



Commission Paritaire Locale Médecins



3 mai 2023

Ordre du jour

- ▶ Désignation Président et Vice-Président
- ▶ Approbation du relevé de décisions du 21 septembre 2022
- ▶ Examen des statistiques de dépenses
- ▶ Actualités conventionnelles/ réglementaires
 - ▶ Conditions de prise en charge transports femmes enceintes
 - ▶ Réforme avis d'arrêt de travail REATCICM et nouveaux formulaires
 - ▶ Patients ALD sans médecin traitant
 - ▶ Actions d'accompagnement
 - ▶ Action IFAQ
- ▶ Actualités locales et régionales
 - ▶ Démographie
 - ▶ Exercice coordonné
 - ▶ Parcours IC
 - ▶ Numérique en santé/SEGUR
 - ▶ Qualité de la facturation
- ▶ Points divers



Examen des statistiques de dépenses au 31 décembre 2022

Commission des médecins du département - TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNIIR-AM le 13/04/23

Période de remboursement du 01/01/2022 au 31/12/2022

Montants présentés en base de remboursement

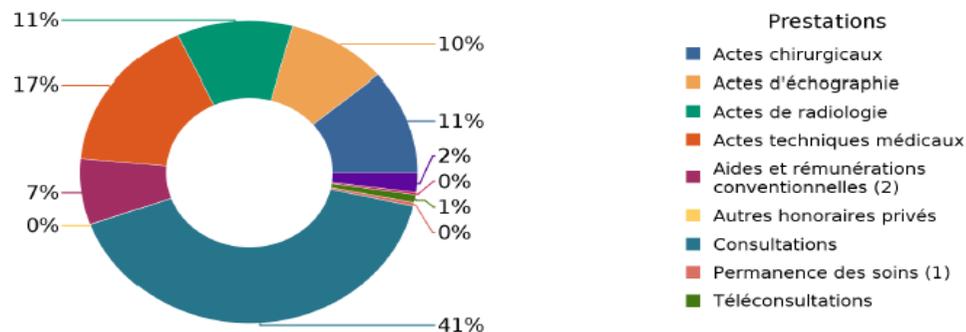
Montants et évolution des montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		AUTRES		TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Consultations	18 274 798	0,9%	211 140	-6,9%	260 851	-0,9%	18 746 789	0,7%	2,8%	3,1%
Actes techniques médicaux	7 364 438	-14,4%	106 430	-18,3%	113 240	-18,1%	7 584 108	-14,5%	-0,9%	2,2%
Actes de radiologie	4 996 628	-1,8%	63 235	-6,4%	73 895	-6,3%	5 133 759	-1,9%	-0,9%	0,0%
Actes chirurgicaux	4 979 325	7,9%	75 257	-1,7%	71 924	-6,8%	5 126 506	7,6%	1,3%	2,0%
Actes d'échographie	4 326 560	4,0%	51 237	-3,7%	68 978	1,9%	4 446 775	3,9%	-0,3%	0,9%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	3 237 629	-3,1%	1 435	-2,4%	800	1,9%	3 239 864	-3,1%	-4,3%	-4,3%
Visites (frais dépl. inclus)	911 716	-10,5%	24 313	-14,4%	15 071	-31,6%	951 100	-11,0%	-9,0%	-7,1%
Téléconsultations	374 239	-19,1%	4 009	-37,7%	5 404	-34,9%	383 652	-19,6%	-28,5%	-13,6%
Permanence des soins (1)	187 178	28,7%					187 178	28,7%	4,4%	4,4%
Vaccination COVID	122 139	-79,8%	1 077	-69,4%	1 388	-76,4%	124 604	-79,7%	-79,7%	-78,5%
Autres honoraires privés	15 229	-33,1%	120	-73,1%	102	-76,7%	15 451	-34,7%	3,0%	4,9%
TOTAL	44 789 878	-3,0%	538 254	-9,5%	611 652	-7,7%	45 939 784	-3,2%	-1,8%	-0,4%

