



DIVERSIFIER LES MODES DE REMUNERATION

AMELIORATION DU DISPOSITIF DE REMUNERATION SUR OBJECTIFS DE SANTE PUBLIQUE (ROSP)



**PROPOSITIONS ADOPTÉES
PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE REAGJIR
AVRIL 2019**

SOMMAIRE

SOMMAIRE	2
JUSTIFICATION	3
OBJECTIF	3
CONTEXTE	3
PROPOSITIONS	3
<i>Pour tous les médecins.....</i>	<i>3</i>
Une ROSP claire et lisible	3
Un calcul de ROSP par bassin de vie	3
Ne pas pondérer par rapport à une patientèle de référence	4
Décaler le début de la ROSP en cas d'installation tardive	4
Créer une commission d'étude des cas particuliers	4
Mettre en commun les points d'organisation des soins au sein d'un cabinet de groupe	4
Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoire	5
Choix des indicateurs de pratique médicale	5
Des critères principaux et des critères secondaires	5
<i>Pour les Collaborateurs libéraux.....</i>	<i>5</i>
Prolonger la phase de début d'activité au delà des 3 ans	6
Changement du numéro ADELI lors du changement de situation	6
<i>Pour les Remplaçants.....</i>	<i>6</i>
CONCLUSION	6
12 propositions ReAGJIR	7
BIBLIOGRAPHIE	8

JUSTIFICATION

Dans le cadre du [rapport Aubert](#) sur le financement du système de santé, il est prévu de **revaloriser la rémunération à la performance**. Par ailleurs, la Rémunération sur Objectif de Santé Publique (ROSP) est pour l'heure difficilement compréhensive et ressentie comme peu efficiente par les professionnels de santé. L'objectif de ce document est de faire des **propositions pour la faire évoluer**.

OBJECTIF

Proposer des pistes d'amélioration du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique.

CONTEXTE

La Convention médicale signée le 26 juillet 2011 a mis en place à partir de 2012 une Rémunération sur Objectifs de Santé Publique pour tous les médecins généralistes (ROSP), prenant ainsi la suite du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI), basé sur le volontariat.

La ROSP est divisée en **deux parties**. La première, sur **l'organisation du cabinet**, concerne tous les médecins quelle que soit leur spécialité. La deuxième, sur la **qualité de la pratique médicale**, concerne les médecins traitants (donc principalement les généralistes -95%⁻¹), les cardiologues et médecins vasculaires et les gastro-entérologues.

La mise en place n'a pas été simple : les **premiers paiements**, en particulier pour les jeunes installés, sont arrivés **tardivement**, des **problèmes de calculs des indicateurs** sont intervenus, des **défauts pour certaines populations** de médecins ont été mis en évidence... Comme tout nouveau dispositif, **l'usage met en évidence des faiblesses et des manques**.

Ce document a pour objet de **proposer des améliorations**.

PROPOSITIONS

POUR TOUS LES MEDECINS

Une ROSP claire et lisible

Le premier reproche fait à la ROSP actuelle est l'incompréhension du choix des patients retenus et des méthodes de calcul. Sur la page dédiée et sécurisée sur Amelipro doivent apparaître clairement les patients retenus, la patientèle médecin traitant et la méthode de calcul retenu pour chaque indicateur. Cela inclut un accès à Amelipro aux remplaçants.

→ Proposition 1

Avoir accès à la population retenue et aux méthodes de calcul des indicateurs.

Un calcul de ROSP par bassin de vie

Actuellement, **c'est à la première installation que démarre le calcul de la ROSP**. Si un médecin quitte ce premier lieu d'exercice et s'installe dans un bassin de population différent, **les calculs ne sont pas actualisés**. Or, **les patientèles peuvent être très différentes**, en particulier en nombre de patients présentant des pathologies chroniques.

A chaque installation, surtout s'il y a changement de bassin de vie, **le calcul devrait repartir à zéro** pour tenir compte de la nouvelle population de patients, et donc **reprenre les modalités spécifiques aux jeunes installés**.

→ Proposition 2

Mettre à jour la patientèle « médecin traitant » en fonction des lieux réels d'exercice, tout au long de la carrière du médecin.

