

CNAM

GUIDE METHODOLOGIQUE

REMUNERATION sur OBJECTIFS De SANTE PUBLIQUE (ROSP)

2018#

SPECIALISTES EN CARDIOLOGIE ET MALADIES VASCULAIRES

Octobre 2018

Référence :

article 27 et annexe 15 de la convention médicale du 25 août 2016
avenant 6 à la convention médicale publié au JO le 10 août 2018

SOMMAIRE

1.	Présentation	3
2.	Modalités de calcul des indicateurs et de la rémunération.....	4
2.1.	Patientèle utilisée	4
2.2.	Calcul des indicateurs	4
2.2.1	<i>Seuils appliqués</i>	4
2.2.2	<i>Taux de départ (ou « niveau initial »)</i>	5
2.2.3	<i>Taux de suivi (ou « niveau constaté »)</i>	5
2.2.4	<i>Calcul du taux de réalisation</i>	5
2.3.	Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante ».....	7
3.	Règles de gestion retenues pour les indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale.	9
3.1.	Indicateurs de qualité du suivi des pathologies chroniques	12
3.2.	Indicateurs de prévention.....	13
3.3.	Indicateurs d'efficacité / prescription dans le répertoire des génériques	15
3.4.	Champ des médicaments étudiés.....	Erreur ! Signet non défini.
3.5.	Actes de la CCAM pris en compte dans le calcul de la patientèle dite « correspondante »	Erreur ! Signet non défini.

1. Présentation

Dans le cadre de la nouvelle convention médicale du 25 août 2016, le dispositif de rémunération sur objectifs de santé publique pour les spécialistes en cardiologie et maladies vasculaires a été révisé à la marge. Il comporte toujours 9 indicateurs portant sur la qualité de la pratique médicale :

- 7 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 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.

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

Les données d'activité servant au calcul du suivi et de l'atteinte des objectifs, sont agrégées par médecin : si un médecin a plusieurs cabinets (principal et secondaire), les données d'activité de ses différents cabinets sont additionnées.

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

L'avenant 6 à la convention médicale publié le 10 août 2018 introduit des modifications aux indicateurs et règles de gestion de la ROSP du médecin traitant de l'adulte :

- abaissement des seuils minimaux des indicateurs à 5 patients ou 10 boîtes de médicaments
- révision de la règle de calcul du taux de réalisation des indicateurs
- modification des objectifs intermédiaires et cibles qui passent à D3/D8 (au lieu de D7/D9) pour les indicateurs croissants, et à D7/D2 (au lieu de D3/D1)

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 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 cardiologie et maladies vasculaires au cours des deux années civiles précédentes.

Ne sont pas pris en compte : les actes de chirurgie ou les actes techniques d'intervention par voie vasculaire portant sur le cœur, les artères ou les veines ; les actes de surveillance sur 24 heures ; les forfaits de cardiologie ou de réanimation ; la réalisation de scanner, IRM ou scintigraphie cardiovasculaire ; les actes de réadaptation.

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 soit d'un nombre minimal de patients, soit d'une quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées, variables 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.

A compter de 2018, les seuils minimaux ont été modifiés par l'avenant 6 à la convention médicale.

¹ Les actes pris en compte sont les actes cliniques (consultations, visites) et/ou actes techniques de la CCAM précisés en fin de chapitre

Les seuils minimaux requis pour chaque indicateur sont précisés dans la partie « 3. 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 de chaque indicateur.

Le niveau initial du médecin est défini à partir de sa situation médicale initiale au moment de l'entrée en vigueur du dispositif (31/12/2016) ou de son adhésion à la convention (en cas d'installation postérieure au 31/12/2016).

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 médicale.

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

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.

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

L'atteinte des seuils minimaux est donc vérifiée désormais chaque année sur le 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 le niveau atteint et la progression réalisée. Un taux de réalisation annuel combinant ces deux éléments est calculé pour chaque indicateur.

