

Conférence régionale centres de santé – 28/09/2018

*Avenant 1 à l'accord national et
exercice conventionnel : nouveautés*



Introduction (9H30 à 10H) : enjeux et perspectives pour les CDS

Dr Anne-Marie MERCIER

*Directeur coordonnateur à la Gestion
du Risque*

*Médecin conseil régional DRSM
Auvergne-Rhône Alpes*



Partie 1 - 10H-11H30

**Avenant 1 à l'accord national :
des évolutions importantes et
structurantes pour les CDS**



Introduction

Chantal LEMBAKOALI BARTHEL

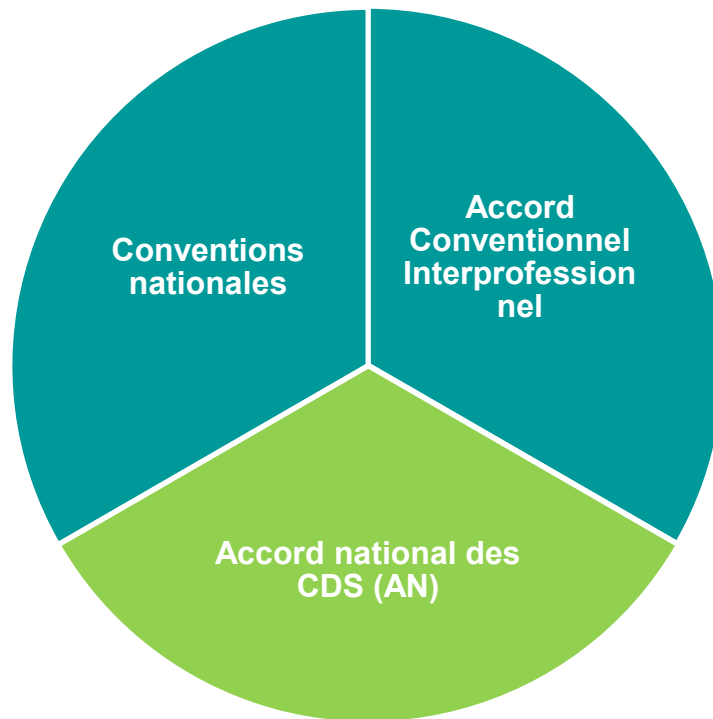
Responsable

*Mission de coordination de la Gestion
du Risque*



Introduction et rappels sur le fonctionnement de l'AN

Les conventions de chaque profession organisent les relations entre les professionnels libéraux conventionnés de manière individuelle et l'assurance maladie et ce sur leur activité propre : médical, soins infirmiers, etc.



L'ACI organise les relations entre les structures pluri-professionnelles et l'assurance maladie pour valoriser le travail en équipe et de coordination mené au sein de ces structures

Un AN régit les relations avec les centres de santé adhérents et l'assurance maladie (centres de soins infirmiers, centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents)

➔ Application automatique pour les CDS des évolutions de tarifs / nomenclatures prévues dans les conventions
MAIS : une obligation de négociation pour transposer dans l'accord les modes de rémunérations autres que le paiement à l'acte

Nouveaux contrats démographiques pour les CDS

Cécile PERNIN

*Responsable du Département Santé
CPAM de l'Ain*

Contrats démographiques médecins transposés aux CDS

Contrat d'aide à l'installation (CAI)

- Objet : favoriser l'installation/nouvelles installations dans les zones sous-denses
- Engagements : s'installer en zone sous denses et maintenir une activité pendant 5 ans
- Avantages : 30 000€ pour le 1^{er} MG ETP, 25 000 pour le 2^{ème} et éventuel 3^{ème} ETP MG
- Modalités : contrat tripartite

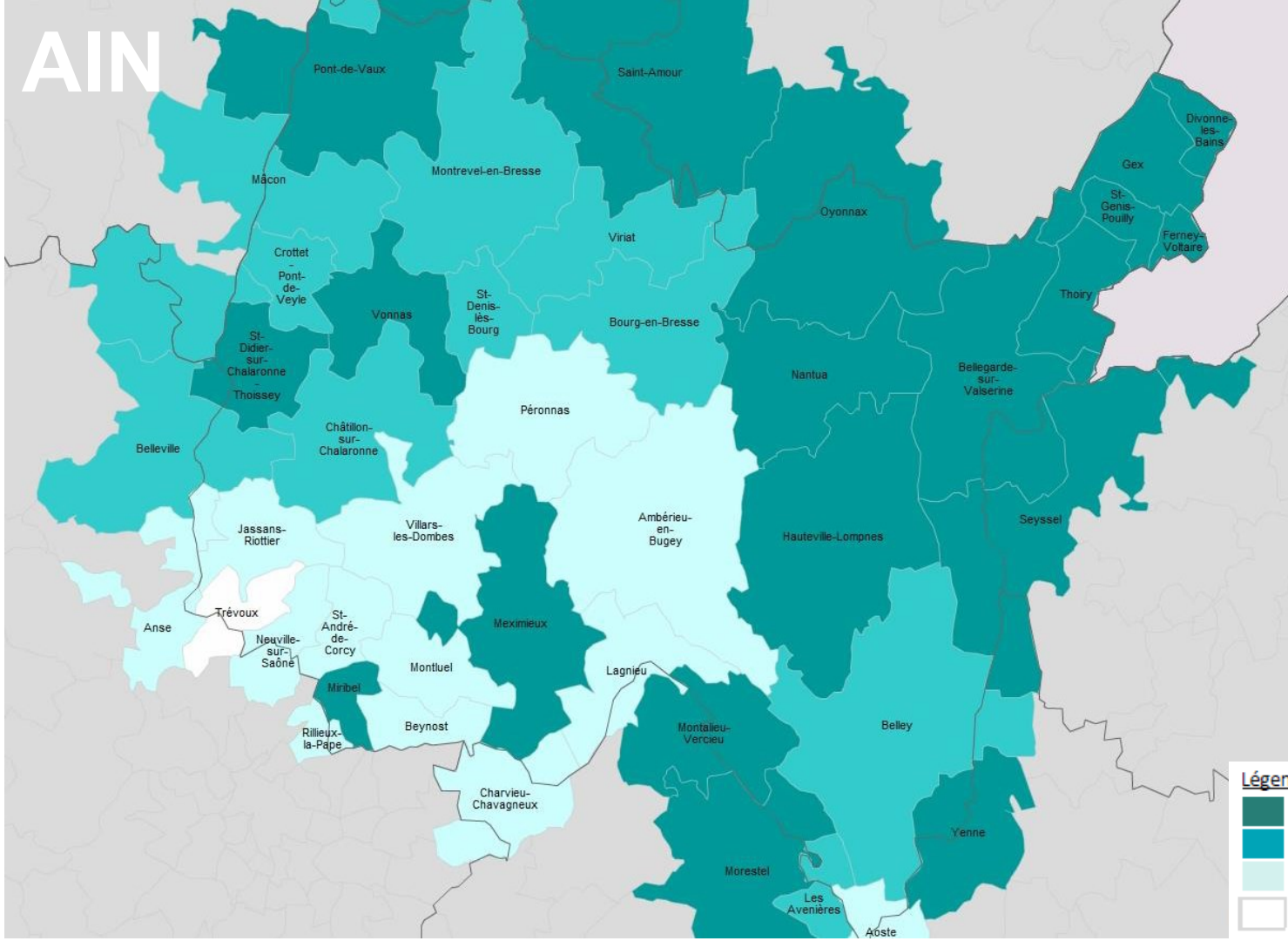
Contrat de stabilisation et de coordination (COSCO)