Ne pas pondérer par rapport à une patientèle de référence

Actuellement, le **nombre de points obtenus pour un indicateur** donné est **pondéré** par rapport à **une patientèle de référence**. Ce qui fait qu'un médecin ayant une patientèle conséquente obtient plus de points qu'un médecin ayant peu de patients (par exemple travaillant à temps partiel).

Ainsi, un médecin réussissant moyennement à remplir un objectif mais ayant une forte patientèle peut obtenir plus de points qu'un médecin remplissant mieux l'objectif mais avec une petite patientèle.

Cela nous semble donc **contradictoire avec l'objectif premier de la ROSP qui est d'améliorer les pratiques**. Nous proposons donc **qu'aucune pondération entre patientèle réelle et patientèle « de référence »** ne soit effectuée.

→ Proposition 3

Supprimer la notion de pondération par rapport à une patientèle de référence.

Décaler le début de la ROSP en cas d'installation tardive

Quel que soit le moment de l'installation d'un médecin au cours de l'année, **le calcul de la ROSP démarre à la date d'installation**.

Mais **en cas d'installation tardive** dans l'année, cela peut être pénalisant. En effet, le médecin, en quelques mois, signera peu de feuilles « médecin traitant » et il est fort probable qu'il n'obtienne que les points d'organisation du cabinet, ce qui représente peu quand bien même ceux-ci sont de 15 % pour la première année d'exercice.

Il serait dans ce cas préférable de **décaler le point de départ de la ROSP au 1^{er} janvier de l'année suivante**.

→ Proposition 4

En cas d'installation au cours du dernier trimestre d'une année, faire débiter le calcul de la ROSP au 1^{er} janvier de l'année N+1.

Créer une commission d'étude des cas particuliers

Certaines **situations particulières** sont apparues :

- **nombre de patients pour un indicateur donné inférieur au seuil requis au bout des trois premières années** d'installation, empêchant pour longtemps le médecin de bénéficier des points pour cet indicateur, même s'il atteint le seuil plus tard ;
- **médecins qui partent à l'étranger**, perdant ainsi leur population « médecin traitant » et donc pénalisés à leur retour ;
- médecins ayant une **population « médecin traitant » faible de par une activité particulière** (médecins en zone touristique) ;
- **faible nombre de patients « médecin traitant »** du fait d'un **exercice à temps partiel ou d'un choix d'exercice plus chronophage (consultations longues, psychothérapie...)**.

La Convention médicale ne peut évidemment pas prévoir tous ces cas particuliers. **Une commission chargée d'évaluer et d'adapter les calculs pour ces situations individuelles pourrait donc être créée.**

→ Proposition 5

Créer une commission d'adaptation que chaque médecin justifiant d'un exercice particulier pourrait saisir afin de ne pas être pénalisé par des critères trop rigides.

Mettre en commun les points d'organisation des soins au sein d'un cabinet de groupe

On entend par **cabinet de groupe** un regroupement de médecins de premier recours, y compris collaborateurs, ayant mis en place **entre eux des actions pour assurer la continuité des soins** (logiciel commun, accueil téléphonique commun).

Dans ce cadre là, **les points pour les items d'organisation des soins pourraient être redistribués à parts égales entre les différents médecins**.

Par exemple dans un cabinet de 3 médecins, on ferait le total des points obtenus par chacun, éventuellement valorisé si un ou plusieurs d'entre eux sont jeunes installés. Puis on divise la somme obtenue en 3 pour le paiement. Cela permettrait de **valoriser l'implication de tous au sein du cabinet**.

→ Proposition 6

Mettre en commun dans un cabinet de groupe la rémunération liée aux items d'organisation des soins.

Participation à la Permanence Des Soins Ambulatoire

La Permanence Des Soins Ambulatoire (PDSA) est **un des rôles déontologiques des médecins**.

L'accès aux soins est régulièrement annoncé comme problématique en particulier en dehors des heures habituelles d'ouverture des cabinets.

Pour **valoriser ce temps particulier de l'exercice** parfois bien utile aux patients, un **critère** pourrait être **ajouté à ceux d'organisation du cabinet**. Les points pourraient être obtenus en cas de **participation effective aux gardes** (et pas seulement en cas d'inscription sur le tableau de garde), les médecins installés se faisant parfois remplacer juste pour ce temps là, et en démontrant la présence soit de **plages sans RDV** soit de **créneaux dits d'urgence** dans le planning quotidien.