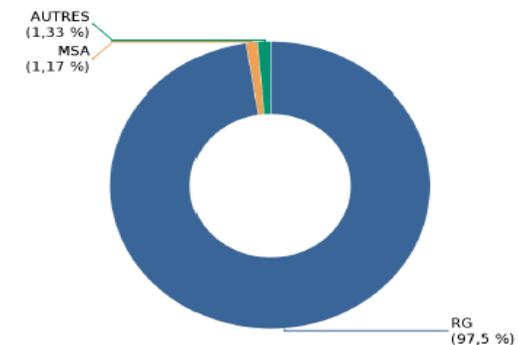
(1) rémunération régulation, rémunération de nuit, dimanche et férié, rémunération pour garde étabs privés...

(2) aides à la télétrans, ROSP, Sophia, rémunération médecin traitant, rémunération de l'option démographie et de l'option santé solidarité territoriale.

Répartition des montants par prestation



Répartition des montants par régime



PCAP = Période Comparable Année Précédente

Activité des médecins dont le cabinet principal est installé dans le département

Examen des statistiques de dépenses au 31 décembre 2022

prescription 90

Prescriptions des médecins libéraux du département : TERRITOIRE DE BELFORT

Source SNIIR-AM le 13/04/23

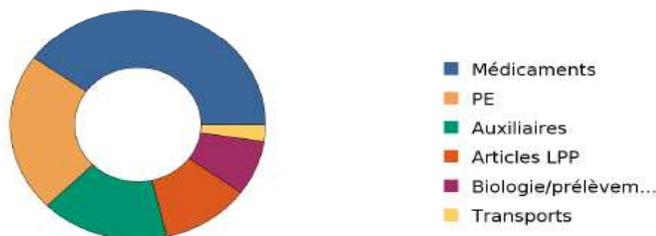
Période de remboursement du 01/12/2021 au 30/11/2022

Montants présentés en base de remboursement hors dépasement

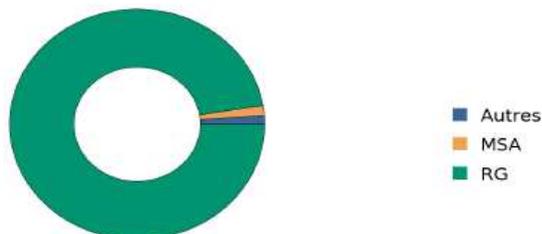
Montants

PRESTATIONS	Régime général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
Médicaments	38 748 720	3,7%	614 937	12,1%	627 544	1,7%	39 991 201	3,8%	4,2%	4,4%
Prestations en Espèces	22 015 060	7,7%	159 734	-16,2%	8 743	-49,9%	22 183 537	7,4%	3,6%	14,9%
Auxiliaires médicaux (hors frais de dépl.)	15 570 292	1,4%	293 108	0,9%	272 653	-13,7%	16 136 053	1,1%	-0,7%	0,7%
Articles LPP	10 937 076	1,6%	169 810	-0,5%	175 724	-3,5%	11 282 610	1,5%	-0,4%	0,4%
Actes biologie et prélèvements	7 452 499	-17,2%	95 465	-14,4%	116 000	-24,3%	7 663 964	-17,3%	-16,3%	-16,9%
Frais de transport (hors cures)	2 274 400	11,7%	38 574	-4,6%	27 923	-19,3%	2 340 897	10,9%	8,9%	4,5%
TOTAL	96 998 046	2,2%	1 371 628	1,4%	1 228 587	-7,0%	99 598 261	2,0%	1,0%	2,9%