- Objet : favoriser le maintien dans les zones sous denses et la coordination sur le territoire
- Engagements : être implanté en zone sous dense et participer à une ESP ou CPTS
- Avantages : 5000€/an/ETP médecin salarié
- Modalités : contrat tripartite pour 3 ans

Contrat de solidarité territoriale (CST)

- Objet : inciter les CDS non installés en zone sous dense à participer à la réalisation de vacations dans les zones sous denses
- Engagement : exercice par 1 médecin de 10 jrs/an dans 1 autre CDS en zone sous doté
- Avantages : +10% sur les honoraires tirés d'activité clinique et technique du médecin mis à disposition sur la zone + frais de déplacement
- Modalités : contrat tripartite pour 3 ans

AIN



Zonage ARS médecin applicable depuis le 1^{er} mai 2018 aux CDS

Cartes départementales et
zonages disponibles



Légende

- ZIP – Zone d'intervention prioritaire
- ZAC – Zone d'action complémentaire
- ZV – Zone de vigilance
- Hors classement

Contrats démographiques infirmier et dentaire : rappels

Uniquement
CDS infirmier,
applicable sur
la base du
zonage infirmier

Contrat incitatif démographie infirmière

- Engagements : réalisation de 2/3 activité auprès de patients de la zone très sous dotée, taux télétransmission à 80%
- Avantages : aide forfaitaire de 3000€/an/ETP et **participation de l'assurance maladie à l'activité correspondant à 3% des honoraires sans dépassement, liés à l'activité infirmière du CDS**
- Modalités : signature du formulaire adhésion au contrat et fiche de suivi pour déclarer le montant de ses investissements informatiques, outils utilisés et le nombre d'infirmiers salariés en ETP exerçant au sein du centre

Uniquement
CDS dentaire,
applicable sur
la base du
zonage dentiste

Contrat incitatif démographie dentaire (option 1 nouveaux installés, option 2 CDS installés)

- Engagements : soigner à titre principal des patients de la zone très sous dotée, télétransmettre en mode Sesam Vitale pour 75% de son activité
- Avantages : aide forfaitaire de 15 000 euros/centre et **aide à l'activité de 2% des honoraires sans dépassements liés à l'activité dentaire du CDS**
- Modalités : signature du formulaire adhésion au contrat et fiche de suivi pour déclarer le montant de ses investissements informatiques, outils utilisés et le nombre de chirurgiens dentistes salariés en ETP exerçant au sein du centre

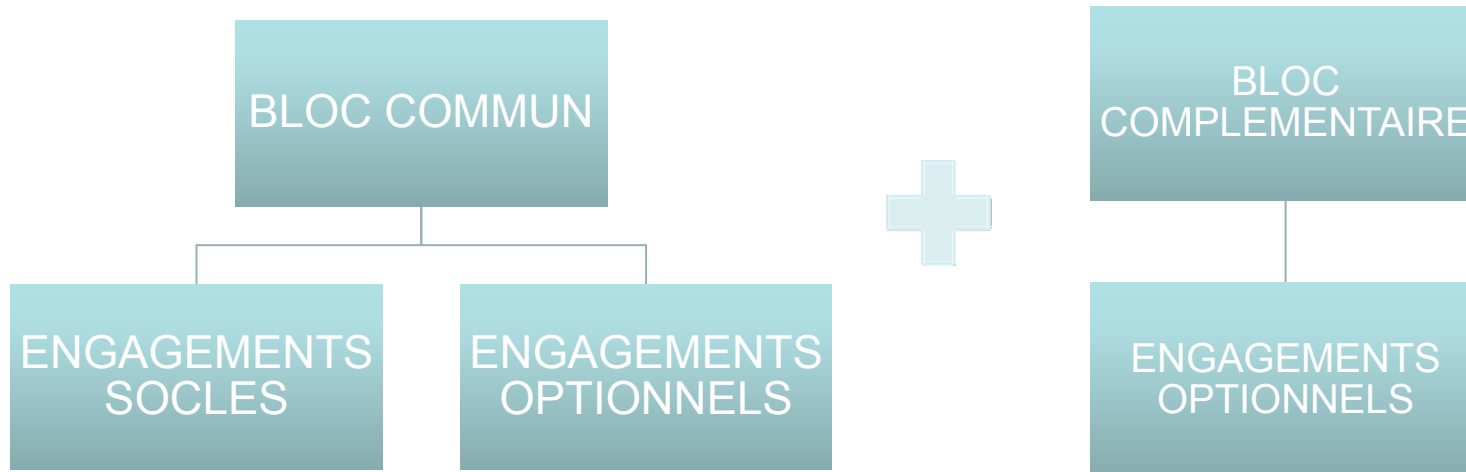
Adaptations de la rémunération forfaitaire spécifique des centres de santé