Pour calculer ce taux de réalisation, il est précisé pour chaque indicateur :

- un objectif cible, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 100% ;
- un objectif intermédiaire, commun à l'ensemble des médecins. Atteint, il correspond à un taux de réalisation de 30% ;
- le niveau initial (ou taux de départ), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin au 31/12 de l'année précédant la mise en œuvre du dispositif, soit le 31/12/2016 pour l'ensemble des cardiologues (hors nouveaux installés) ou au 31/12 de l'année de l'atteinte du seuil minimal requis de l'indicateur ;
- le niveau constaté (ou taux de suivi), calculé pour chaque indicateur et pour chaque médecin chaque année si le seuil minimal de l'indicateur est atteint.

² Compléments au point 2.2.5 (« calcul de la rémunération ») concernant les nouveaux installés

Les objectifs cibles et intermédiaires ont été déterminés en fonction de la distribution de l'ensemble des médecins au regard de l'indicateur étudié, en tenant compte des recommandations des autorités sanitaires françaises et internationales lorsqu'elles étaient disponibles.

Ces objectifs ont été fixés par les partenaires conventionnels dans le but de promouvoir l'amélioration des pratiques.

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 30%. Le médecin est rémunéré à la progression selon la formule :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{niveau initial}}{\text{objectif intermédiaire} - \text{niveau initial}}$$

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 30% (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 30% 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 :

$$\text{Taux de réalisation} = 30\% + 70\% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{obj inter}}{\text{objectif cible} - \text{obj inter}}$$

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

L'objectif est décroissant pour l'indicateur relatif la limitation des traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois, le rapport est donc inversé

Ainsi, le taux de réalisation est compris entre 30% (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 ROSP 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.

La valeur du point est de 7€.

Concernant les médecins nouvellement installés, la convention médicale du 25 août 2016 prévoit à l'article 27.2.3, un accompagnement de la première installation en libéral en majorant la valeur du point durant les trois premières années d'installation pour les indicateurs relatifs à la qualité de la pratique médicale :

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

Les médecins nouvellement installés sont ceux s'installant pour la première fois en cabinet libéral (y compris sous la forme d'une collaboration libérale).

Selon les nouvelles dispositions de la convention, les médecins qui modifient leur lieu d'exercice dans un nouveau département (non limitrophe du précédent) peuvent donc être considérés, à ce titre, comme des médecins nouvellement installés.

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

2.3. Calcul de la rémunération : pondération par la patientèle dite « correspondante »

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 au premier semestre de l'année N+1.

Le nombre de points maximum de chaque indicateur est défini pour une patientèle moyenne de référence de 800 patients pour un médecin spécialiste en cardiologie et maladies vasculaires.

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.

Rémunération calculée = nombre de points x taux de réalisation x [(patientèle correspondante)/800] x 7€

A titre d'illustration, le calcul de la rémunération d'un indicateur pour un médecin ayant 900 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 = 35.

Taux de réalisation (TR) = $30\% \times (60\% - 25\%) / (75\% - 25\%) = 21\%$

Nombre de points = $21\% \times 35 = 7,35$

Rémunération de l'indicateur = $7,35 \times (900/800) \times 7€ = 57.88 €$

- **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) = $30\% + 70\% \times (77\% - 75\%) / (85\% - 75\%) = 44\%$

Nombre de points = $44\% \times 35 = 15.4$

Rémunération de l'indicateur = $15.4 \times (900/800) \times 7€ = 121.28 €$

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

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en € *	Type d'indicateur †	Périodicité
Suivi des pathologies chroniques	Améliorer le traitement post infarctus du myocarde (IDM)	Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans	26 %	≥ 46 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'insuffisance cardiaque en s'assurant qu'un bêtabloquant est prescrit	Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans	57 %	≥ 74 %	5 patients	35	245 €	Calculé	Semestrielle
TOTAL						65	455 €		

* Pour un taux de réalisation de 100% et une patientèle de 1100 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 min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en € *	Type d'indicateur [†]	Périodicité
Prévention	Améliorer la prise en charge médicamenteuse de l'hypertension artérielle en s'assurant qu'un diurétique est prescrit dans la trithérapie, lorsqu'elle est indiquée	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive dont un diurétique	64 %	≥ 77 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
	Améliorer la surveillance biologique des patients sous trithérapie antihypertensive en s'assurant qu'au moins un dosage annuel de la créatinine et de la kaliémie est réalisé	Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année	88 %	≥ 94 %	5 patients	30	210 €	Calculé	Semestrielle
	Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'automesure dans la prise en charge de l'HTA	Part des patients avec au moins une MAPA ou auto mesure de la PA	60 %	≥ 75 %	5 patients	30	210 €	Déclaratif	Annuelle
	Limiter les traitements par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor au-delà de 12 mois	Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2	73 %	≤ 57 %	5 patients	35	245 €	Calculé	Semestrielle