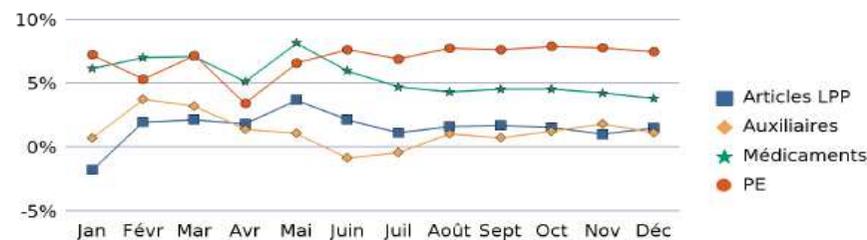
Répartition des montants par prestation



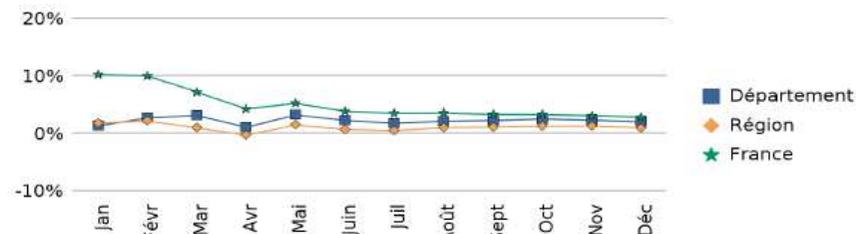
Répartition des montants par régime



Evolution des montants par prestation (P.C.A.P)



Evolution des montants (P.C.A.P) - total poste



Éléments de synthèse: remboursement

La principale baisse dans le 90 concerne les actes techniques médicaux avec -14,5% (soit - 1 287 028€) et actes de radiologies (-1,9%). Les autres sont en hausses : +7,6% pour les actes chirurgicaux et +3,9% pour les échographies. Si on cumule ces 4 prestations, on a une baisse de -3,7% (-589 812€)

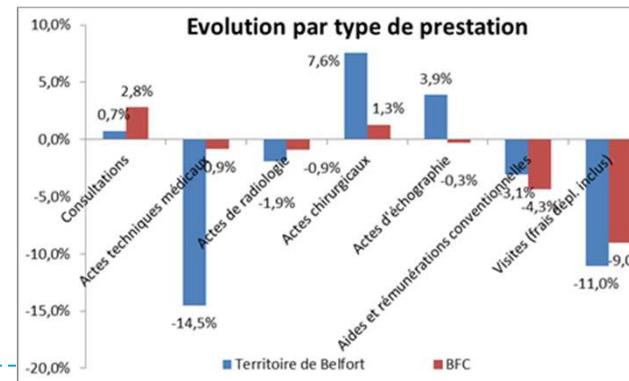
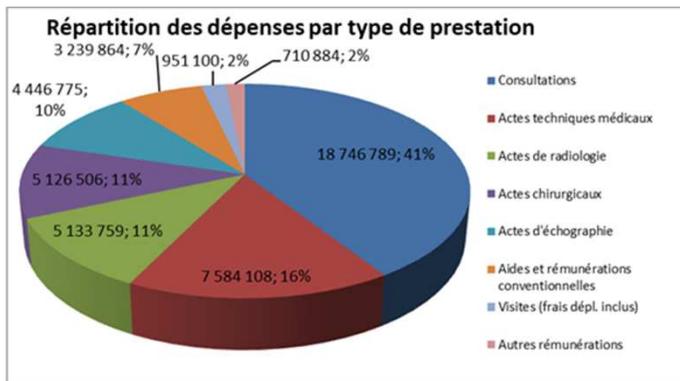
La vaccination COVID est aussi en forte baisse : -79,7% mais s'explique par la fin des campagnes de vaccinations.

Actes techniques médicaux surtout portés par les ophtalmologues et pneumologues- forte baisse anato cytho suite à un départ

Radiologie: forte baisse des différentes mammographies ce qui est un signal négatif

Aides et rémunérations conventionnelles : baisse liée au dispositif DIPA (seulement 1 demande DIPA 5 en 2022)+ variation sur les contrats démographiques

PRESTATIONS	TOTAL TERRITOIRE DE BELFORT			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Evol €		
Consultations	18 746 789	0,7%	136 574,66 €	2,8%	3,1%
Actes techniques médicaux	7 584 108	-14,5%	-1 287 028,20 €	-0,9%	2,2%
Actes de radiologie	5 133 759	-1,9%	-99 012,29 €	-0,9%	0,0%
Actes chirurgicaux	5 126 506	7,6%	359 955,35 €	1,3%	2,0%
Actes d'échographie	4 446 775	3,9%	166 273,30 €	-0,3%	0,9%
Aides et rémunérations conventionnelles (2)	3 239 864	-3,1%	-103 276,41 €	-4,3%	-4,3%
Visites (frais dépl. inclus)	951 100	-11,0%	-117 971,61 €	-9,0%	-7,1%
Téléconsultations	383 652	-19,6%	-93 597,94 €	-28,5%	-13,6%
Permanence des soins (1)	187 178	28,7%	41 694,50 €	4,4%	4,4%
Vaccination COVID	124 604	-79,7%	-490 034,10 €	-79,7%	-78,5%
Autres honoraires privés	15 451	-34,7%	-8 206,75 €	3,0%	4,9%
TOTAL	45 939 784	-3,2%	-1 494 629,49 €	-1,8%	-0,4%



Eléments de synthèse: prescriptions

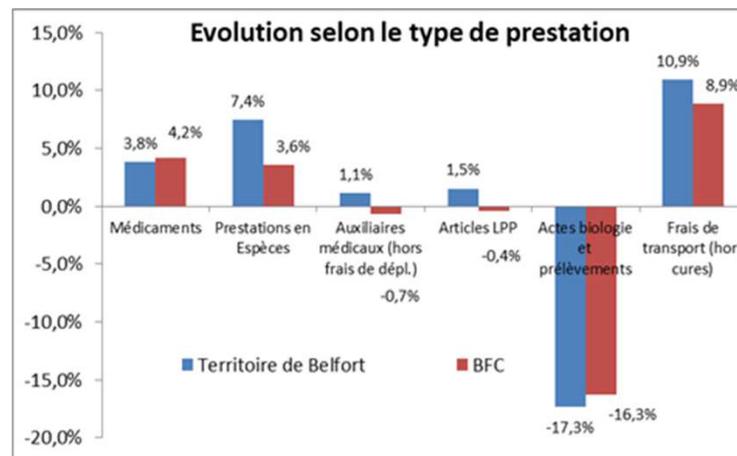
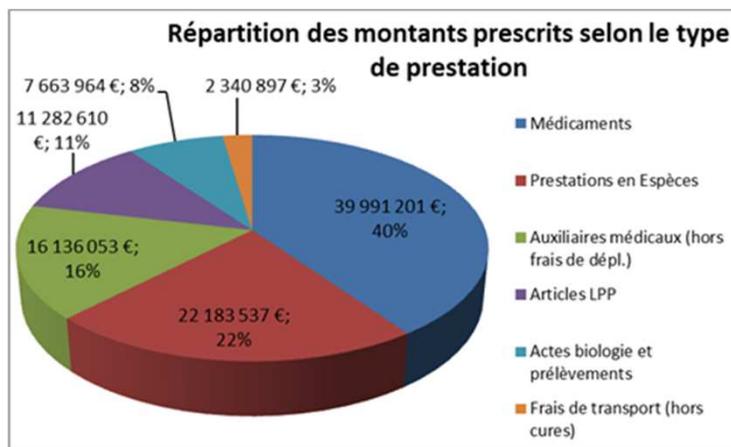
La hausse de prescription de 2% est principalement due à la hausse des médicaments et des prestations en espèces.

Médicament: excepté une stabilité de la pharmacie à 65% et la pharmacie à 100%, tous les types de médicaments sont en hausse notamment les PH4% et les médicaments d'exception dont notamment médicament pour le traitement de la muscoviscidose et Crohn

Prestation en espèces: La hausse plus importante des PE dans le 90 est due principalement aux IJ de plus de trois mois : +11% pour les IJ normales et +19,5 pour les IJ partielles de +3 mois. Cela est en partie compensée par les IJ normales de moins de 3 mois qui ont une hausse plus faible qu'en BFC.