Cécile PERNIN

*Responsable du Département Santé
CPAM de l'Ain*



Constitution et modalités de rémunération identiques



3 AXES



AXE 1 : ACCES AUX SOINS

AXE 2 : TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION

AXE 3 : ECHANGE / SYSTEME D'INFORMATION

Fiches pratiques consultables sur [Ameli.fr](https://www.ameli.fr)

1 rémunération par points

Déclanchement de la rémunération : socles prérequis

Avant : tous les critères socles = prérequis

Après : certains critères socles prérequis

AXE 1 : ACCES
AUX SOINS

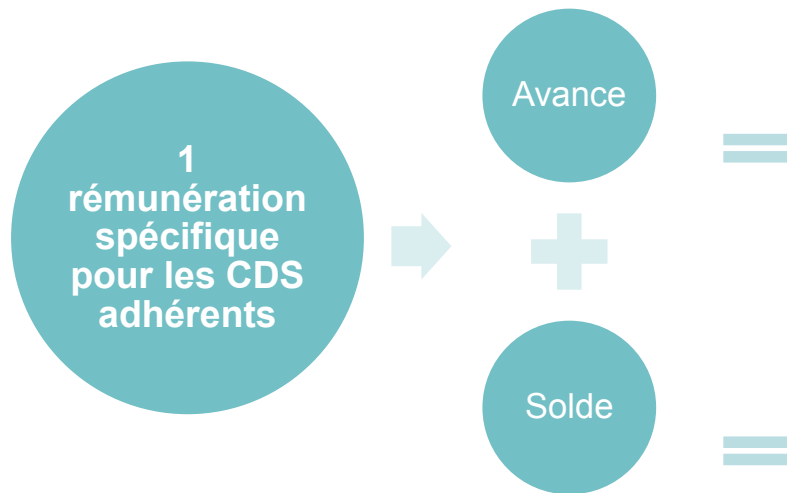
AXE 2 : TRAVAIL
EN EQUIPE /
COORDINATION

AXE 3 : ECHANGE
/ SYSTÈME
D'INFORMATION

	CDS POLY / MED	CDS DENTAIRE	CDS INFIRMIER		CDS POLY / MED	CDS DENTAIRE	CDS INFIRMIER	
	Accessibilité (large amplitude horaire, accès aux soins non programmés, fonction coordination)	Accessibilité (large amplitude horaire, accès aux soins non programmés, fonction coordination)	Accessibilité (accès aux soins programmés et non programmés, fonction coordination)		Accessibilité (large amplitude horaire et accès aux soins non programmés)	Accessibilité (large amplitude horaire et accès aux soins non programmés)	Accessibilité (accès aux soins programmés et non programmés)	
	+	+	+		+	+	+	
	Concertation pluripro.		Concertation prof.		Fonction de coordination	Fonction de coordination	Fonction de coordination	
	+	Concertation prof.	+					
	Protocoles pluripro.		Coordination externe		+	+	+	
	+	+	+					
	Système d'information (SI niveau 1 ASIP)	Système d'information (tenue dossier soins dentaires)	Système d'information (tenue dossier soins inf.)		Système d'information (SI niveau standard)	Système d'information	Système d'information	

2
D
E
R
O
G
A
T
I
O
N
S

La rémunération forfaitaire spécifique des CDS



60 % du montant du bloc commun principal et complémentaire sur la base des résultats obtenus en n-1

Versement au plus tard au 30 avril de l'année n pour les CDS déjà adhérents l'année n-1

Après saisies sur la plateforme ATIH et transmission des justificatifs relatifs aux indicateurs du bloc commun principal et complémentaire, montant complémentaire en fonction de l'atteinte des indicateurs et du nombre de points obtenus sur l'année n,

Versement au plus tard le 30 avril n+1 au titre de l'année n

Dispositif spécifique pour les CDS « nouvellement créés » (dépôt depuis moins d'un an de son projet de santé) :

- Dérogation sur le nombre d'indicateurs prérequis pour le déclenchement de la rémunération : 2 prérequis au lieu de 3 pour les autres CDS (pendant 2 ans)
- Versement d'une avance calculée en fonction des montants moyens des rémunérations versées aux CDS de la même catégorie l'année précédente et proratisé en fonction du trimestre d'adhésion (prise de contact par le CDS avec la CPAM dans les 3 mois d'attribution du numéro FINESS, et paiement par la CPAM dans les 2 mois suivants)

Trim	Exemple avance nouveaux CDS poly et méd. (en 2018)
T1	100% soit 29 829€
T2	75% soit 22 372€
T3	50% soit 14 915€
T4	25% soit 7 457€

Rémunération forfaitaire spécifique des CDS médicaux ou polyvalents

BLOC COMMUN PRINCIPAL

AXE 1 : ACCES AUX SOINS

AXE 2 : TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION

AXE 3 : ECHANGE / SYSTEME D'INFORMATION

Indicateurs socles

Accessibilité : large amplitude horaire et accès aux soins non programmés : 800 pts fixe

Prérequis

Concertation pluri-professionnelle (thèmes modifiés. 6 réunions / an mini) : 1000 pts variables

Protocoles pluriprofessionnels : 800 pts fixe

Prérequis

Fonction de coordination : 700 pts fixe
+ 1350 pts variable jusqu'à 8000 patients
+1000 variable sur patientèle supplémentaire (+8000 pat.)