Ce critère doit être **attribué directement au médecin** et non pas au cabinet dans son ensemble.

→ Proposition 7

Créer un critère pour participation effective à la Permanence Des Soins Ambulatoire.

Choix des indicateurs de pratique médicale

Les indicateurs de pratique médicale sont actuellement **déterminés par les partenaires conventionnels**.

La Convention médicale prévoit leur **possible révision**. Cette révision **doit** effectivement **intervenir régulièrement** puisque les données de la science sont évolutives.

Par ailleurs, **les syndicats de médecins et les organismes d'Assurance Maladie ne devraient pas être à l'initiative de la sélection des indicateurs les plus pertinents**. En effet, nous avons en France **de nombreuses sociétés savantes dont la vocation est justement de faire évoluer les données médicales**. Les partenaires conventionnels ne devraient donc que valider et/ou choisir parmi des propositions faites par les sociétés savantes.

→ Proposition 8

Donner aux sociétés savantes la possibilité de proposer et de réviser des indicateurs pertinents au regard des données scientifiques récentes, et laisser aux partenaires conventionnels le soin d'en sélectionner tout ou partie.

Des critères principaux et des critères secondaires

La médecine générale est vaste et permet bien des exercices.

Même si une base est commune à tous, chacun peut aussi avoir ses particularités. On pourrait alors imaginer que **les critères de pratique médicale le prennent en compte**. Ainsi, un **socle commun d'items** que tous les médecins généralistes devraient prendre en compte dans leur pratique serait mis en place. Et, dans **un groupe d'items secondaires**, les médecins devraient en choisir certains adaptés à leur pratique.

Ainsi des items concernant le dépistage précoce de la BPCO par spirométrie, ou la vaccination anti-pneumococcique chez les patients présentant une pathologie respiratoire sévère, ou le suivi des nourrissons pourraient être prévus.

Chaque médecin annoncerait au préalable les items qu'il souhaite valoriser dans sa pratique. Il serait **obligatoire de choisir un certain nombre d'items**, par exemple 3 au choix parmi 10. Et on ne pourrait pas en choisir plus, **chaque item étant valorisé par le même nombre de points**.

Sachant que dans le système actuel, pour obtenir des points, c'est surtout la progression qui compte, **cela pourrait inciter les médecins à se former dans des domaines où ils ont des lacunes pour obtenir plus de points**.

→ Proposition 9

Diviser les critères de pratique médicale en socle commun à tous les médecins et en socle choisi par le médecin.

POUR LES COLLABORATEURS LIBERAUX

La collaboration libérale a été proposée pour permettre une **phase test dans un cabinet, en vue d'une installation réelle au même endroit**. Cette **solution juridique** est aujourd'hui **de plus en plus employée par les jeunes généralistes**. Elle est **considérée par la CNAM comme une installation**. De ce fait, le calcul de la ROSP débute dès le début d'une collaboration libérale.

Prolonger la phase de début d'activité au delà des 3 ans

Dans nombre de cabinets médicaux, **les collaborateurs font peu de déclarations de médecin traitant.**

En effet, au tout début, **les patients expérimentent la relation avec le nouveau médecin** : il ne leur est donc pas opportun à ce moment là de faire le changement.

Une fois le médecin installé plus durablement, les patients, même s'ils voient toujours le collaborateur, **ne pensent pas à demander le changement** par méconnaissance du système et **les médecins omettent parfois de le proposer**, surtout à l'heure de la reconnaissance du cabinet de groupe par les organismes d'Assurance Maladie (même si pour l'instant les collaborateurs ne sont pas intégrés). Arrivé **au bout des 3 ans de la phase de début d'activité pour la ROSP**, même si une installation définitive est intervenue entre temps, **le médecin peut avoir très peu de patients « médecin traitant » et ne peut donc pas bénéficier de certains indicateurs.** Sur simple demande, il devrait pouvoir bénéficier d'une prolongation de cette phase de début d'activité, jusqu'à 3 ans après le début d'installation définitive.

