

Note méthodologique du dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique des spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition.

Les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

CNAM/DIRECTION DELEGUEE A LA GESTION ET A L'ORGANISATION DES SOINS (DDGOS) –

REFERENCE : ARTICLE 27 DE LA CONVENTION MEDICALE DU 25 AOUT 2016 ET SON AVENANT 4 SIGNE LE 20/12/2017

SOMMAIRE

1. Présentation.....	2
2. Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération	3
2.1. Patientèle utilisée	3
2.2. Calcul des indicateurs	3
2.2.1 Seuils appliqués	3
2.2.2 Taux de départ (ou « niveau initial »).....	3
2.2.3 Taux de suivi (ou « niveau constaté »)	4
2.2.4 Calcul du taux de réalisation	4
2.3. Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante »	6
2.3.1 Cas général (hors médecins nouveaux installés)	
2.3.2. Cas spécifique des médecins nouveaux installés	
3. Modalités de suivi et paiement effectif de la rémunération	
4. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.....	8
4.1. Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques	10
4.2. Indicateurs de prévention.....	12
4.3. Indicateurs d'efficacité	13

1. Présentation

L'avenant 4 à la convention médicale du 25 août 2016 signé le 20 décembre 2017 et publié au JO du 10 mars 2018, a instauré le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique pour les spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition nationale.

Il comporte 8 indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale :

- 6 s'appuient sur des données issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie;
- 2 s'appuient sur des données de suivi clinique déclarées par les médecins.

Ces indicateurs concernent :

- le suivi de pathologies chroniques ;
- des actions de prévention ;
- l'efficacité des prescriptions.

L'atteinte de chaque objectif par les médecins éligibles à cette ROSP donne lieu à l'attribution de points.

Chaque point est valorisé à hauteur de 7€.

La méthode de calcul utilisée permet de valoriser à la fois l'atteinte des objectifs et la progression réalisée par le médecin sur les indicateurs.

Le résultat observé est pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

Si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), toutes les données de ses différents cabinets sont sommées et affectées au numéro Assurance Maladie du cabinet principal.

La fréquence d'actualisation des données de résultats est semestrielle pour les indicateurs calculés et annuelle pour les indicateurs déclaratifs.

2. Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération

Les indicateurs sont calculés pour les médecins libéraux en exercice ou ayant cessé leur activité en tant que médecin libéral au cours de l'année de référence étudiée.

2.1. Patientèle utilisée

2.1.1. Pour les indicateurs calculés

La patientèle utilisée pour le calcul des indicateurs est la patientèle dite « correspondante ».

Elle est constituée des patients de l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire pour lesquels au moins deux actes¹ ont été réalisés et facturés par le spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition au cours des deux années civiles précédentes.

La patientèle correspondante est mise à jour tous les semestres. Les indicateurs sont ainsi calculés sur une patientèle qui a « eu recours » à des soins.

2.1.2. Pour les indicateurs déclaratifs de suivi clinique

Pour les indicateurs de pratique clinique déclaratifs, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

2.2. Calcul des indicateurs

2.2.1 Seuils appliqués

Un seuil minimal est requis pour le calcul de chaque indicateur. Il s'agit d'un nombre minimal de patients, variable selon l'indicateur.

Ces seuils statistiques ont été déterminés afin de calculer les indicateurs sur des effectifs suffisants et significatifs. Ils sont appliqués au nombre de patients figurant au dénominateur des taux de chaque indicateur. Les indicateurs pour lesquels le seuil n'est pas atteint sont neutralisés pour l'année concernée. L'atteinte des seuils est vérifiée chaque année, au 31 décembre de chaque année pour l'année entière

Les seuils minimaux requis pour chaque indicateur sont précisés dans la partie « 4. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale ».

2.2.2 Taux de départ (ou « niveau initial »)

Le taux de départ correspond au niveau à partir duquel est calculée la progression du médecin pour chaque indicateur.

Le niveau initial du médecin est défini au moment de l'entrée en vigueur du dispositif (01/01/2018) ou de son adhésion à la convention (en cas d'installation).

¹ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites)

Les nouvelles dispositions de la convention médicale ont introduit la possibilité que le taux de départ soit défini au 31/12 de l'année au cours de laquelle le seuil minimal de l'indicateur est atteint.

Une fois atteint, le taux de départ d'un indicateur est figé pour le reste de la durée de la convention

Pour les médecins « nouveaux installés »,² les taux de départ sont actualisés au cours des 3 premières années d'exercice.