Système d'information - niveau standard ASIP : 500 pts fixe +200 pts variable par PS jusqu'à 16 PS salariés
+ 150 pts variable par PS supplémentaire

Prérequis

Indicateurs optionnels

Missions de santé publique : 700 pts variable (maxi 2)
+ si forte activité infirmière, 1 mission suppl. : 200 pts
+ si forte activité dentaire, 1 mission suppl. : 200 pts

Consultations spécialistes de 2nd recours ou accès à SF / CD (2j/mois) : 250 pts fixe

Consultations spécialistes de 2nd recours ou accès à SF / CD (0,5 ETP au moins) : 250 pts fixe

Diversité de l'offre niveau 1 : 250 pts fixe

Diversité de l'offre niveau 2 : 250 pts fixe

Accueil CST : 200 pts fixe

Concertation pluri-professionnelle : si forte activité dentaire : 200 pts fixes

Formation des jeunes : 450 pts fixe (2 maxi/an)
+ si forte activité inf., 1 stage inf. suppl. : 225 pts fixe
+ si forte activité dent. : 1 stage dent. Suppl. : 225 pts fixe

Coordination externe : 200 pts variables
+ si forte activité dentaire, 1 contrat avec EHPAD ou structure médico-sociale : 200 pts fixe

Système d'information - niveau standard : si forte activité dentaire, SI permettant dossier informatisé structuré intégré CDS : 450 pts variable

Système d'information - niveau avancé : 100 points fixe

Rémunération forfaitaire spécifique des CDS dentaires

BLOC COMMUN PRINCIPAL

AXE 1 : ACCES AUX SOINS

AXE 2 : TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION

AXE 3 : ECHANGE / SYSTEME D'INFORMATION

Indicateurs socles

Prérequis

Accessibilité : large amplitude horaire et accès aux soins non programmés : 400 pts fixe

Concertation professionnelle : 200 pts fixe

Réunions de coordination entre chirurgiens-dentistes sur l'organisation interne des soins ou dossiers de patients complexes (3 réunions / an)

Prérequis

Système d'information : 250 pts fixe +450 pts variables
Permet la tenue d'un dossier dentaire informatisé structuré, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (DMP et MSS)

Prérequis

Fonction de coordination : 200 pts fixe

Assurée par personnes exerçant au sein du centre ou par du personnel recruté spécifiquement

Indicateurs optionnels

Missions de santé publique ou bilans bucco-dentaires auprès de population ciblée : 200 pts variable (maxi 1)

Formation des jeunes (1 stage/an) : 250 pts fixe

Coordination externe : 500 pts fixe

Contractualisation avec un EHPAD ou un ES ou ESMS (2 contrats maximum) proposant un bilan bucco-dentaire à 100% de nouveaux patients et réaliser au moins 80% des bilans)

Rémunération forfaitaire spécifique des CDS infirmiers

BLOC COMMUN PRINCIPAL

AXE 1 : ACCES AUX SOINS

AXE 2 : TRAVAIL EN EQUIPE / COORDINATION

AXE 3 : ECHANGE / SYSTEME D'INFORMATION

Indicateurs socles

Prérequis

Accessibilité : accès aux soins programmés et non programmés : 200 pts fixe

Prérequis

Concertation professionnelle : 400 pts fixe
réunion de coordination entre infirmières sur l'organisation interne des soins ou protocoles de prise en charge (6 réunions/an)

Fonction de coordination : fonction interne et organisée : 200 pts fixe

Coordination externe : 300 pts variables

- Procédure définissant les modalités de transmission des données de santé vers les PS extérieurs / ES et ESMS
- Conventions avec au moins 2 ES ou ESMS pour partage d'information
- Répertoire actualisé de l'offre sanitaire et sociales
- Retour d'information au médecin traitant sur la vaccination antigrippale

Prérequis

Système d'information : 400 pts fixe +600 pts variable (6 ETP en moyenne)
Permet la tenue d'un dossier infirmier informatisé structuré partagé entre les PS du centre, l'utilisation de solutions mobiles d'accès au dossier depuis le domicile, l'évolutivité et l'interopérabilité de ce système (MSS et DMP)

Indicateurs optionnels

Missions de santé publique : relais d'information et d'action des campagnes de prévention ou promotion de la santé : 400 pts variable (maxi 2)

Formation des jeunes (1 stage/an) : 250 pts fixe

Evolution de la rémunération forfaitaire pour les médecins traitants des CDS

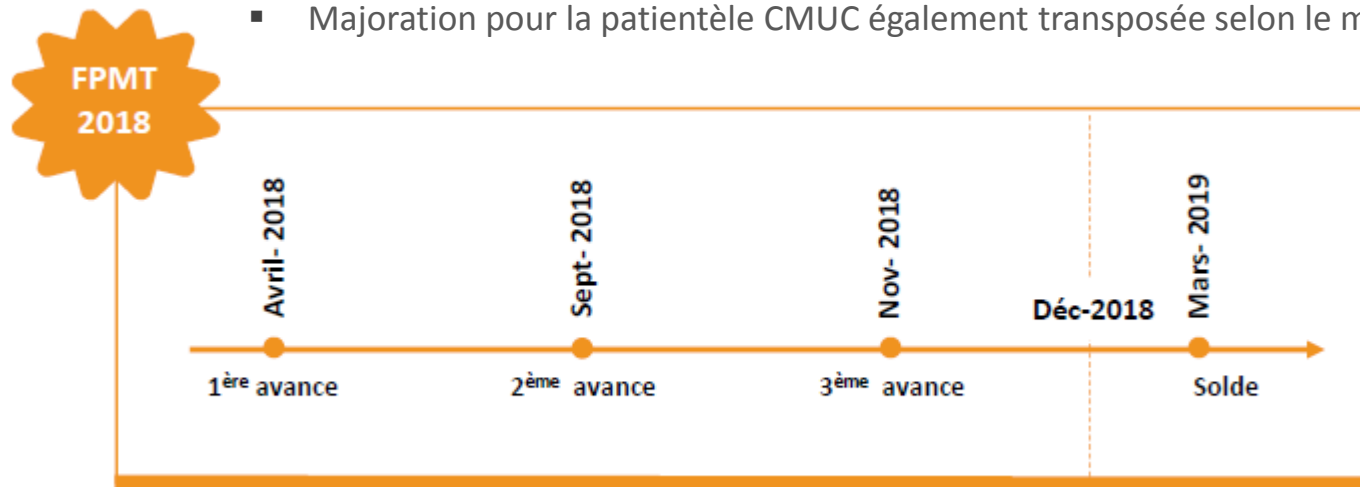
Cécile PERNIN

*Responsable du Département Santé
CPAM de l'Ain*

Rémunération forfaitaire médecin traitant (avenant 1)

Nouveau forfait patientèle médecin traitant au 1^{er} janvier 2018 (FPMT) :