Auxiliaire médicaux : en lien avec les soins infirmiers et soins de kiné

Augmentation **transport** liée aux dépenses de taxis et VSL



Points télémédecine (Téléconsultation, Téléexpertise)

Suivi téléexpertise au 31/03/2023

Suivi téléconsultation au 31/03/2023

Les téléconsultations sont en fortes baisse (-19,6%) mais baisse moins marquée qu'en BFC.

Cet différence s'explique par la pratique d'un médecin généraliste qui a eu un fort recours à la téléconsultation en 2021 ainsi qu'en 2022 (+ 52%)

Si on retire ce médecin, la baisse serait de - 28% soit similaire à la tendance en BFC



Actualités conventionnelles et réglementaires

Mesures principales issues du règlement arbitral

Le règlement arbitral a été présenté le 24 avril.

Présentation de son contenu

[Le règlement arbitral](#)



Conditions de prise en charge des transports des femmes enceintes

➤ *Médecin d'une maternité*

Sur demande de leur médecin, les femmes enceintes habitant à plus de 45 minutes de route d'une maternité la plus proche adaptée à leur situation de santé peuvent accéder au dispositif Engagement Maternité (décret avril 22) afin de sécuriser et faciliter leur prise en charge

Ce dispositif leur permet de bénéficier d'un hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) pour une durée définie selon le type de grossesse (déterminée par le praticien), et des transports correspondants (nouvelle DAP transport n°50743+ prescription de transport n°507742)

Prestation hébergement temporaire non médicalisé: couvre 5 nuitées consécutives au maximum précédant la date prévisionnelle d'accouchement, possiblement prolongée sur nécessité médicale jusqu'à la date effective d'accouchement. En cas de grossesse pathologique, la prestation d'hébergement peut être proposée à tout moment de la grossesse. Sa durée est laissée à l'appréciation de l'équipe médicale dans la limite de 21 nuitées (non consécutives).

Dans le département, l'HNFC a passé une convention avec l'hôtel Campanile-

Frais de transport

Si femme enceinte éligible au dispositif Engagement Maternité => frais de transport pris en charge à 100% pour:

- Examens obligatoires effectués lors des 8^{ème} et 9^{ème} mois de grossesse (pour les grossesses physiologiques et pathologiques)
 - Trajet vers le lieu de l'hébergement temporaire non médicalisé, dans la limite de 23 A/R pour les grossesses pathologiques, A/R liés aux examens obligatoires mentionnés ci-dessous compris. Prise en charge plafonnée au montant correspondant au trajet vers la maternité la plus proche.
-



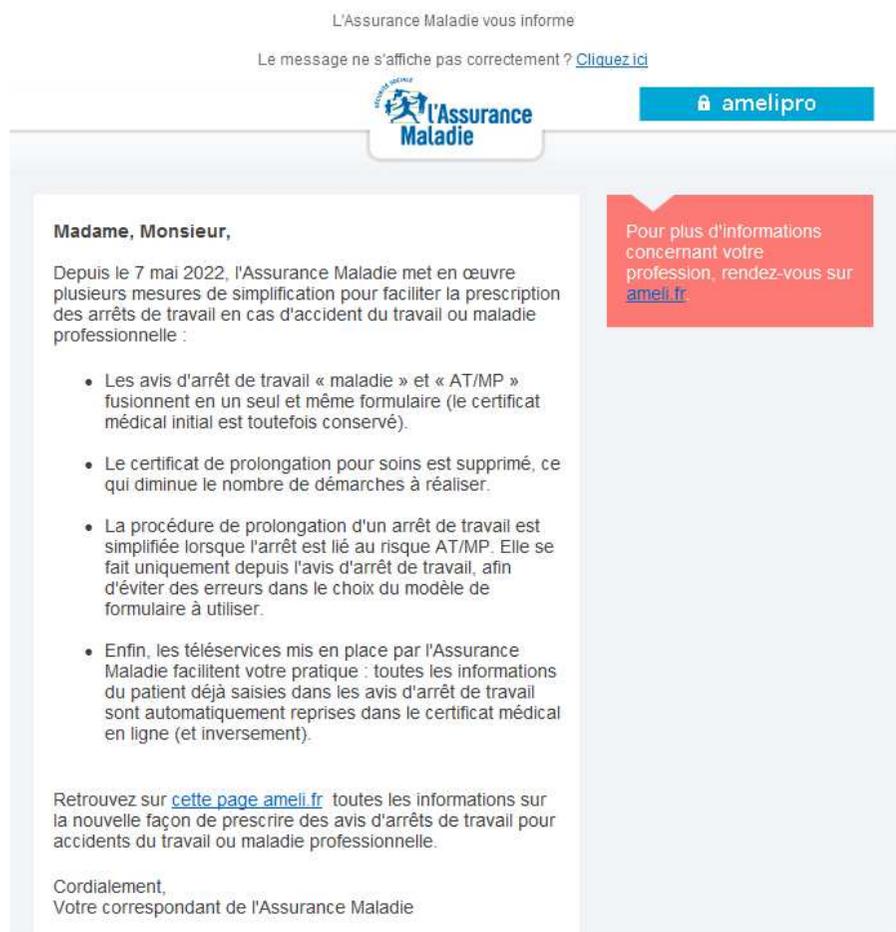
Réforme Avis d'Arrêt de Travail REAATCIM

Les médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes ont été informés par mailing le 19/04/2022 de l'évolution du d'Avis d'Arrêt de Travail et Certificats AT/MP à compter du 7 mai 2022.

Deux liens dont un tutoriels ont été mis à disposition des professionnels

L'Assurance Maladie vous informe

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



Madame, Monsieur,

Depuis le 7 mai 2022, l'Assurance Maladie met en œuvre plusieurs mesures de simplification pour faciliter la prescription des arrêts de travail en cas d'accident du travail ou maladie professionnelle :

- Les avis d'arrêt de travail « maladie » et « AT/MP » fusionnent en un seul et même formulaire (le certificat médical initial est toutefois conservé).
- Le certificat de prolongation pour soins est supprimé, ce qui diminue le nombre de démarches à réaliser.
- La procédure de prolongation d'un arrêt de travail est simplifiée lorsque l'arrêt est lié au risque AT/MP. Elle se fait uniquement depuis l'avis d'arrêt de travail, afin d'éviter des erreurs dans le choix du modèle de formulaire à utiliser.
- Enfin, les téléservices mis en place par l'Assurance Maladie facilitent votre pratique : toutes les informations du patient déjà saisies dans les avis d'arrêt de travail sont automatiquement reprises dans le certificat médical en ligne (et inversement).

Retrouvez sur [cette page ameli.fr](#) toutes les informations sur la nouvelle façon de prescrire des avis d'arrêts de travail pour accidents du travail ou maladie professionnelle.

Cordialement,
Votre correspondant de l'Assurance Maladie

Pour plus d'informations concernant votre profession, rendez-vous sur [ameli.fr](#)

Flash 19/04/22

Une période de tolérance de recours à l'ancien formulaire décalée afin d'éviter:

- D'engorger les professionnels
- De pénaliser les patients de l'absence de prise en compte des éléments par leur professionnel
- Un accompagnement ciblé réalisé par nos équipes avec notamment récupération des anciens CERFA
- Encore environ 15 médecins recourant à l'ancien CERFA

Patient ALD sans Médecin traitant

Aider les patients en affection de longue durée (ALD) à retrouver un médecin traitant est une priorité fixée par le président de la République

▶ **Concrètement comme cela va-t-il se passer?**

- ▶ Réalisation d'un diagnostic territorial identifiant les patients concernés
- ▶ Mise en place d'une instance locale
- ▶ Recueil du consentement des patients (action déjà en cours)
- ▶ Déploiement d'actions coordonnées
 - ▶ Identification des patients vus au moins 3 fois par le même médecin ou centre de santé avec envoi sécurisé via Echange médical sécurisé (EMS) puis retour vers le patient soit par les services de la CPAM soit par une structure d'exercice coordonnée
- ▶ **Action en lien avec les CPTS/ MSP/ CDS et médecins**
 - ▶ Identification par les CPTS des médecins volontaires
 - ▶ Transmission listing à la CPAM pour mise en relation au niveau de la CPAM ou au niveau de la CPTS (selon décision locale)
 - ▶ Établissement liste pseudonymisée des patients sur le territoire de la CPTS

Une valorisation de la 1^{ère} consultation à 60€ a été actée dans le règlement arbitral proposé
- ▶ **Actions spécifiques CDS et MSP**
 - ▶ Rencontre dédiée à partir d'une présentation du profil de la MSP compte tenu de l'existence d'objectifs et rémunérations basés sur la patientèle médecin traitant
- ▶ **Une action à destination des résidents en EHPAD**
- ▶ **Anticipation des départs** (dans la mesure du possible)



Patient ALD sans Médecin traitant

Où en sommes nous pour atteindre un taux à minima de 98% de couverture?

Au 24 avril 2023:

- **972 bénéficiaires de + 18 ans en ALD et sans médecin traitant déclaré à la CPAM 90 sur 24 825 bénéficiaires d'ALD au total**
 - ⇒ Soit un taux de couverture de patients en ALD de 95,98% à cette date
- **301 bénéficiaires ALD sans médecin traitant déclarés qui ont vu au moins 3 fois un même médecin + 7 vu par un CDS**
 - ⇒ Après accord bénéficiaire, la liste des patients sera adressée aux médecins concernés pour déclaration MT
 - ⇒ Soit 30,97% des patients non couverts qui consultent déjà le même médecin
 - ⇒ Après accord du médecin, un système dérogatoire de déclaration médecin traitant peut être mis en place pour faciliter l'enregistrement

Pour atteindre un taux de 98% 24329 il faut que moins de 496 patients ne soient pas couverts par un médecin traitant au 31/12/2023

- 68 en EHPAD (sans PS vu)
- 12 sans adresse connue

- Des départs à venir sur une zone spécifique => fort impact sur le second semestre 2023



Patient médecin traitant sans dépistage

Une liste recensant les patients n'ayant pas réalisé leur dépistage a été envoyée à compter de fin 2022 aux médecins généralistes par voie postale.

Cet envoi s'est échelonné jusqu'à fin avril.

Les prochains envois seront mis à disposition sous améli pro puisqu'il était nécessaire de faire évoluer la loi pour permettre la diffusion en dématérialisé.

Des contacts AM envisagés à l'attention des assurés non couverts par un médecin traitant (donc hors ALD)



