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

Le calcul des indicateurs d'organisation du cabinet et de qualité de service étant déclenché aux deux conditions d'avoir une version adéquate du cahier des charges SESAM-Vitale et d'atteindre un taux de télétransmission $\geq 2/3$ de feuilles de soins électroniques (cf. point.1), cet indicateur est systématiquement calculé si le médecin télétransmet.

Ainsi, pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, deux conditions cumulatives doivent être respectées par le médecin :

- télétransmettre
- utiliser les téléservices.

Il peut, à cet effet, utiliser deux équipements distincts.

1. La rémunération sera complète si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté au plus tard le 30/09/2014 aux téléservices (arrêt de travail en ligne, déclaration médecin traitant ou protocole électronique pour 2014).
2. La rémunération sera proratisée en fonction de la date à laquelle il s'est connecté, si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté aux téléservices après le 30/09/2014, à compter de la date à laquelle il s'est connecté.



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

L'indicateur est relatif à l'affichage ou non des horaires dans le cabinet et permet d'apporter des précisions notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous.

Pour **2014**, la rémunération de cet indicateur est conditionnée à la déclaration effective de l'affichage dans le cabinet et sur ameli-direct des horaires :

3 possibilités différentes sont offertes :

- en cochant l'item « les horaires d'ouverture du cabinet sont affichés » sur Espace pro dans la rubrique Activités > Pratiques > Convention- Indicateurs santé publique sur Espace pro **au plus tard le 31/01/2015** (si l'affichage des horaires du cabinet est effectif avant le 31/12/2014) ;
- en renseignant les horaires sur Ameli-direct **au plus tard le 31/12/2014** (depuis un lien présent dans la bannière Convention située en bas à droite de la page d'accueil du portail Espace pro) afin qu'elles soient accessibles aux patients;
- en demandant à sa caisse de saisir cet indicateur dans le BO **au plus tard le 31/01/2015** (si l'affichage des horaires du cabinet est effectif avant le 31/12/2014).

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

Pour bénéficier de la rémunération de cet indicateur, le médecin traitant doit être en mesure d'éditer une synthèse annuelle pour le suivi médical de ses patients **au plus tard le 31/12/2014**.

Pour rappel, les médecins ayant saisi cet indicateur en **2012** ou **2013** n'ont pas à le ressaisir en **2014**. Ils **doivent uniquement** vérifier les données enregistrées sur Espace pro et les modifier en ligne, le cas échéant, jusqu'au **31/01/2015 inclus**.

Le contenu de la synthèse médicale, validé par la HAS, comprend notamment :

- coordonnées du patient ;
- coordonnées du médecin traitant ;
- date de mise à jour ;
- pathologies en cours ;
- antécédents personnels (y compris : allergies et intolérances médicamenteuses) ;
- facteurs de risque ;
- traitement(s) au long cours ;
- points de vigilance (note en texte libre du médecin relative à un traitement [médicamenteux ou non] ponctuel mais significatif, des résultats d'examens particulièrement significatifs ou des éléments nécessitant une vigilance particulière) ;
- signature.



La synthèse étant renseignée en « positif », il est nécessaire que figure la mention « synthèse renseignée en « positif » (les éléments absents ne sont pas spécifiquement renseignés) », ce qui signifie que si le médecin n'a pas connaissance ou n'a pas mis en évidence des éléments entrant dans les différentes rubriques il ne sera pas précisé : « absence de... ». Cette mention est incrémentée automatiquement dans les logiciels métiers.

Par ailleurs, une pondération par la patientèle est appliquée à cet indicateur au médecin traitant, que le médecin soit nouvellement installé ou non. Elle permet de prendre en compte le volume de celle-ci et de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour les médecins traitants. Ainsi, la rémunération est égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle réelle et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

Cette pondération s'applique également aux indicateurs de qualité de la pratique des médecins traitants (note méthodologique portant sur la qualité de la pratique médicale.)

La rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x $\frac{\text{patientèle réelle}}{800}$ x 7€