- Valorise le rôle du centre de santé, dans le suivi de sa patientèle, dont l'un des médecins a été désigné comme médecin traitant
- Applicable à tous les CDS dès lors que le CDS a au moins un médecin salarié
- Remplace les forfaits existants en 2017 pour les CDS (FMT / RST / RMT)
- Modalités de calcul et de versement identiques aux médecins libéraux (traitement automatique)
- Majoration pour la patientèle CMUC également transposée selon le modèle médecins libéraux



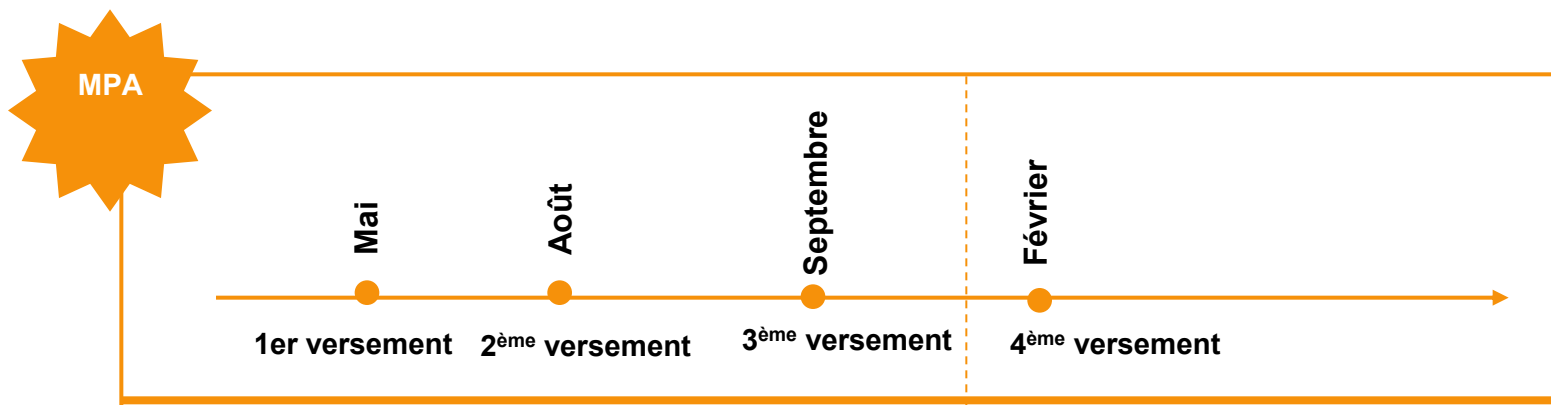
Rémunération forfaitaire médecin traitant (avenant 1)

Caractéristiques du patient	Précision	Valorisation FPMT
Enfant de 0 à 6 ans	Hors ALD	6€
Patient de 80 ans et plus	Hors ALD	42€
Patient de moins de 80 ans et en ALD	Y compris enfants de 0 à 6 ans	42€
Patients de 80 ans ou plus et en ALD		70€
Autres patients	7 à 79 ans, hors ALD	5€

Rémunération forfaitaire médecin traitant (avenant 1)

Modification de la Majoration pour Personnes Agées (MPA)

- Versement de la MPA pour le suivi des personnes âgées de 80 ans et plus dont aucun des médecins du centre de santé n'est désigné comme médecin traitant
- Rémunération calculée sur la base d'un montant de 5€ par consultation/visite réalisée et facturée à l'assurance maladie, payée de manière automatique



Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : Pour quoi? Pour qui? Comment ?

Focus : rougeole / maladie rénale chronique

Dr Olivier LEVY NEUMAND
Médecin conseil - DRSM Rhône Alpes



Maîtrise MÉDICALISÉE des dépenses de soins :

1. Respect des recommandations de bonne pratique (RBP)
2. Avec la moindre iatrogénie possible
(balance bénéfique / risque, voire maléfice / risque)

*article 32 du code de déontologie
+ avenant n°1, article 2*

3. Au moindre coût, mais SANS PERTE de CHANCE pour le patient

*article L 162.2.1 du code de la SS
+ article 8 du code de déontologie
+ avenant n°1, article 2*

I. Pourquoi ?

I.1 Histoire



- Préhistoire :**
- pratiques hétérogènes
 - de qualité différente
 - pas de RBP
 - peu de médicaments



- Moyen-Âge :**
- développement exponentiel des mises sur le marché des médicaments
 - développement des RBP (ANDEM, ANAES → HAS)

I. Pourquoi ?



- Renaissance :**
- Évaluation des pratiques versus RBP
 - Antibiotiques, statines, anxiolytiques ...
 - Insuffisance des dépistages ou dépistages iatrogènes
 - Enjeu médical, iatrogénique et économique



- Révolution :**
- ACTIONS en PARTENARIAT
AM / MT / HAS
Syndicats des médecins
Sociétés savantes CMG



I. Pourquoi ?

I.2 ROSP

➔ Objectif : améliorer les pratiques

C'est ✓	Ce n'est pas ✗
<ul style="list-style-type: none">▪ Outil d'auto évaluation<ul style="list-style-type: none">- collectif- individuel (par médecin ou CDS)- systémique- facile et reproductible▪ Rémunération complémentaire non liée à l'acte	<ul style="list-style-type: none">▪ « flicage »▪ Contrôle▪ Jugement de valeur▪ Atteinte à<ul style="list-style-type: none">- la liberté de prescription (article 8 du code de déontologie)- l'indépendance professionnelle (article 5 du code de déontologie)

I. Pour qui ?

II.1 MG patients \geq 16 ans (29 indicateurs)

II.2 MG patients $<$ 16 ans + pédiatres (10 indicateurs)

II.3 Cardiologues

II.4 Gastro-entérologues

II.5 Endocrinologues

II.6 Pharmaciens

II. Pourquoi ?

III.1 Comment sont choisis les indicateurs ?

Convention → choix paritaire

- Enjeu médical et/ou économique
- Marge d'amélioration disponible
- Référentiel
- Faisabilité dans la mesure informatique (sauf indicateurs déclaratifs)

III. Comment ?

III.2 Comment sont choisis les objectifs ?

- **Objectif cible :**
 - objectif fixé par la loi (2004)
ex : mammographie et frottis = 80 %
 - ou 9ème décile (valeur dépassée par les 10 % des médecins dont la valeur est la plus haute)
 - ou 1er décile pour les indicateurs décroissants
/!\ si avenant n°6 = 8ème décile

- **Objectif intermédiaire :**
 - 7ème décile (ou 3ème pour les indicateurs décroissants)
/!\ si avenant n°6 = 3ème décile

III. Comment ?

III.3 Comment est mesurée l'éligibilité des indicateurs ?

Nombre de patients du dénominateur au 31/12 de l'année précédent la période de mesure

Ex : % de traitement antiasthmatiques prescrits dans le répertoire des génériques, pour un résultat au 31/12/2017 :

➔ Dénombrement du nombre de boîtes prescrites d'antiasthmatiques au 31/12/2016

< 20
absence d'éligibilité en 2017
↓
= absence de rémunération
pour cet indicateur

≥ 20
Indicateur éligible en 2017

III. Comment ?

III.4 Comment est mesurée la patientèle ?

Patientèle « consommande » MT en inter régime

/!\ patientèle → rémunération

ex : CDS X patientèle : 4 705

Indicateur mammographie :

Rémunération maximale =

$$40 \text{ points} \times 7 \text{ €} \times 4705 / 800 = 1\,646 \text{ €}$$

III. Comment ?

III.5 Comment sont mesurés les résultats des indicateurs

Ex : mammographie au 31/12/2017

- **Dénominateur** : ♀ de 50 ans à 74 ans au 01/01/2017
 - parmi la patientèle (cf. III.4)
 - MT au 31/12/2016
- **Numérateur** : Mammographie remboursée, bilatérale ou de dépistage du 01/10/2015 = 31/12/2017

⚠ - Biais hospitalier

- assurée mastectomisée

ex : CDS x 392 / 581 = 67 %

III. Comment ?

III.6 Comment sont mesurés les taux de réalisation (Tx) et la rémunération (R) ?

III 6.1 **Résultat ≥ objectif intermédiaire**

- **Tx** = 50 % + 50 % x niveau constaté - objectif intermédiaire
objectifs cible - objectif intermédiaire

→ = 100 % si objectif cible atteint

- **R =**
ROSP adultes : Tx x nb de points maxi de l'indicateur x 7 € x patientèle / 800
ROSP enfants : Tx x nb de points maxi de l'indicateur x 7 € x patientèle / 600

Ex. : CDS X : ≥2 HbA1C / an

Résultats 31/12/2017 : 90,4 % (cible : 95 %, I = 86 %)

→ Rx 81,64 % x 30 points x 7 € x 4705/800 = 1 008,3 €

III. Comment ?

III 6.2 Résultat < objectif intermédiaire

- $T_x = 50 \% \times \frac{\text{niveau constaté} - \text{objectif initial}}{\text{objectifs cible} - \text{objectif initial}}$

→ = 50 % si objectif intermédiaire atteint

EX : CDS X Mammographie

Résultats 31/12/2017 : 67,47 %

Résultats au 31/12/2016 (initial) : 67,62 %

→ $T_x = 0 \%$

→ $R = 0 \text{ €}$

⚠️ avenant n°6 : ↘ objectif intermédiaire au 3^{ème} décile : 62 %

IV. Focus

IV.1 Vaccination contre la rougeole



IV.1 Vaccination contre la rougeole

IV.1.1 Contexte

- Retour de l'obscurantisme
- Étude LARSON 2016 sur les populations de 65 pays



**La population la plus opposée aux vaccinations
est française.**

- Paradoxe au pays des lumières et de Pasteur
- **Rapport bénéfice / risque des vaccinations = niveau le plus élevé que n'a jamais atteint un autre médicament.**

IV. Focus

IV.1.2 Conséquences

- Couverture vaccinale à **78,8 %** à 2 doses France entière ; objectif de 95 % pour une éradication de la rougeole (≥ 95 % pour les vaccins obligatoires)
- Résurgence d'épidémie : 2011 ++

2017/2018 : 2 779 cas dont 84 en RA,

3 décès (16/09/2018)

IV.1.3 Rappels

- « la rougeole n'est pas une maladie banale de l'enfance »
 - 23 % d'hospitalisation au 19/09/2018
 - 1 adulte/2 est hospitalisé
- Défaut d'immunité de groupe :
 - Population fragile non protégée : nourrissons de moins d'1 an, femme enceinte, immunodéprimés +++, biothérapies ++

IV.1.4 Actions

1. Obligations vaccinale enfants nés \geq 1/1/2018

- Calendrier : 1 dose à 12 mois
- 2^{ème} dose à 16-18 mois

2. Rattrapage vaccinal

- 2^{ème} dose jusqu'à 38 ans +++++

3. Indicateur ROSP enfants

- Dénominateur :
 - patientèle, inscrite MT en N-1
 - de 19 à 30 mois au 1/12/2017 avec 1 DTP remboursé
- Numérateur : patients avec 2 doses remboursées jusqu'au 31/12/2017
- Objectif : - cible au 31/12/2017 : 87 %
 - intermédiaire au 31/12/2017 : 75 %
- Résultats CDS X : - 31/12/2017 : 16,13 % = 5/31
 - 31/12/2016 : 40 % = 6/15

→ R = 0

→ **Marge amélioration** : médicale ++

Financière -- : $35 \times 7 \times 548/600 = 223 \text{ C}$

→ **Analyse ?**

- vaccination en PMI ou autre dispositif sans facturation directe ?
- 2^{ème} dose réalisée mais reportée au-delà du 30^{ème} mois?
- Refus ?
- Défaut d'observance ?
- Insuffisance du suivi

IV.2 Dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) chez le diabétique

- **Dénominateur** : patientèle, inscrite MT en N-1 traités par AD au 31/12/2017 (3 délivrances en 2017 ou 2 délivrances de grands conditionnements)
- **Numérateur** : créatininémie + A/C (rappel : bandelette urinaire = faux négatif ; A/C + si >3 mg/mml)
- **Objectif** : 31/12/2017 : 61 %
- **Ex** : Résultat du CDS X : 31/12/2017 : 55,78 % = (168/303)
 - Nb points 26/30
 - Biais possible si mauvaise codification par le laboratoire → concertation
 - Marge d'amélioration
 - Médicale ++
 - Financière -- : 4 points x 7 x 4705 /800 = 164 €

IV.3 Dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) chez l'hypertendu

- **Dénominateur** : la patientèle, inscrite MT en N-1, traitée par anti HTA au 31/12/2017
- **Numérateur** : créatininémie + P/C ()
Rappel : bandelette urinaire ininterprétable sans densité et Ph, faire + et -
- **Objectif** : 14 %
- **Ex** : Résultat du CDS X : 31/12/2017 : 11,62 % = (84/723)
 - **/!\ sujet jeune** : baisse de la fonction rénale dépistée par P/C et ?? pas la créatininémie
(Avenir ? = < 81 ans
= inclusion au numérateur de l'examen A/C)

1. Évolution des indicateurs ?

Ex. : - *Équivalence Avenant n° 6 Médecins libéraux ?*

- *Dispositif concerté d'amélioration continue des indicateurs*

2. Liste des patients +++ ????

« *Il paraît difficile d'organiser un marché dans lequel :*

- *celui qui choisit, ni ne paye, ni ne consomme (...)*
- *celui qui consomme, ni ne paye, ni ne choisit,*
- *et celui qui paye, ne choisit pas et ne consomme pas. »*

G. DURU

Économiste de la santé

Partie 2 - 11H30 – 12H15

**Un cadre d'exercice des CDS
et des relations avec
l'Assurance maladie en
pleine évolution**

Déploiement du Dossier Médical Partagé (DMP) et de la Messagerie Sécurisée de Santé (MSS)

Vincent SAUZEREAU

*Responsable adjoint - Mission de coordination
régionale de la Gestion du Risque*



Messageries sécurisées de santé (MSSanté)

Le système **MSSanté** est :

- **un système de messagerie sécurisée de santé** qui permet l'échange de données de santé à caractère personnel entre plusieurs professionnels habilités, en ville ou en établissement, dans le cadre de la prise en charge d'un patient, dans un cadre sécurisé
- **un système interopérable** : il accueille tous les opérateurs de messagerie qui respectent le dossiers de spécifications

En région Auvergne-Rhône-Alpes, **trois types d'offres** s'offrent aux professionnels de santé :

- **la messagerie nationale Mailiz** (de l'ASIP Sante),
- **la messagerie régionale MonSisra** (GCS Sisra/Simpa),
- **les éditeurs de logiciels de gestion de cabinet et autres opérateurs** (offre privée).

Messageries sécurisées de santé (MSSanté)

Depuis début avril 2017, l'Assurance Maladie fait la promotion de l'équipement en MSSanté auprès des professionnels de santé libéraux (visites des DAM, accompagnement des CIS...)

A fin juillet 2018, la région Auvergne-Rhône-Alpes (Aura) est la **2^e région de France en termes d'équipements des professionnels de santé libéraux en MSSanté** avec un taux de 31,6% (contre 24,4% pour le national) :

- *1^e région de France pour les médecins généralistes (taux d'équipement de 76,2%),*
- *2^e région pour les médecins spécialistes (taux de 57,6%),*
- *3^e région de France pour les officines (taux de 51,4%).*

Au-delà de l'équipement, l'enjeu pour l'Assurance Maladie est aujourd'hui de promouvoir les usages des professionnels de santé via les MSSanté.

Dossier médical partagé (DMP)

➤ L'historique du projet

- Un projet de plus de 10 ans **relancé par la loi du 26 janvier 2016** : reprise du dossier médical partagé, avec une gestion confiée désormais à la CNAM
- Depuis décembre 2016, une **phase de présérie dans 9 départements** qui a permis de dégager les bonnes pratiques nécessaires à la préparation et à la réussite d'un déploiement national

➤ Le DMP en bref

- **Le DMP est le carnet de santé informatisé du patient** : gratuit, confidentiel et non obligatoire
- Il contient des **documents et informations médicales** que les professionnels de santé estiment utiles au suivi des soins du patient : il n'est pas exhaustif et ne se substitue pas au dossier professionnel
- **Les patients** peuvent également ajouter les informations utiles à leur suivi médical
- L'Assurance Maladie intègre automatiquement au DMP **des données de remboursement**

Dossier médical partagé (DMP)

➤ Ce que contient le DMP

Des documents prioritaires ont été définis par la CNAM. Ils sont validés par la CME pour les établissements de santé. Les documents attendus prioritairement sont les suivants :



Professionnels de santé

Type(s) de document attendu(s) en priorité

Médecin traitant

Volet de Synthèse Médicale (VSM)

Spécialiste

Compte rendu de consultation

Spécialiste (Cancérologie)

Dossier Communicant de cancérologie (DCC)

Biologiste

Compte-Rendu d'examens

Radiologue

Compte-Rendu d'imagerie médicale

Kinésithérapeute

Bilan d'examen

Infirmier

Dossier de Soins infirmiers



Structures de soins

Type(s) de document attendu(s) en priorité

Etablissement de santé

CR d'Hospitalisation (ou lettres de sorties), CRO CRA et CR de résultats de biologie, CR de Consultation: au fil de l'eau et avec l'historique de ces documents pour le patient dans l'établissement

EHPAD

Dossier de Liaison d'Urgence (DLU)

Dossier médical partagé (DMP)

➤ L'intérêt et les garanties du DMP

Le **DMP** est accessible, en un clic, partout et pour tous...