Le taux de départ est fixé à 0% pour les indicateurs déclaratifs.

2.2.3 Taux de suivi (ou « niveau constaté »)

Le taux de suivi correspond au niveau de l'indicateur de pratique clinique calculé, observé semestriellement et annuellement pour calculer la rémunération.

Il permet, à la fin de l'année considérée, d'évaluer la progression du médecin sur chaque indicateur et ainsi de calculer la rémunération.

L'atteinte des seuils minimaux est vérifiée chaque année pour le calcul des taux de suivi des indicateurs.

2.2.4 Calcul du taux de réalisation

Le principe de la ROSP est de rémunérer chaque année le médecin en prenant en compte à la fois du niveau atteint et de la progression réalisée sur chaque indicateur et pour l'ensemble des indicateurs. Un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est donc calculé pour chaque indicateur.

Pour calculer ce taux de réalisation, la convention précise pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 50% ;
- le niveau initial (ou taux de départ), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition au 31/12 de l'année précédant la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2017 pour l'ensemble des endocrinologues-diabétologues (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année de l'atteinte par le médecin, du seuil minimal requis pour l'indicateur;
- le niveau constaté (ou taux de suivi), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition chaque année, si le seuil minimal de l'indicateur est atteint.

Les objectifs cibles et intermédiaires des indicateurs calculés ont été déterminés en fonction de la distribution de l'ensemble des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition au regard de l'indicateur étudié. Ceux des indicateurs déclaratifs ont été définis en tenant compte des recommandations des autorités sanitaires françaises et internationales lorsqu'elles étaient disponibles.

² Voir la définition au point 2.3.2 « cas particulier des médecins nouveaux installés »

Ces objectifs ont été fixés par les partenaires conventionnels afin de promouvoir l'amélioration des pratiques en endocrinologie, diabétologie et nutrition. Ils tiennent compte, dans leur élaboration, des situations particulières (contre-indications, caractéristiques individuelles...).

Le calcul du taux de réalisation diffère selon l'atteinte ou non de l'objectif intermédiaire par le médecin :

Si le niveau constaté (taux de suivi) est strictement inférieur à l'objectif intermédiaire³ :

Le taux de réalisation est proportionnel à la progression réalisée sans pouvoir excéder 50%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

Ainsi, le taux de réalisation du médecin est compris entre 0% (lorsque le médecin n'a pas progressé à la date de l'évaluation par rapport à son niveau initial) et 50% (lorsqu'il a progressé jusqu'à atteindre l'objectif intermédiaire).

Le taux de réalisation dépend donc du niveau initial.

Si le niveau constaté (taux de suivi) est égal ou supérieur à l'objectif intermédiaire :

Le taux de réalisation est au moins égal à 50% auquel s'ajoute un pourcentage proportionnel au progrès réalisé au-delà de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré au niveau constaté selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 50\% + 50\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif intermédiaire}}{\text{objectif cible} - \text{objectif intermédiaire}}$$

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 50% (lorsque le médecin n'a pas progressé au-delà de l'objectif intermédiaire qu'il a atteint) et 100% (lorsqu'il a réussi à atteindre ou dépasser l'objectif cible).

Le taux de réalisation ne dépend pas du niveau initial, mais de l'objectif intermédiaire. Le médecin est rémunéré en fonction du niveau constaté.

2.2.5 Calcul du nombre de points

La convention définit pour chaque indicateur un nombre de points maximum qui correspond à l'atteinte de l'objectif cible et donc à un taux de réalisation de 100 %.

Pour chaque indicateur, le nombre de points calculé est égal au nombre de points maximum de l'indicateur multiplié par le taux de réalisation du médecin.

³ Les formules présentées ci-dessus sont celles correspondant à un indicateur croissant.

L'objectif est décroissant pour l'indicateur relatif à l'initiation d'un traitement par insuline à l'hôpital, le rapport est donc inversé

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne correspondante de référence de 1000 patients pour un médecin spécialiste en endocrinologie, diabétologie et nutrition.

La valeur du point est de 7€.

2.3. Calcul de la rémunération

2.3.1 Cas général (hors médecins nouveaux installés)

Le nombre de patients comptabilisés dans la patientèle correspondante, actualisé au 31 décembre de l'année N, entre dans le calcul de la rémunération qui sera versée en avril de l'année N+1.

Afin de prendre en compte le volume réel de la patientèle dans le calcul de la rémunération des indicateurs de qualité des pratiques, le résultat observé est ensuite pondéré selon le volume de la patientèle correspondante observé pour chaque médecin.