Thème	Sous thème	Indicateur	Objectif Intermédiaire	Objectif Cible	Seuil min pour prise en compte de l'indicateur	Nb de points	Equivalent en € *	Type d'indicateur [†]	Périodicité
	Obtenir un taux de LDL cholestérol inférieur à 1 g/l chez les patients de moins de 85 ans en post infarctus du myocarde	Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l	65 %	≥ 80 %	5 patients	30	210 €	Déclaratif	Annuelle
TOTAL						155	1 085 €		
Efficienc	Augmenter la proportion d'antihypertenseurs prescrits dans le répertoire des génériques	Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques	84 %	≥ 93 %	10 boites	60	420 €	Calculé	Semestrielle
	Augmenter la proportion de statines prescrites dans le répertoire des génériques	Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques	89 %	≥ 98 %	10 boites	60	420 €	Calculé	Semestrielle
TOTAL						120	840 €		

3.1. 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.

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

3.1.1. Part des patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquants, statines, AAP et IEC ou sartans

Numérateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents, traités par bêtabloquant, statine, AAP et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients avec antécédent d'IDM dans les 2 ans précédents
Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions :

Bêtabloquants : tous les médicaments inclus dans le code ATC2 C07.

Statines : tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravastatin®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

IEC : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09A et C09B.

Sartans : tous les médicaments inclus dans les codes ATC3 C09C et C09D, y compris les médicaments n'ayant pas d'indication dans le traitement de l'HTA.

Antiagrégants plaquettaire : tous les médicaments inclus dans le code ATC4 B01AC + le code ATC C10BX02 (Pravastatin®).

Codes CIM 10 pris en compte: I21, I22, I23, I252, Z034.

3.1.2. Part des patients atteints d'IC traités par bêtabloquants et IEC ou sartans

Numérateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par bêtabloquants et IEC ou sartans.

Dénominateur : nombre de patients atteints d'insuffisance cardiaque traités par IEC ou sartans.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définitions : Pour cet indicateur portant sur l'amélioration de la prise en charge de l'insuffisance cardiaque (prescription d'un bêtabloquant), sont définis comme bêtabloquants uniquement les médicaments inclus dans les codes ATC C07AB02, C07AB07, C07AB12, C07AG02 (respectivement metoprolol, bisoprolol, nebivolol et carvedilol).

Les patients pris en compte sont ceux bénéficiant d'une ALD n°5 avec code CIM 10 I50 au 31/12 de l'année N-1, et/ou avec antécédent d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

3.2. 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.

Les traitements pris en compte sont, sur la période de calcul, ceux comprenant au moins 3 délivrances à des dates différentes pour les petits conditionnements ou 2 pour les grands conditionnements.

3.2.1. Hypertension artérielle

3.2.1.1. Augmenter l'utilisation de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) ou de l'auto mesure tensionnelle (AMT) dans la prise en charge de l'HTA (déclaratif).

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit

Indicateur : part des patients hypertendus ayant eu au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle dans l'année.

Le niveau initial est le même pour tous les médecins et est défini par défaut à 0 % lors de l'entrée en vigueur du dispositif.

Numérateur : nombre de patients avec au moins une MAPA ou une auto mesure de la pression artérielle.

Dénominateur : nombre de patients hypertendus suivis par le cardiologue.

Période de calcul : année civile.

Seuil minimum : au moins 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : annuelle.

3.2.1.2 Part des patients traités par trithérapie anti hypertensive dont un diurétique

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive comprenant un diurétique

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définitions : Pour cet indicateur, sont exclus de la patientèle correspondante les patients en ALD n°5 au 31/12 de l'année N-1, avec le code CIM 10 = I50 et/ou avec antécédents d'hospitalisation dont le diagnostic principal est une insuffisance cardiaque (IC) au cours des 2 années précédentes (N-1 ou N-2).

Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

Sont définis comme diurétiques les molécules avec codes ATC commençant par C03 ainsi que les codes C02LA01, C07B, C07BA02, C07BB, C07BB02 à C07BB52, C07CA03, C07DA06, C09BA01 à BA15, C09DA01 à DA08, C09DX01 et C09XA52.

3.2.2. Part des patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et de la kaliémie dans l'année

Numérateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatininémie et du potassium dans l'année.

Dénominateur : nombre de patients sous trithérapie anti hypertensive.

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 5 patients.

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définition : Sont définis comme antihypertenseurs uniquement les médicaments ayant une AMM dans le traitement de l'hypertension dans les codes ATC2 C02, C03, C07, C08, C09 ainsi que le code ATC C10BX03 (Caduet®).

3.2.3. Part des patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2

Numérateur : nombre de patients traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N et traités l'année N-2.

Dénominateur : nombre de patient traités par clopidogrel, Duoplavin®, prasugrel ou ticagrelor l'année N-2

Période de calcul : 30 mois

Seuil minimum : 5 patients

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

L'indicateur est calculé en analysant séparément 2 semestres et en leur appariant respectivement le semestre S-3



3.2.4. Part des patients de moins de 85 ans en post IDM ayant un taux de LDL cholestérol inférieur à 1g/l (déclaratif)

Il s'agit d'un indicateur déclaratif. Pour ce type d'indicateur, les données déclarées par le médecin portent sur l'ensemble des patients qu'il suit.

Numérateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM dont le résultat de LDL cholestérol est < 1g/l.

Dénominateur : nombre de patients de moins de 85 ans avec antécédents d'IDM

Période de calcul : année civile.

Fréquence de mise à jour des données : déclaration annuelle

Seuil minimum : 5 patients

Définition : indicateur déclaratif

3.3. Indicateurs d'efficience / prescription dans le répertoire des génériques

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

Il est tenu compte des grands conditionnements : une boîte de grand conditionnement compte pour 3 boîtes.

Le seuil minimal requis pour chaque indicateur correspond à la quantité minimale de boîtes de médicaments prescrites et remboursées nécessaire pour la prise en compte de l'indicateur. Les nombres de boîtes de médicaments sont issus des bases de remboursement de l'Assurance Maladie.

Le répertoire des génériques est défini à partir du répertoire de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Celui-ci définit l'ensemble des

spécialités médicales vendues en officines ou délivrées à l'hôpital pour lesquelles sont inscrits des génériques substituables ou qui sont elles-mêmes génériques de spécialités incluses dans le répertoire de l'ANSM.

Le répertoire entendu dans la rémunération sur objectifs de santé publique est restreint aux groupes génériques pour lesquels il existe une offre générique commercialisée. En effet, le répertoire de l'ANSM inclut également des spécialités génériques qui ne seront commercialisées qu'ultérieurement.

La prescription dans le répertoire correspond à la prescription du principe actif, désigné par sa dénomination commune internationale (DCI), de la spécialité de référence (princeps) ou d'un générique au sein d'un groupe générique. Les prescriptions prises en compte pour ces indicateurs sont donc indépendantes du taux de substitution du pharmacien.

3.3.1. Part des boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Numérateur : nombre de boîtes de statines prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes de statines prescrites

Période de calcul : 12 mois

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des statines

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle

Définition : Sont définis comme statines tous les médicaments inclus dans la classe EPHMRA : C10A1 (y compris Caduet® et Pravastatin®) + l'association de simvastatine et d'ézétimibe (Inegy®, code ATC C10BA02). L'ézétimibe seul (Ezetrol®) n'est pas pris en compte car il s'agit d'un hypolipémiant n'appartenant pas à la classe des statines.

3.3.2. Part des boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques

Numérateur : nombre de boîtes d'antihypertenseurs prescrites dans le répertoire des génériques

Dénominateur : nombre total de boîtes d'antihypertenseurs prescrites

Période de calcul : 12 mois.

Seuil minimum : 10 boîtes de la classe des antihypertenseurs

Fréquence de mise à jour des données : semestrielle.

Définition : Médicaments des classes ATC C02 « antihypertenseurs », C03 « diurétiques », C07 « bêtabloquants », C08 « inhibiteurs calciques » et C09 « médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine.