

# COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES INFIRMIÈRES

15 juin 2021

# Ordre du jour

- Approbation du PV du 3 décembre 2020
- Examen des dépenses de santé au 31 12 2020 et tendance 1<sup>er</sup> trimestre 2021
- Actualités conventionnelles et réglementaires
  - Point COVID/ Vaccination
    - Test PCR : rappel
    - Suivi isolement
    - Vaccination : point départemental (taux de vaccination+ e cps) / point vacation / campagne « aller vers »
  - Avenant 6 BSI et calendrier jusqu'en 2023
  - Procédure mixte de conciliation et de sanction en cas de refus de soins illégitimes et de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux
- Actualités locales et régionales
  - Contrôle facturation : point de situation
  - Accompagnement GDR
    - Accompagnement DAM/CIS
    - Contrôle à visée pédagogique : bilan
  - Démographie médicale
  - Numérique en santé
- Questions diverses

# Statistiques de dépenses au 31 décembre 2020

Tarifs conventionnels (eneuros)

PREST.	25-mai 2012	18-avr 2009
AIS	2,65	2,65
AMI	3,15	3,15
DI	10,00	10,00
MAU	1,35	-
MCI	5,00	-
IF	2,50	2,30
IKP	0,35	0,35

Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2020 au 31/12/2020 (en date de remboursement)

Montants des prestations en base de remboursement (hors dépassements)

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
AIS	1 113 889	-22,1%	22 758	-61,4%	2 103	-96,3%	13 225	-34,4%	1 151 975	-26,4%	-20,8%	-17,6%
AMI	8 730 770	6,3%	205 123	-3,0%	12 146	-94,5%	177 866	-0,4%	9 125 905	3,4%	6,9%	4,9%
AMX	80 411		2 522				246		83 178			
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	3 621		100				50		3 771			
BSI - Forfait	244 332		21 982				8 069		274 383			
DI - Hors BSI	9 000	-20,0%	250	-61,8%	35	-89,1%	110	29,4%	9 395	-23,7%	-19,8%	-13,2%
MAU	648 980	5,7%	15 984	0,4%	659	-95,3%	14 866	-6,6%	680 489	3,2%	4,4%	4,4%
MCI	288 073	6,4%	8 330	2,4%	580	-90,3%	5 550	25,0%	302 533	4,5%	7,0%	8,1%
MIE	4 303		19				38		4 360			
Téléconsultations	239								239			
Total (Hors frais de déplacements)	11 123 616	5,5%	277 068	-6,1%	15 523	-94,8%	220 020	0,4%	11 636 226	2,5%	6,2%	5,1%
Frais de déplacements	2 954 705	4,2%	90 055	-3,0%	4 021	-94,7%	67 542	-0,8%	3 116 322	1,4%	3,4%	5,7%
Total	14 078 321	5,3%	367 122	-5,4%	19 544	-94,8%	287 562	0,1%	14 752 549	2,3%	5,5%	5,2%

Activité des infirmiers libéraux dont le cabinet principal est installé dans le département

Volume des actes

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
AIS	373 085	-22,2%	8 060	-60,8%	707	-96,1%	4 349	-34,3%	386 202	-26,5%	-20,7%	-17,7%
AMI	2 267 988	7,9%	53 399	-0,6%	3 131	-94,7%	46 594	1,5%	2 371 112	4,9%	7,8%	5,7%
AMX	25 344		801				96		26 240			
DI - Hors BSI	900	-20,0%	25	-61,8%	4	-89,1%	11	15,8%	940	-23,8%	-20,1%	-13,5%
Téléconsultations	17								17			
Total	2 667 334	3,3%	62 285	Statistiques de dépenses au 31 dé.-95,0%			51 050	-2,9%	2 784 510	-0,1%	1,2%	-4,7%

Volume des majorations

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
MAU	480 727	5,7%	11 840	0,4%	488	-95,3%	11 012	-6,6%	504 067	3,2%	4,4%	4,4%
MCI	57 650	6,4%	1 666	2,4%	116	-90,3%	1 110	24,2%	60 542	4,6%	7,0%	8,1%
MIE	1 366		6				12		1 384			
Total	13 512	6,1%	13 512	0,7%	604	-94,8%	12 134	-4,4%	565 993	3,6%	5,0%	6,8%

Nombre de bilans de soins infirmiers

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP		
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	150		4				2		156			
BSI - Forfait	13 341		872				297		14 510			

# Statistiques de dépenses au 31 mars 2021

Tarifs conventionnels (eneuros)

PREST.	25-mai 2012	18-avr 2009
AIS	2,65	2,65
AMI	3,15	3,15
DI	10,00	10,00
MAU	1,35	-
MCI	5,00	-
IF	2,50	2,30
IKP	0,35	0,35

Montants des prestations en base de remboursement (hors dépassements)

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
AIS	236 832	-23,6%	2 549	-73,5%			2 641	30,0%	242 022	-25,3%	-24,0%	-20,4%
AMI	2 421 459	19,4%	58 151	20,9%			53 547	27,5%	2 533 157	18,9%	15,8%	12,7%
AMX	14 052	20,0%	3 253				112		17 418	48,3%		
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	1 883		24	-4,0%					1 907		60,5%	23,8%
BSI - Forfait	74 406		8 008				3 436		85 850			
DI - Hors BSI	2 145	-2,1%	60	-40,0%			35	75,0%	2 240	-4,5%	-10,2%	-10,0%
MAU	175 472	9,5%	3 758	-7,0%			4 358	5,9%	103 589	8,6%	5,7%	6,6%
MCI	75 025	8,0%	3 360	55,2%			1 675	22,7%	80 060	8,8%	16,6%	14,2%
MIE	1 282	51,9%	3						1 285	45,7%		
Téléconsultations												
Total (Hors frais de déplacements)	3 002 556	15,3%	79 167	20,4%		NS	65 804	29,5%	3 147 527	15,0%	13,2%	10,3%
Frais de déplacements	775 778	9,2%	22 372	8,8%			20 107	23,5%	818 257	8,9%	6,2%	8,2%
Total	3 778 334	14,0%	101 539	17,6%		NS	85 911	28,0%	3 965 784	13,7%	11,5%	9,9%

Activité des infirmiers libéraux dont le cabinet principal est installé dans le département

Volume des actes

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
AIS	79 759	-23,1%	857	-74,6%			881	27,1%	81 497	-24,9%	-23,7%	-20,3%
AMI	642 113	22,2%	15 797	29,2%			14 235	27,7%	672 145	21,8%	18,3%	14,9%
AMX	4 989	30,5%	1 011				36		6 036	57,4%		
DI - Hors BSI	216	-1,6%	6	-40,0%			4	75,0%	225	-4,1%	-10,6%	-10,3%
Téléconsultations												
Total	727 077	14,8%	17 671	13,1%		NS	15 155	28,0%	759 903	14,4%	9,0%	-0,2%

Volume des majorations

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
MAU	129 995	9,5%	2 784	-7,0%			3 228	5,9%	136 007	8,6%	5,7%	6,6%
MCI	15 005	7,8%	672	55,2%			335	22,7%	16 012	8,6%	16,5%	14,2%
MIE	407	51,9%	1						408	45,7%		
Total	3 457	9,4%	3 457	0,9%		NS	3 563	6,9%	152 427	8,6%	7,2%	10,6%

Nombre de bilans de soins infirmiers

Prestations	Régime Général		MSA		RSI		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP		
RSI - DI 1 2 et DI 2 5	80		2						82			23,8%



# Actualités conventionnelles

# Points Covid/vaccination

- **Test RT-PCR- précisions:**

- Modalités de facturation des tests RT PCR
  - Tests réalisés dans le cadre de centres de dépistage ou d'opérations de dépistage massives et ponctuelles : facturation via un bordereau
  - Tests réalisés de façon « isolée », au domicile cas par cas : établir une FSE
- Cotations
  - Tests RT PCR collectif : AMI 3,1
  - Tests RT PCR au domicile du patient : AMI 4,2

**Tests antigéniques:**

Nouveaux tarifs depuis le 1<sup>er</sup> juin 2021 pour les TAG (voir campagne mailing du 1<sup>er</sup> juin)

# Points Covid/vaccination

## **Tests antigéniques et Contact tracing:**

### ✓ Conduite à tenir selon le résultat du test antigénique :

- *Pour tout patient testé*
  - Remettre au patient le document de traçabilité de la réalisation du test et le document sur la conduite à tenir
  - Saisir le résultat (positif et négatif) dans l'outil SI-DEP :
    - se munir de sa CPS ou e-CPS et se connecter au portail SI-DEP sur le site internet [portail-sidep.aphp.fr](http://portail-sidep.aphp.fr)
    - cliquer sur « nouveau patient » et enregistrer dans SI-DEP ses coordonnées
    - valider la modalité de test antigénique, saisir le résultat du test, le type d'hébergement, s'il s'agit d'un professionnel de santé ainsi que la date d'apparition des symptômes.
- *Test négatif :*
  - Pour les personnes symptomatiques de plus de 65 ans et les personnes avec au moins un facteur de risque : inviter à consulter un médecin et confirmer ce résultat par RT-PCR
  - Pour les autres patients : rappeler au patient l'importance des gestes barrières et la nécessité de se faire tester en cas d'apparition de symptômes compatibles avec la Covid-19.

# Points vaccination

## ✓ Conduite à tenir selon le résultat du test antigénique :

### • *Test positif :*

- *Se connecter au téléservice Contact Covid, via votre amelipro, pour réaliser le Contact Tracing*
- *Inviter le patient à solliciter son médecin pour une prise en charge médicale.*
- *Recommander au patient de s'isoler immédiatement*
- *La durée d'isolement est harmonisée à 10 jours, quel que soit le virus ou le variant, depuis le 23/02/2021*
  - *10 jours d'isolement à partir de la date de début des symptômes avec absence de fièvre au 10ème jour (si le cas reste fébrile, l'isolement doit être maintenu pendant 48h après la disparition de cette fièvre).*
  - *Pour les cas confirmés asymptomatiques, l'isolement est compté à partir du jour du premier prélèvement positif (test antigénique ou RT-PCR de 1ère intention) pour une durée de 10 jours pleins également. En cas de survenue de symptômes évocateurs de la Covid-19, la période d'isolement devra être rallongée de 10 jours à partir de la date d'apparition des symptômes.*
  - *La fin de l'isolement des cas symptomatiques et asymptomatiques n'est pas conditionnée à la réalisation d'un test de sortie d'isolement (même pour les variantes d'intérêt 20H/501Y.V2 et 20J/501Y.V3).*
- *La saisie des données dans « Contact Covid » servant au contact tracing est indépendante de la saisie dans SI-DEP, qui doit donc impérativement être réalisée en parallèle.*
- *Pour tout enregistrement dans le téléservice Contact covid, l'infirmier perçoit 1 AMI 9,6 pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (exo DIV 3).*



# Points Covid/vaccination

- ✓ Suivi isolement: évolution des mesures depuis le 23 février 2021
- *La durée de la quarantaine pour les contacts à risque reste à 7 jours après le dernier contact avec le cas confirmé ou probable*
- *Pour l'ensemble des contacts à risque (foyer et hors foyer), un test antigénique devra être réalisé immédiatement, dès la prise en charge du contact*
  - Un résultat négatif ne lève pas la mesure de quarantaine de la personne contact. Les enfants de moins de 6 ans ne sont pas concernés par cette mesure.
  - En cas de positivité, la conduite à tenir pour les cas confirmés détaillée ci-dessus s'applique.
    - Pour les contacts à risque hors foyer :
      - la mesure de quarantaine prend fin en cas de résultat de test négatif (Tag ou RT-PCR) réalisé à J7 du dernier contact avec le cas confirmé et en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19.
      - Les prélèvements naso-pharyngés peuvent être réalisés à partir de 6 ans sous réserve d'acceptabilité des parents.
        - Pour les enfants de 6 à 11 ans (et les adultes) qui ne seraient pas testés à J7, la quarantaine doit être prolongée jusqu'à J14.
        - Pour les enfants de moins de 6 ans, la reprise des activités est possible sans test à J8 en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19.
    - Pour les contacts à risque du foyer :
      - La mesure de quarantaine prend fin en cas de résultat de test négatif (Tag ou RT-PCR) réalisé 7 jours après la guérison du cas confirmé (soit à J17) et en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19.
      - Pour les enfants de 6 à 11 ans (et les adultes) qui ne seraient pas testés, la quarantaine doit être prolongée jusqu'à J24.
      - Pour les enfants de moins de 6 ans, la reprise des activités est possible sans test à J18 en l'absence de symptômes évocateurs de la Covid-19.
- *Toutes les personnes contacts à risque sont invitées à informer les personnes avec qui elles ont été en contact à risque depuis leur dernière exposition avec le cas (contact warning de seconde génération).*

# Visite IDEL suivi isolement

Depuis le **21 janvier 2021**, les patients Covid+ se voient proposer la visite d'un infirmier sur leur lieu d'isolement lors de l'appel « contact tracing » de l'Assurance Maladie ».

## Rôle de l'infirmier

1. Expliquer et rappeler les consignes d'isolement (10 jours) et les gestes barrières. Un document pédagogique est mis à disposition des infirmiers ;
2. Faire un retour au médecin traitant ;
3. Proposer un dépistage des autres personnes du foyer : un test antigénique ou un prélèvement RT-PCR ;

## Rémunération

- Cotation de la visite : **AMI 5,6 + MCI soit 22,64 €.**
- Elle est prise en charge à 100 % par l'Assurance Maladie (exo div 3). Pour cette rémunération, l'infirmier doit identifier le prescripteur avec un numéro PS fictif : «**ISOLEMENT COVID** » : 2 91 99 119 8. Une seule visite est facturable par foyer, indépendamment du nombre de personnes positives ou non au sein du même domicile.

# Visite IDEL suivi isolement

Plateforme Inzee care : outil régional organisé avec l'URPS infirmiers pour la mise en relation patient et IDE.

Inscription sur la plateforme Inzee care en vous connectant à <https://fr.inzee.care/inscription/professionnel>

- Pour activer votre compte, les informations doivent être complètes, notamment l'envoi du scan de l'ordonnance barrée
- le numéro d'identification à communiquer est celui du cabinet principal (ou n° ADELI)
- Attention : veillez à bien renseigner un **numéro de téléphone portable** pour recevoir un SMS de demande de prise en charge et connaître les coordonnées du patient concerné par la visite isolement.
- Le SMS est le seul moyen de communication utilisé par INZEE.CARE pour vous informer.
- La validation du compte se fait par retour de mail : l'adresse mail doit être valide

## Point VDSI au 7 juin 2021

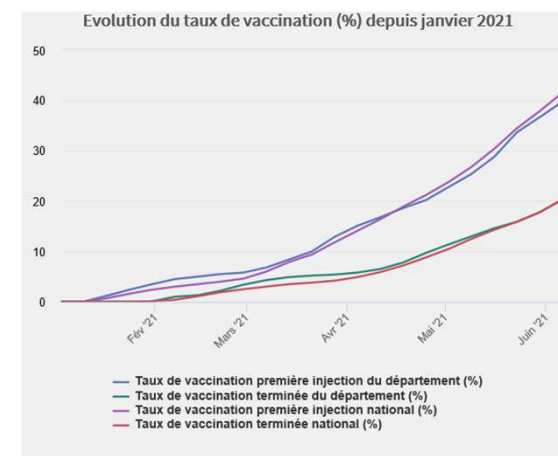
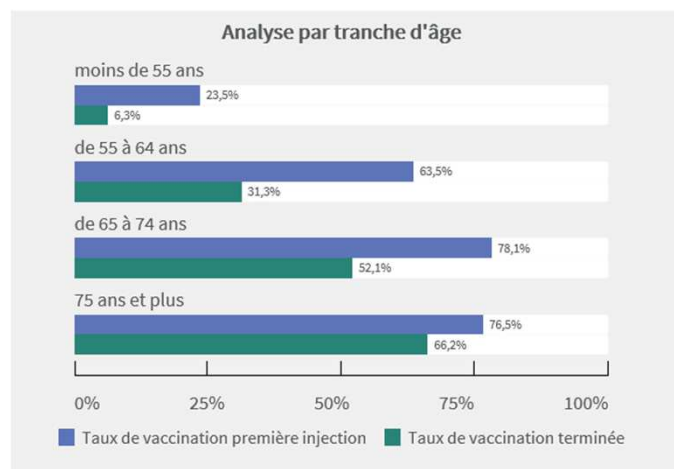
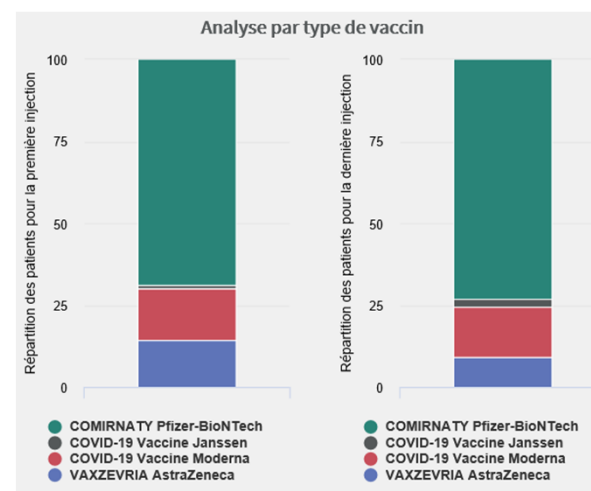
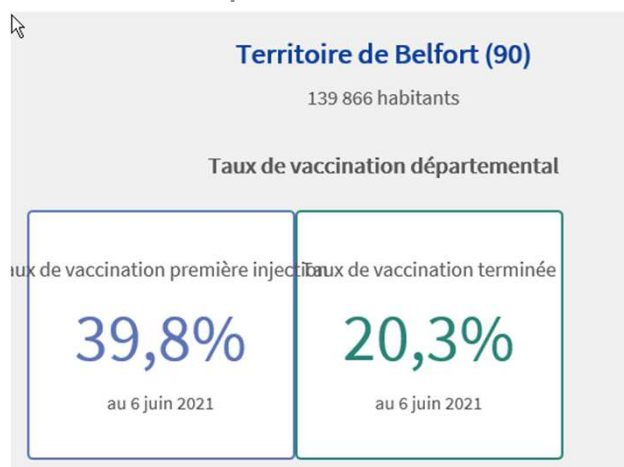
Point sur les adhésions à la plateforme Inzee.Care au 7 juin 2021						Nombre de visites domiciliaires mises en relation depuis le démarrage du dispositif au 7 juin							
Département d'exercice de l'IDE	Nb d'IDEL en activité à fin mai	Nb d'adhérents IC	Part des adhérents IC dans les actifs	Nb d'IDEL avec une mise en relation non adhérent IC	Nb moyen de mises en relation acceptées par IDEL	Département du patient	janv	févr	mars	avril	mai	juin	Cumul depuis le 21/01/21
Côte-d'Or	547	231	42%	66	9,5	Côte-d'Or	30	253	597	839	852	154	2 725
Doubs	617	290	47%	57	6,4	Doubs	59	374	736	793	421	47	2 430
Jura	324	107	33%	24	4,9	Jura	33	203	246	284	153	22	941
Nièvre	260	120	46%	37	4,3	Nièvre	4	67	197	263	100	14	645
Haute-Saône	311	153	49%	34	4,3	Haute-Saône	52	140	163	213	201	16	785
Saône-et-Loire	853	306	36%	66	5,7	Saône-et-Loire	49	258	437	733	446	84	2 007
Yonne	441	159	36%	44	5,5	Yonne	7	126	337	355	228	37	1 090
T. de Belfort	162	62	38%	20	5,9	T. de Belfort	8	62	106	140	98	12	426
<b>BFC</b>	<b>3 515</b>	<b>1 428</b>	<b>41%</b>	<b>348</b>	<b>6,2</b>	<b>BFC</b>	<b>369</b>	<b>1 483</b>	<b>2 819</b>	<b>3 620</b>	<b>2 499</b>	<b>386</b>	<b>11 176</b>

# Points vaccination

## ✓ Point de situation vaccination au sein de notre département

Données issues de [datavaccin-covid.ameli.fr](https://datavaccin-covid.ameli.fr) mis en ligne depuis le 28 mai

Données au 6 juin:



# Points vaccination

## ✓ Point de situation vaccination au sein de notre département

Données issues de [datavaccin-covid.ameli.fr](https://datavaccin-covid.ameli.fr) mis en ligne depuis le 28 mai.

### Aller vers les plus âgés

#### 65-74 ans

- 1,03M de SMS envoyés
- 1,42M de courriers envoyés
- 9035 appels entrants
- 3182 RDV pris
- Taux de couverture vaccinale = 77,7% au 30 mai (1<sup>e</sup> injection) et 42,2% (vaccination terminée)

#### 75 ans et plus

Depuis le 17 mai :

- 11 241 appels entrants
- 124 283 appels aboutis caisses
- 4431 RDV
- Taux de couverture vaccinale = 79,8% au 30 mai (1<sup>e</sup> injection) et 66,2% (vaccination terminée)

### Perspectives : l'Aller Vers médicalisé

- Transmission au MT de la liste des assurés non vaccinés
- Appels sortants AV médicalisé



### Vacation infirmiers du 1<sup>er</sup> avril au 10

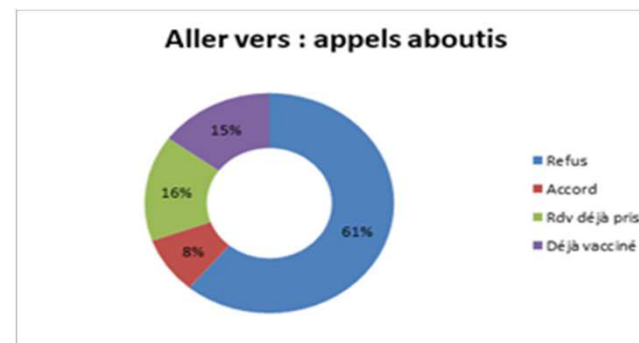
#### juin:

Cat	Nbr IDE	Montant remboursé
IDE libéral	60	106 222,50 €
IDE remplaçante	5	8 550,00 €
IDE retraité	17	14 482,80 €
IDE salarié	35	28 158,84 €
IDE sans activité	1	388,80 €
<b>Total</b>	<b>115</b>	<b>149 842,94 €</b>

### Campagne 'aller vers » - appels du 1<sup>er</sup> avril au 21 mai :

- 3 066 appels à destination d'assurés de plus de 75 ans
- 57.93% d'appels non aboutis (en cas de répondeur : message laissé avec information sur le numéro coupe file)

### Sur les appels aboutis :



# Mesures dérogatoires COVID 19

En attente du décret sur la sortie de l'Etat d'Urgence Sanitaire transitoire non paru à ce jour.

A ce jour, voici les informations dont nous disposons

## INFIRMIERS

Dérogation	Statut
Renouvellement prescriptions soins infirmiers	Abrogé au 1er juin 2021
Télésoin infirmier ( <u>télésuivi</u> ) 100%	Jusqu'au 30 septembre 2021
Prise en charge à 100 % du télésoin	terminé
Suivi à domicile des patients Covid (avec ou sans O2)	Jusqu'au 30 septembre 2021
Tests <i>PCR/TAG/ tracing (cotations)</i>	Jusqu'au 30 septembre 2021
Majoration (5€) pour les patients Covid (EPI)	Jusqu'au 30 septembre 2021
VDSI (AMI 5,6 + MCI)	Jusqu'au 30 septembre 2021
Dérogations EHPAD	Abrogé au 1er juin 2021
Vaccination <i>Rému vacation / forfait équipe/ acte / 5,40€ plafonnés</i>	Jusqu'au 30 septembre 2021
Exercice en parallèle des remplaçants	Aucune date de fin annoncée
Dérogation à la notion de PS le plus proche	Aucune date de fin annoncée
Soins à domicile sans mention spécifique sur la prescription	Aucune date de fin annoncée

# Avenant 6 BSI

## Point sur la réforme et mise en œuvre de la clause de revoyure

### Rappels:

- **une réforme majeure de la prise en charge des patients dépendants à domicile** en valorisant davantage l'expertise soignante des infirmiers libéraux
- **Nouvel outil d'évaluation des besoins du patient dépendant : le bilan de soins infirmiers (BSI)**
- **Evolution des conditions de rémunération des infirmiers : création de 3 forfaits journaliers** selon le degré de prise en charge (légère, intermédiaire, lourde) et remplaçant la rémunération à l'acte
- **Objectif** : Mieux prendre en compte la charge de travail journalière de l'infirmier auprès du patient dépendant et le niveau de complexité de certaines prises en charge
- Compte-tenu des innovations tarifaires, du nombre de professionnels comme de patients concernés par la réforme, le dispositif BSI (saisie du BSI et facturation des soins via les nouveaux forfaits) avait été conclu pour être déployé en **4 étapes** :

Phase	Dates	Patients cibles
1 <sup>ère</sup> étape	1 <sup>er</sup> janvier 2020	Patient 90 ans et +
2 <sup>ème</sup> étape	1 <sup>er</sup> janvier 2021	Patient 85 ans et +
3 <sup>ème</sup> étape	1 <sup>er</sup> janvier 2022	Patient 78 ans et +
4 <sup>ème</sup> étape	1 <sup>er</sup> janvier 2023	Tous patients

### Bilan

- Lors de la **Commission Paritaire Nationale du 8 octobre 2020**, les partenaires conventionnels ont partagé les constats sur les dépenses observées des nouvelles mesures liées au BSI.
- Le surcoût ainsi constaté de l'impact sur l'année 2020 est très supérieur au seuil de 10% prévu par la clause de revoyure indiqué à l'article 5.7 de l'avenant 6.
- Dès lors, **la clause de revoyure est déclenchée**, ce qui signifie que **l'étape 2 du BSI concernant son déploiement pour les patients de 85 ans et plus ne peut être enclenchée au 1er janvier 2021**.
- Un nouvel avenant signé courant 2021 permettra de poursuivre le déploiement du BSI.

# Avenant 6 BSI

## Point sur la réforme et mise en œuvre de la clause de revoyure

### **CLAUSE DE REVOYURE** - Rappel du texte inscrit dans l'article 5.7 de l'avenant 6 pour la 1<sup>ère</sup> vague

- « (...) A partir du 1er octobre 2020, les partenaires conventionnels examineront dans le cadre de la CPN, les résultats et les impacts de la mise en œuvre de ce nouveau mode de valorisation dans les conditions définies pour cette première étape sur la base des facturations établies sur le 1er semestre 2020. Ce suivi permettra d'affiner l'estimation de la fréquence et la répartition des différents forfaits sur les trois classes identifiées de patients (en termes de charge en soins) sur la base de la nomenclature modifiée.
- **S'il est constaté**, dans le cadre de cette d'observation et au regard du bilan établi par la CPN au plus tard le 1er novembre 2020, **un écart (positif ou négatif) de 10% ou plus** entre les montants financiers estimés des nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants dans les conditions définies au présent article avec les dépenses observées, **les partenaires conventionnels conviennent alors d'ouvrir la négociation d'un avenant**, afin de s'accorder sur les mesures correctrices à mettre en œuvre pour corriger le déséquilibre et permettre la mise en oeuvre de l'étape suivante. La mise en œuvre de l'étape suivante est conditionnée à la conclusion de cet avenant. »



# Avenant 6 BSI

Calendrier jusqu'en 2023

## Entrée en vigueur des mesures prévues de 2021 à 2023

Année	Mois	Sujet	Descriptif	Acte	Commentaires
2021	janv	Bilan de Soins Infirmiers - Prise en charge patient dépendant	2 <sup>ème</sup> étape – patients dépendants âgés de 85 ans et plus	BSA, BSB, BSC	<b>REPORTÉ</b>
		Postopératoires	Création d'actes	AMI 2	acte de retrait de sonde urinaire
				AMI 2,8	Surveillance de drain de redon et/ou retrait post-opératoire de drain (2 séances au plus)
				AMI 3,9	séance de surveillance clinique et d'accompagnement postopératoire à domicile (3 séances au plus)
Sonde urinaire	création acte de retrait de sonde urinaire (hors postopératoire)	AMI 2	Acte de retrait de sonde urinaire (hors cadre postopératoire ; art.6 chap I)		
2022	janv	Bilan de Soins Infirmiers - Prise en charge patient dépendant	3 <sup>ème</sup> étape – patients dépendants âgés de 78 ans et plus	BSA, BSB, BSC	Sous réserve du bilan établi en novembre 2021
		Introgénie	Création d'un acte d'accompagnement à domicile de la prise médicamenteuse	AMI 5,1 et AMI 4,6	3 séances : - 1 <sup>ère</sup> séance AMI 5,1; - 2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> séances AMI 4,6
2023	janv	Bilan de Soins Infirmiers - Prise en charge patient dépendant	Généralisation pour tous les patients dépendants	BSA, BSB, BSC	Sous réserve du bilan établi en novembre 2022

# Procédure mixte de conciliation de conciliation et de sanction en cas de refus de soins illégitimes et de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

Cette procédure est mise en place par le décret n° 2020-1215 du 2 octobre 2020, publié au Journal Officiel du 4 octobre 2020, applicable aux plaintes déposées à compter du 5 janvier 2021.

## Notion de refus de soins

- Un professionnel de sante ne peut pas refuser de soigner une personne pour l'un des motifs de discrimination suivants :
  - Sur le fondement de son origine, de son sexe, de sa situation de famille, de sa grossesse, de son apparence physique, de sa particulière vulnérabilité économique, de son patronyme, de son lieu de résidence, de son état de santé, de sa perte d'autonomie, de son handicap, de ses caractéristiques génétiques, de ses mœurs, de son orientation sexuelle, de son identité de genre, de son âge, de ses opinions politiques, de ses activités syndicales, de sa capacité à s'exprimer dans une langue autre que le français, de son appartenance ou non à une ethnie, une Nation, une race ou une religion déterminée ;
  - Parce qu'elle a subi ou refusé de subir des faits de harcèlement sexuel ;
  - Parce qu'elle bénéficie de la C2S ou de l'AME.
- Le refus de soins discriminatoire est aussi constitué par toute pratique qui vise à empêcher ou dissuader un individu d'accéder à des mesures de prévention ou de soins, par tout moyen, notamment par des obstacles à l'accès effectif à un professionnel de santé ou aux conditions normales de prise en charge financière des actes, prestations et produits de santé, de l'un des motifs de discrimination visés ci-dessus.
- La discrimination peut ainsi être directe ou indirecte.

# Procédure mixte de conciliation de conciliation et de sanction en cas de refus de soins illégitimes et de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

## Le professionnel de santé à l'origine du refus de soins discriminatoire :

- Seules les professions de santé relevant d'un ordre professionnel sont concernées par la mise en œuvre de cette procédure.
- Cette procédure ne s'applique pas aux professionnels de santé en situation de récidive (même relevant d'un ordre professionnel).

## La commission mixte de conciliation :

- Elle est composée de 4 membres :
  - Deux représentants de l'organisme local d'Assurance Maladie ;
  - Deux membres représentant le conseil compétent de l'Ordre au tableau duquel le professionnel de santé est inscrit.

## La procédure de conciliation :

- La saisine : toute personne qui s'estime victime d'un refus de soins illégitime peut saisir le directeur de l'organisme local d'assurance maladie ou le président du conseil territorialement compétent de l'ordre professionnel concerné des faits. Cette saisine vaut dépôt de plainte.
- La saisine peut-être effectuée :
  - Soit par la personne s'estimant victime du refus de soin discriminatoire ;
  - Soit par une association ayant une activité dans le domaine de la qualité de la santé et de la prise en charge des malades ayant reçu un mandat exprès de la part de la personne concernée.

## La médiation :

- Lorsque la plainte est déposée auprès de l'Assurance Maladie, celle-ci doit faire l'objet en première intention d'une médiation propre à l'Assurance Maladie,
- ***La médiation se fait en parallèle de la nouvelle procédure de conciliation.***

# Procédure mixte de conciliation de conciliation et de sanction en cas de refus de soins illégitimes et de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

## La séance de la commission de conciliation :

- La séance de la commission doit se tenir dans les trois mois suivant la réception de la plainte.
- Les auditions des parties sont réalisées durant la séance. Elles peuvent se faire assister ou représenter par une personne de leur choix. Elles peuvent aussi adresser leurs observations écrites à la commission.
- A l'issue de la séance la commission constate soit la conciliation qui met fin au litige, soit l'absence de conciliation lorsque la personne ne retire pas sa plainte ou lorsqu'au moins une des parties n'a pas répondu à la convocation.

## L'issue de la procédure de conciliation :

- En cas de conciliation, il est mis au fin au litige.
- En cas de non conciliation, le conseil de l'Ordre compétent doit transmettre à la chambre disciplinaire de première instance de la juridiction ordinaire compétente, dans les trois mois suivant la séance, la plainte en s'y associant le cas échéant, accompagnée de son avis motivé et des pièces du dossier. Il doit en informer le directeur de la caisse locale d'Assurance Maladie

## Articulation de la procédure de conciliation avec les autres procédures existantes

- Avec la procédure de médiation de l'Assurance Maladie :
  - l'intervention du médiateur de la CPAM n'est pas considérée comme un préalable à la procédure de conciliation.
  - Le directeur de la caisse d'assurance maladie ou le président du Conseil de l'Ordre, saisi d'une plainte pour refus de soins, peut solliciter le médiateur afin d'aider la victime à bénéficier des soins, sans que cela n'ait pour effet d'éteindre l'action.
- Avec la conciliation ordinaire :

Le recours à la procédure de conciliation exclut l'application de la procédure de conciliation strictement ordinaire.

# Procédure mixte de conciliation de conciliation et de sanction en cas de refus de soins illégitimes et de dépassements d'honoraires abusifs ou illégaux

## La procédure de sanction en cas de carence de l'ordre

- Une procédure de sanction peut-être engagée dans deux situations par le Directeur de l'assurance maladie à l'encontre du professionnel de santé pour refus de soins illégitimes :
  - En cas de carence, par l'ordre professionnel concerné, du délai de trois mois imparti pour mettre en œuvre la procédure de conciliation.
  - En cas de carence, par l'ordre professionnel concerné pour saisir la juridiction disciplinaire à la suite de non-conciliation.
- Préalablement à l'engagement d'une procédure de pénalité financière pour carence de l'ordre professionnel, il convient de solliciter l'accord de la CNAM.
- Les sanctions encourues sont prévues par les articles R. 147-15 et 147-16 du CSS : sanctions financières, affichage de la sanction dans une zone d'accueil du public de l'organisme d'assurance-maladie local.



# Actualités locales

# Contrôle facturation: point de situation



Comme indiqué lors de la précédente commission, le contrôle facturation se déroule en différentes phases compte tenu du contexte sanitaire et des priorités nationales.

- 1ère phase: 1 infirmière concernée pour un montant total de 2660,72€
- 2<sup>ème</sup> phase: 2 infirmières ciblées avec un montant d'anomalies détectées de 6 146,92€. Les notifications d'anomalies vont prochainement être adressées.

Typologies des anomalies constatées:

- Cotation non conforme (AMI – facturation en ALD non mentionnée sur PM)
- Absence de DAP

# Avenant 6 BSI

## facturation

Une campagne mailing a été adressée afin d'informer les infirmiers sur les modalités de facturation des déplacements et majorations d'actes lorsque plusieurs patients éligibles au BSI résident au sein du même domicile.

[Lien](#)

L'Assurance Maladie vous informe

Le message ne s'affiche pas correctement ? [Cliquez ici](#)

[amelipro](#)

Madame, Monsieur,

L'avenant 6 à la convention nationale des IDEL a mis en place une réforme majeure concernant la prise en charge des patients dépendants à domicile, le dispositif BSI.

Ce message vise à préciser les modalités de facturation des déplacements et majorations d'actes lorsque plusieurs patients éligibles au BSI résident au sein du même domicile.

**Cotation des déplacements pour soins infirmiers réalisés dans le cadre d'un forfait BSI :**

Depuis le 1er janvier 2021, certaines règles de facturations des indemnités forfaitaires infirmiers de déplacement sont modifiées :

- cotation via la lettre-clé IFI avec coefficient associé pour les patients éligibles ;
- facturation pour chaque patient dépendant éligible au dispositif BSI, quel que soit le nombre de patients vus au cours d'un même passage.

Ces indemnités de déplacements restent toujours facturables pour la réalisation de soins infirmiers pour dépendance réalisés soit de manière isolée soit en association avec d'éventuels actes techniques (cotation en AMX), majorations et/ou indemnités horokilométriques (IK).

**Précisions :**

1/ Pour chaque déplacement, le coefficient associé à l'IFI dépend du nombre de patients éligibles à un forfait BSI au sein du même domicile :

- soins infirmiers pour un seul patient, vous facturez un acte « IFI » de coefficient égal à 1 ;
- si plusieurs patients sont concernés par ces types de soins, vous facturez un acte « IFI » de coefficient égal à 1 pour le premier patient et de coefficient égal à 0.01 pour chacun des autres patients vus au cours du même passage.

**A titre d'exemple, jusqu'à 3 patients BSI (soins pour dépendance décrits à l'art. 23.3 des dispositions générales de la NGAP) vus au même domicile au cours d'un même passage :**

- 1 patient BSI vu au sein du même domicile : IFI 1 pour le premier patient BSI
- 2 patients BSI vu au sein du même domicile : IFI 1 pour le premier patient BSI puis IFI 0.01 pour le 2nd patient
- 3 patients BSI vu au sein du même domicile : IFI 1 pour le premier patient BSI puis IFI 0.01 pour les 2ème et 3ème patients
- etc.

2/ Si au sein d'un même domicile, vous intervenez également sur des patients ayant des soins autres que ceux relevant d'une prise en charge BSI, seules les indemnités forfaitaires de déplacement (IFI avec coefficient) sont facturées pour les patients dépendants concernés, de la manière décrite précédemment.

Pour les autres patients, vous ne facturez aucun frais de déplacement. En effet, pour ces patients, les majorations éventuelles seront associées aux actes cotés en AMI ou AIS comme actuellement.

Les indemnités horokilométriques (IK) éventuellement associées à l'(aux) indemnité(s) forfaitaire(s) de déplacement ne sont facturables qu'une seule fois dans les règles habituelles décrites au paragraphe C de l'article 13 des Dispositions Générales de la NGAP, en association à l'IFI de coefficient 1.

**Cas particulier des soins de pratique avancée (règles de facturation non modifiées) :**

Dans le cadre des soins de pratique avancée, un acte IFI de coefficient égal à 1 est cotable à chaque déplacement réalisé pour de tels soins pendant un trimestre dès lors qu'un forfait initial ou de suivi est facturé au préalable sur le trimestre considéré. Cette indemnité peut être facturée isolément. De plus, elle est cotable le jour de la facturation du forfait d'éligibilité.

Nous vous remercions de votre engagement et votre mobilisation.

Votre conseiller de l'Assurance Maladie



# Accompagnement GDR

## Accompagnement DAM/ CIS/ RPS/ SM:

- Accompagnement en cours sur le suivi à domicile, rappel des modalités de fonctionnement- le support de suivi a été proposé à la profession: très peu de demandes à ce jour réceptionnées
- Accompagnement à la vaccination, la création de e-cps, facturation
- Accompagnement et suivi quant aux paiements des vacations versant AM

## Accompagnement à visée pédagogique

Accompagnement mis en place sur le 2eme semestre 2020

- 4 nouveaux IDEL ont été accompagnés (en phase 1)
- Typologie des anomalies détectées: absence mention ALD/absence identification prescripteur, prescription illisible, erreur date prescription/ n° prescripteur/ durée validité prescription
- Montant total des anomalies détectées 1806,76€

# Démographie médicale au 31 mai 2021

- 167 infirmiers installés au 31 mai 2021 dans le Territoire de Belfort
  - 156 au 31/12/2020
  - 144 au 31/12/2019
  - 134 en 2018
  - 121 en 2017
  - 114 en 2016

EVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE	05/2021	ANNEE 2020	ANNÉE 2019	ANNÉE 2018	ANNÉE 2017	ANNÉE 2016
NOMBRE D'INSTALLATIONS	11	12	10	13	7	5
NOMBRE DE CESSATIONS	5	11	10	5	6	4
EVOLUTION	+11	+12	+10	+13	+7	+5
TOTAL	167	156	144	134	121	114

# Démographie médicale au 31 mai 2021

## Situation du 1<sup>er</sup> janvier au 31 mai 2021:

- **11 installations :**
  - 2 en zone intermédiaire : RECHESY, BOUROGNE
  - 6 en zone très dotée : BELFORT, MENONCOURT, CHATENOIS LES FORGES, MONTREUX-CHATEAU
  - 3 en zone sur-dotée (succession départs en retraite) : VALDOIE, ELOIE – ancien zonage
  
- **5 cessations :**
  - 3 en zone sur-dotée: VALDOIE, ELOIE- ancien zonage
  - 2 en zone intermédiaire : DELLE
  
- **Prévisions : 1 installation à venir**
  - DELLE zone intermédiaire (pas de date précisée)

# Numérique en santé

- **Taux de télétransmission mai 2021: 97,70%**
- **Taux Vitale : 48,74%**
- SCOR: 98.77% des infirmiers utilisent SCOR
- ADRi utilisation: 120 infirmiers utilisent soit 73,17 %
- MSSANTE 75 % ont MAILIZ (Soit 123 infirmiers).

41 infirmières seront à rencontrer avant la fin de l'année pour la création de Mailiz dans le cadre du FAMI

# Qualité de la facturation

- **Délai de traitement (novembre à avril 21)**
  - FSE: 5,5 jours en moyenne
  - Flux non sécurisés: 4 jours en moyenne sur la même période
  - FSP: 14 jours en moyenne)
- **Taux de rejets: 1,47%**
- **Typologie des principaux rejets de facturation (sur 111 615 factures)**
  - L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL BENEFICIAIRE: 203 factures pour rappel (144 sur la période précédente) = 6,80%
  - LE CONTRAT CMU-C/C2S OU ACS TRANSMIS EST DIFFERENT DE CELUI PRESENT AU REFERENTIEL 190 factures (186 sur la période précédente)= 5,71%
  - LE PRESCRIPTEUR EST INCONNU AU FICHER NATIONAL DES PROFESSIONNELS DE SANTE : 142 (110 factures sur la période précédente)= 5,65%



# Points divers

# Nouveau zonage infirmier



- *Le nouveau zonage a fait l'objet d'une publication le 28 mai au Recueil des Actes Administratifs de la préfecture de région*
- *Le nouveau zonage pour notre département a identifié uniquement des zones intermédiaires ou très dotées.*
- *Notre département ne compte plus aucune zone sur dotée avec dispositif de régulation démographique.*



# Merci de votre attention

Prochaine CPD le 14 décembre 2021

à 14h pour la section sociale

à 14h30 pour la section professionnelle