Cette pondération permet de valoriser différemment deux médecins qui, pour un même taux de réalisation, ont des patientèles de tailles différentes.

La rémunération est donc égale au nombre de points multiplié par le taux de réalisation pour l'indicateur, pondéré par le rapport entre la patientèle correspondante et la patientèle moyenne de référence et multiplié par la valeur du point.

$\text{Rémunération} = \text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times \frac{\text{patientèle correspondante}}{1000} \times 7 \text{ €}$

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur pour un médecin ayant 1100 patients est le suivant :

- **Exemple 1** : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 60% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 50.

Taux de réalisation (TR) = $50\% \times (60\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 35\%$

Nombre de points = $35\% \times 50 = 17,25$

Rémunération de l'indicateur = $17,25 \times (1\ 100 / 1\ 000) \times 7\text{€} = 134,75 \text{ €}$

- **Exemple 2** : un niveau constaté de 77% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un objectif cible de 85% ; un nombre de points = 35.

Taux de réalisation (TR) = $50\% + 50\% \times (77\% - 75\%) / (85\% - 75\%) = 60\%$

Nombre de points = $60\% \times 50 = 30$

Rémunération de l'indicateur = $30 \times (1\ 100 / 1\ 000) \times 7\text{€} = 231 \text{ €}$

Les indicateurs déclaratifs sont, quant à eux, calculés à partir des données transmises par le médecin. En effet, comme ces éléments permettent de valider les indicateurs qui ne peuvent pas être directement alimentés à partir des données disponibles dans les bases de données de l'assurance maladie, le médecin s'engage à pouvoir fournir toutes les informations qui s'avèrent nécessaires aux organismes d'assurance maladie pour valider et calculer les données le calcul de l'indicateur concerné.

2.3.2. Cas particulier des médecins nouveaux installés

Les médecins dits « nouveaux installés » sont ceux s'installant pour la première fois en cabinet libéral depuis moins de 3 ans ou après une interruption totale d'activité libérale d'au moins 2 ans, ou les médecins qui modifient leur lieu d'exercice dans un nouveau département (non limitrophe du précédent).

Les périodes de remplacement, sans installation en nom propre, ne sont pas considérées comme une première installation.

Afin de tenir compte de la spécificité des médecins « nouveaux installés », la méthode de calcul des indicateurs concernant la qualité de la pratique médicale a été adaptée. En complément de la réactualisation des taux de départ (cf point 2.2.2), les médecins bénéficient aussi d'une majoration de la valeur du point durant les trois premières années d'installation :

- De 20% la première année ;
- De 15% la deuxième année ;
- De 5% la troisième année.

$\text{Rémunération} = \frac{\text{nombre de points} \times \text{taux de réalisation} \times \text{patientèle correspondante} \times 7 \text{ €} \times \text{majoration du point}}{1000}$

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur au titre de l'année 2018, pour un médecin installé depuis 2017 (2^{ème} année d'installation), ayant 1100 patients, ainsi que : un niveau initial de 25% ; un niveau constaté de 60% ; un objectif intermédiaire de 75% ; un nombre de points = 50, est le suivant :

$$\text{Taux de réalisation (TR)} = 50\% \times (60\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 35\%$$

$$\text{Nombre de points} = 35\% \times 50 = 17,25$$

$$\text{Rémunération de l'indicateur} = 17,5 \times (1\ 100 / 1\ 000) \times 7\text{€} \times 1.15 = 154,96 \text{ €}$$

3. Modalités de suivi et versement de la rémunération

A la fin de chaque année, une période de transmission des données nécessaires à l'appréciation de l'atteinte des indicateurs déclaratifs par l'Assurance Maladie est ouverte. Les modalités de cette transmission seront précisées ultérieurement.

Les taux de départ de chaque indicateur ainsi que les résultats semestriels seront transmis à l'occasion des campagnes d'accompagnement mises en place par l'Assurance Maladie auprès des médecins spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition.

A tout moment, le médecin peut faire appel à un praticien conseil ou un représentant de sa caisse de rattachement pour obtenir des explications concernant les données le concernant.

Le versement de la rémunération est effectué annuellement en fin du 1^{er} semestre de l'année N+1, au titre de l'année N.

4. Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.