→ Proposition 10 :

Permettre la prolongation de la phase de début d'activité pour les collaborateurs qui s'installent définitivement au-delà des trois ans prévus.

Changement du numéro ADELI lors du changement de situation

Depuis quelques années, **lors du passage de la collaboration à l'association**, même au sein d'un même cabinet, **le numéro ADELI du médecin change.**

Cela occasionne de **nombreux désagréments** (patientèle « médecin traitant » non transférée d'un numéro ADELI à l'autre). Le calcul de la ROSP pourrait, lui aussi, être impacté.

Il faut donc que cette phase soit clarifiée.

→ Proposition 11 :

Conserver un seul numéro ADELI par exercice au sein d'un même bassin de vie, quel que soit le statut d'exercice.

POUR LES REMPLAÇANTS

Les remplaçants **participent au système de soins**, en permettant la **continuité des soins** dans de nombreux cabinets mais aussi en effectuant des **gardes de permanence des soins.**

Actuellement, ils ne sont **rémunérés qu'à l'acte**, selon un **pourcentage inscrit dans le contrat de remplacement** signé avec le médecin installé.

Cette population de médecins, indispensable au système, doit pouvoir bénéficier de la diversification des modes de rémunération qui se met en place ces dernières années.

Ils devraient donc pouvoir bénéficier d'une **ROSP spécifique.**

On pourrait imaginer les **indicateurs suivants** :

- **participation à la permanence des soins**
- **remplacement en zone fragile**
- **valorisation de l'utilisation de la Carte de Professionnel de Santé du remplaçant (ou de la Carte de Professionnel de santé en Formation)**

Au moment de leur installation, ils basculeraient sur la ROSP des installés avec des indicateurs différents.

→ Proposition 12 :

Créer une ROSP spécifique aux médecins remplaçants.

CONCLUSION

La Rémunération sur Objectifs de Santé Publique permet une **diversification des rémunérations des médecins généralistes.**

Depuis sa mise en place en 2012, des **imperfections** sont apparues.

ReAGJIR propose des modifications pour améliorer le dispositif.

Amélioration du dispositif de Rémunération sur Objectifs de Santé Publique

12 PROPOSITIONS REAGJIR

- **Proposition 1**
Avoir accès à la population retenue et aux méthodes de calcul des indicateurs.
- **Proposition 2**
Mettre à jour la patientèle “médecin traitant” en fonction des lieux réels d’exercice, tout au long de la carrière du médecin.
- **Proposition 3**
Supprimer la notion de pondération par rapport à une patientèle de référence.
- **Proposition 4**
En cas d’installation au cours du dernier trimestre d’une année, faire débiter le calcul de la ROSP au 1^{er} janvier de l’année N+1.
- **Proposition 5**
Créer une commission d’adaptation que chaque médecin justifiant d’un exercice particulier pourrait saisir afin de ne pas être pénalisé par des critères trop rigides.
- **Proposition 6**
Mettre en commun dans un cabinet de groupe la rémunération liée aux items d’organisation des soins.
- **Proposition 7**
Créer un critère pour participation effective à la Permanence Des Soins Ambulatoire.
- **Proposition 8**
Donner aux sociétés savantes la possibilité de proposer et de réviser des indicateurs pertinents au regard des données scientifiques récentes, et laisser aux partenaires conventionnels le soin d’en sélectionner tout ou partie.
- **Proposition 9**
Diviser les critères de pratique médicale en socle commun à tous les médecins et en socle choisi par le médecin.
- **Proposition 10 :**
Permettre la prolongation de la phase de début d’activité pour les collaborateurs qui s’installent définitivement au-delà des trois ans prévus.
- **Proposition 11 :**
Conserver un seul numéro ADELI par exercice au sein d’un même bassin de vie, quel que soit le statut d’exercice.
- **Proposition 12 :**
Créer une ROSP spécifique aux médecins remplaçants.

BIBLIOGRAPHIE

1-Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie, Cour des comptes, rapport public annuel février 2013

2-ROSP : à quand des critères utiles à la santé des patients diabétiques et à la santé publique ? Mars 2015, Collège National des Généralistes Enseignants

3-Convention médicale : Arrêté de publication au Journal Officiel le 23 octobre 2016