- au **patient** via le site www.dmp.fr et avec son application mobile
- à l'ensemble des **professionnels de santé** (notion d'équipe de soins), en ville et à l'hôpital
- **en tout point du territoire**
- en situation d'**urgence**

Le DMP garantit **la confidentialité et la sécurité des données**, respectant les exigences de la CNIL et de l'ASIP

Le patient garde la maîtrise et le contrôle de son DMP

- *Un accord explicite du patient*
- *Un contrôle renforcé de l'accès au DMP par les PS à travers une authentification forte*
- *Un système de notifications*

Dossier médical partagé (DMP)

➤ Quelques chiffres

- Plus d'**1,5 million de DMP** créés à ce jour France entière, dont plus de **100 000 en région**
- Des **créations** réalisées essentiellement par les **pharmacies d'officine (51%)** et les **accueils des CPAM (42%)**, les deux cibles prioritaires identifiées pour les créations

➤ Calendrier de la généralisation du DMP

- Lancement de l'**accompagnement des établissements de santé** : janvier 2018
- Lancement d'un premier **Comité régional de déploiement du DMP** : 24 avril 2018
- **Généralisation du DMP à tous les départements** au 4^e trimestre 2018 avec possibilité de créer des DMP en accueil des CPAM et dans les pharmacies d'officines
- **Campagne de communication nationale** : début novembre

Contrat collectif pour les soins visuels pour les structures d'exercice coordonné

Clémence KREMER

*Responsable de projets -
Mission de coordination régionale de la Gestion
du Risque*



Contrat collectif pour les soins visuels

Objectif : Favoriser le développement de l'offre de soins visuels dans les centres de santé (CDS) ou maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) en incitant ces structures à développer des coopérations entre orthoptistes et ophtalmologistes

Engagements de la structure (CDS ou MSP), notamment :

- Prévoir un temps d'activité de l'orthoptiste exerçant dans la structure (libéral ou salarié) représentant au moins 2 demi-journées par semaine
- Être engagée dans un partenariat formalisé avec un ou plusieurs ophtalmologues
- Prévoir une procédure permettant à la structure d'orienter dans un délai raisonnable le patient nécessitant une prise en charge ophtalmologiste
- Disposer d'une Messagerie Sécurisée de Santé permettant les échanges de données avec l'ophtalmologiste à distance

Modalités : Contrat ARS, CPAM, CDS d'une durée de 3 ans renouvelable

Contrat collectif pour les soins visuels

8000€
/an
maxi

Forfait aide à
l'investissement

Achat/location de matériels pour réalisation des soins visuels

+

5000€
/an
maxi

Forfait aide à
l'activité

Bilan visuel et dépistage rétinopathie diabétique (RD)

Activité d'orthoptie
(hors rééducation et bilan)

Participation à des protocoles de coopération expérimentaux

Structuration de l'Assurance maladie et accompagnement des CDS

Dr Olivier LEVY NEUMAND
Cécile PERNIN
Clémence KREMER



Vos contacts / interlocuteurs au niveau local

Service relations avec les professionnels de santé

- Gestion administrative et professionnelle des dossiers, vie conventionnelle, gestion des difficultés en rapport avec l'exercice au quotidien

Délégué de l'Assurance maladie (DAM)

- Interface avec la CPAM, informe des dispositions conventionnelles et réglementaire
- Réalise un accompagnement en matière de maîtrise médicalisée des dépenses

Conseiller de l'Assurance maladie (CAM)

- Référent sur les programmes de retour à domicile (PRADO).
- Coordination entre le patient et le professionnel de santé

Conseiller informatique service (CIS)

- Appui sur les équipements nécessaires à la facturation électronique des soins
- Informations, appui à l'utilisation de SESAM Vitale et des téléservices

Service médical

- Conseils sur la réglementation et pratiques médicales, règles d'application de la NGAP/CCAM
- Réalise (praticiens conseils) un accompagnement visant à améliorer la prise en charge des ALD, autres pathologies et analysent les demandes de prestation des assurés

Le service social

- Evaluation des besoins des patients rencontrant des difficultés d'accès aux soins ou fragilisés par la maladie, le handicap, un accident ou le vieillissement, et mise en place d'un plan d'aide

Vos contacts / interlocuteurs au niveau local

Plateforme téléphonique (loco-régionale) :
08 119 100 009

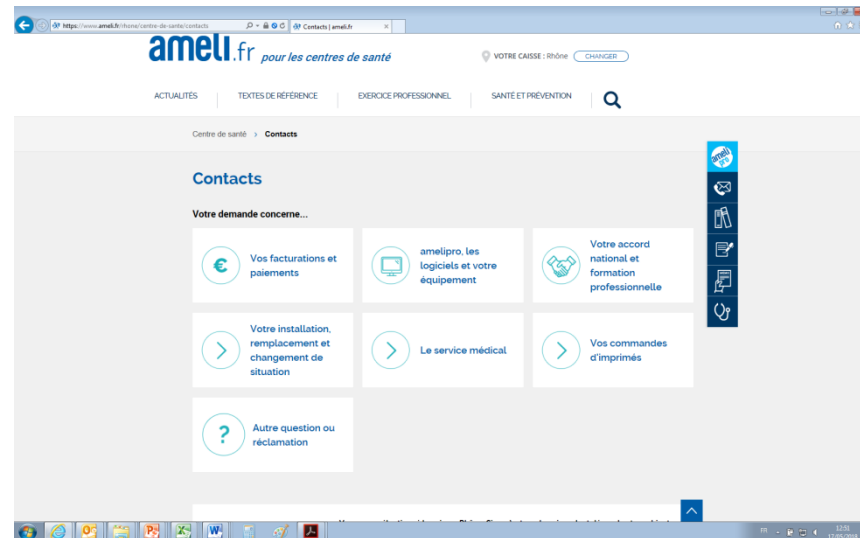
Boîte(s) mail(s)

CESI (centre de service inter-régimes)

- Pour toute question relative aux paiements en tiers payant, plateforme nationale CESI peut être saisie par les CDS
- Par téléphone : 09 72 72 72 60 (service gratuit + prix de l'appel) lundi, mardi et vendredi de 8h00 à 17h00, mercredi et jeudi de 8h00 à 17h30 ;
 - Par email : centresdesante@cesi.ameli.fr



Coordonnées transmises par votre
CPAM de rattachement
(selon organisation locale le cas
échéant)



Accompagnement envisagé

Pour les nouveaux CDS

Pour les CDS existants

Par les DAM

- CDS médico et polyvalents

Par les praticiens conseils

- CDS médico et polyvalents
- CDS infirmiers
- CDS dentaires

Conclusion / remerciements



Merci de votre attention

Mission de coordination de la Gestion du risque
Auvergne-Rhône-Alpes