Les indicateurs de la ROSP des spécialistes en endocrinologie, diabétologie et nutrition sont les suivants :

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil minima pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en € *	Type d'indicateur †	Périodicité
Suivi des pathologies chroniques	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »	87 %	≥ 92 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
		Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou l'intensification des traitements, avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.	80 %	≥ 95 %	10 patients	20	140 €	Déclaratif	Annuel
	Thyroïde	Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année	79 %	≥ 89 %	5 patients	50	350 €	Calculé	Semestrielle
		Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien	60 %	≥ 77 %	5 patients	50	350 €	Calculé	Semestrielle
		Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH)	80 %	≥ 95 %	10 patients	20	140 €	Déclaratif	Annuel

* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle correspondante de 1000 patients.

† Pour l'ensemble des indicateurs calculés, les données prises en compte sont issues des bases de remboursement de l'Assurance maladie et/ou du PMSI.

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil minima pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en € *	Type d'indicateur [†]	Périodicité
SOUS-TOTAL SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES						170	1 190 €		
Prévention	Diabète	Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois	54 %	≥ 61 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
SOUS-TOTAL PREVENTION						30	210 €		
Efficience	Diabète	Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection	80 %	≥ 91 %	5 patients	70	490 €	Calculé	Semestrielle
		Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)	13 %	≤ 5 %	5 patients	70	490 €	Calculé	Semestrielle
SOUS-TOTAL EFFICIENCE						140	980 €		
TOTAL[†]						340	2 380 €		

[†] Pour une réalisation à 100% de tous les indicateurs et une patientèle correspondante de 1000 patients

4.1. Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs comprennent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond au nombre minimal de patients nécessaire pour la prise en compte de l'indicateur.

4.1.1. Améliorer le taux de patients diabétiques de moins de 70 ans traités selon un schéma « basal bolus »

- **Indicateur** : Part des patients diabétiques de moins de 70 ans traités par insuline seule qui sont traités selon un schéma de « basal bolus »

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, traités par insuline seule

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante, < 70 ans, ayant :

- soit au moins 1 délivrance d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide pendant au moins 2 trimestres et avec au moins une ordonnance (même prescripteur, même patient, même date de prescription) dans l'année avec prescription d'insuline lente/intermédiaire et d'insuline rapide,
- soit une délivrance d'une pompe à insuline

Période de calcul : 12 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante < 70 ans traités par insuline seule

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- Antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- Insuline lente/intermédiaire : médicaments des classes EPHMRA A10C2 ou A10C5
- Insuline rapide : médicaments de la classe EPHMRA A10C1
- Pompe à insuline : codes LPP 1121332, 1120663, 1130058 avant le 01/08/15, 1131170, 1120663 entre le 01/08/15 et 02/16 et 1117201, 1131170, 1120663 à partir de 02/16

4.1.2. Améliorer l'information transmise au médecin traitant sur les patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications et/ou l'intensification des traitements

- **Indicateur** : Part des patients diabétiques pris en charge pour le dépistage des complications du diabète et/ou intensification des traitements avec compte-rendu annuel pour le médecin traitant précisant la gradation des risques (cardio-vasculaire, podologique et néphrologique), les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu un compte-rendu annuel réalisé pour le médecin traitant précisant la gradation des risques, les objectifs thérapeutiques et la programmation du suivi des complications.

Période de calcul: 12 mois glissants

Seuil minimum: 10 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques

Fréquence de mise à jour des données: déclaration annuelle

Définitions: indicateur déclaratif

4.1.3. Améliorer le taux de dosage annuel de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline chez les patients opérés d'un cancer de la thyroïde

- **Indicateur**: Part des patients opérés d'un cancer thyroïdien (hors cancer médullaire) durant les dix années précédentes qui ont eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline dans l'année

Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu un dosage de la thyroglobuline et des anticorps anti-thyroglobuline l'année N

Période de calcul: 12 mois glissants (et 9 ans de séjours PMSI)

Seuil minimum: 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un cancer de la thyroïde entre l'année N-1 et l'année N-9

Fréquence de mise à jour des données: semestrielle

Définitions:

- Patients opérés d'un cancer de la thyroïde : patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA : D093, D440 ou C73 et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001
- Dosage de la thyroglobuline : code NABM 0821
- Dosage des anticorps anti-thyroglobuline : code NABM 1483 ou 1484

4.1.4. Améliorer le taux de cytoponction avant une intervention chirurgicale pour nodule thyroïdien

- **Indicateur**: Part des patients ayant eu une cytoponction avant intervention parmi les patients opérés d'un nodule thyroïdien

Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante opérés d'un nodule thyroïdien (bénin ou malin) l'année N-1

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante n'ayant pas eu une cytoponction dans les 6 mois avant chirurgie thyroïdienne [6 mois entre cytoponction et début du 1er séjour MCO en N-1]

Période de calcul: 1 an de séjour MCO avec thyroïdectomie [N-1] et 1 an 1/2 de liquidation des cytoponctions réalisées en ville, en consultation externe ou lors de séjours hospitaliers [N-1 à N-2]

Seuil minimum: 5 patients de la patientèle correspondante ayant été opérés d'un nodule thyroïdien

Fréquence de mise à jour des données: semestrielle

Définitions :

- Patients opérés d'un nodule thyroïdien : patients ayant eu un séjour en MCO avec DP/DR/DA : E041, D34, D357, D358, D359, D093, D440 ou C73 et actes CCAM : KCFA001, KCFA002, KCFA003, KCFA004, KCFA005, KCFA006, KCFA007, KCFA008, KCFA009, KCFA010, KCGA001 ou KCMA001
- Cytoponction : actes CCAM KCHB001, KCHJ001, KCHJ002, KCHJ003 ou KCHJ004

4.1.5. Améliorer le recours au dosage isolé des anticorps anti-récepteurs de la TSH pour le diagnostic de la maladie de Basedow

- **Indicateur** : Part des patients diagnostiqués pour une maladie de Basedow sans recourir à la scintigraphie thyroïdienne (dosage positif des anticorps anti-récepteurs de la TSH)

Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante diagnostiqués maladie de Basedow

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante ayant eu une scintigraphie thyroïdienne pour poser le diagnostic

Période de calcul: 12 mois glissants

Seuil minimum: 10 patients de la patientèle correspondante présentant une maladie de Basedow

Fréquence de mise à jour des données: déclaration annuelle

Définitions: indicateur déclaratif

4.2. Indicateurs de prévention

Les prescriptions retenues pour le calcul de ces indicateurs intègrent l'ensemble des prescriptions faites aux patients de la patientèle correspondante, quel que soit le prescripteur.

4.2.1. Améliorer le recours aux soins de prévention des lésions du pied chez le pédicure-podologue pour les patients diabétiques à risque podologique élevé

- **Indicateur** : Part des patients diabétiques ayant bénéficié de soins de podologie (POD) qui ont eu au moins 4 POD sur 12 mois

Dénominateur: nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins trois POD dans les 12 mois précédents le dernier POD (quatre au total)

Période de calcul: 24 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques ayant eu au moins un POD pris en charge dans l'année

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- Antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- POD : prestation de soins de podologie

4.3. Indicateurs d'efficience

Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs intègrent uniquement les prescriptions faites par le professionnel concerné et non celles d'autres médecins.

4.3.1. Améliorer le taux de patients de moins de 80 ans en initiation de traitement par insuline, d'emblée autonomes pour leurs injections.

- **Indicateur** : Part des patients diabétiques de moins de 80 ans initiant un traitement par insuline qui sont autonomes d'emblée pour leur injection

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance)

Numérateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, autonomes dès l'initiation de traitement (0 jour avec [(AMI1+IFD) ou (AIS3+IFD)])

Période de calcul : 19 mois glissants

Seuil minimum : 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- Antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- Insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- Actes infirmiers pour cibler l'autonomie : prestations AMI1, AIS3, IFD

4.3.2. Diminuer le recours à l'hôpital pour mise sous insuline des patients diabétiques de moins de 80 ans

- **Indicateur** : Part des patients diabétiques de moins de 80 ans mis sous insuline l'année N-1 pour lesquels l'initiation de traitement a été faite à l'hôpital (dégressif)

Dénominateur : nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1 (sans insuline sur 6 mois avant 1ère délivrance)

Numérateur: nombre de patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, < 80 ans pour lesquels le délai entre la fin du séjour MCO (avec DP/DR/DA de diabète) et le 1er remboursement d'insuline est entre +1 mois et -1 mois

Période de calcul: 18 mois glissants

Seuil minimum: 5 patients de la patientèle correspondante traités par antidiabétiques, <80 ans, initiant un traitement par insuline en N-1

Fréquence de mise à jour des données: semestrielle

Définitions :

- Patients diabétiques : patients dont le nombre de délivrances d'antidiabétiques est, sur la période de calcul, supérieur ou égal à 3 pour les petits conditionnements ou 2 s'il y a eu un grand conditionnement.
- Antidiabétiques : tous les médicaments de la classe ATC2 A10
- Insuline : médicaments des classes EPHMRA A10C1, A10C2 ou A10C5
- Séjours MCO pour diabète : DP/DR/DA E10, E11, E12, E13 ou E14