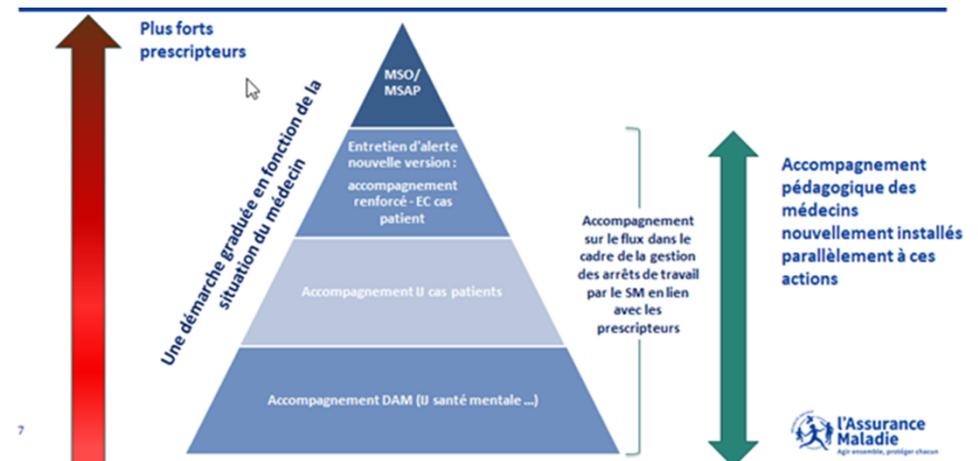
Actions d'accompagnement

▶ Actions d'accompagnement portées par les Délégués assurance Maladie/ Délégués Numériques en Santé/ Praticiens Conseil:

- Élargissement de la présentation de la Mission Retrouve Ton Cap à l'ensemble des prescripteurs
- Élargissement de la campagne sur la prévention à destination des adolescents

- A venir:

- Campagne sur les bandelettes glycémiques (médecin/ pharma)
- Campagne de présentation du règlement arbitral
- Campagne IJ en multicanal et graduel
- Prise en charge médicamenteuse de la polyarthrite rhumatoïde (en établissement)
- Campagne assistant médical
- Parcours Insuffisance cardiaque



▶ Les nouveautés en matière d'exercice coordonné

- Poursuite des travaux avec la CPTS Belfortaine avec pour objectif la contractualisation d'ici la fin de l'année 2023
- Nouvelle MSP conventionnée à Delle signataire de l'ACI depuis le 1er novembre 2022
- Projet de création de MSP à Grandvillars et à Etueffont
- Projet en cours de création d'un centre de santé municipal à Grandvillars

Action IFAQ: campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS)

Campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS) – Pourquoi ?



Document clé de la continuité de la prise en charge du patient permettant la transmission des informations nécessaires pour sécuriser et fluidifier son parcours de santé. Elle ne constitue pas un nouveau document supplémentaire car elle remplace le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie.



Obligatoire depuis le 1er janvier 2017, Elle doit être structurée avec les informations minimales pour la coordination immédiate.



Le patient est acteur de son parcours de santé : la lettre de liaison est remise au patient à sa sortie (évolution majeure dans le processus d'implication du patient dans sa prise en charge) et transmise le jour même au médecin traitant et au praticien qui a adressé le patient (et versée dans l'espace santé du patient).



Transmission facilitée par le développement du numérique qui va permettre son alimentation automatique dans le profil Mon espace santé du patient et le DMP ainsi que sa transmission par messagerie sécurisée. Le programme Ségur du numérique en santé finance et pilote cette transformation.



Action IFAQ: campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS)

Campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS)

L'indicateur sur la qualité de la lettre de liaison à la sortie, piloté par la HAS, a pour objectif premier l'amélioration de la qualité et à la sécurité des soins. Il est mesuré en MCO pour les patients hospitalisés plus de 24 heures, en chirurgie ambulatoire, en SSR et pour les patients hospitalisés à temps plein en PSY. L'indicateur mesure l'existence et la complétude des lettres de liaison à la sortie (LLS) sur plusieurs critères.



Action IFAQ: campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS)

Campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS) – Calendrier



- ▶ Campagne en lien avec la HAS et la DGOS en 2022, portée par AM et ARS
- ▶ Pré test sur quelques ES en région Grand Est en septembre
- ▶ Données sur l'indicateur QLS mises à jour en octobre 2022 (données 2021)
- ▶ Lancement de l'accompagnement en novembre 2022 sur les ES ciblés, dans un 1^{er} temps dans les ES qui ont développé les solutions numériques
- ▶ En avril 2023, tous les ES auront mis en place une solution numérique adaptée (Séjour numérique)



Action IFAQ: campagne d'accompagnement sur la Qualité de la Lettre de Liaison à la Sortie (QLS)

La lettre de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant est un document instaurant l'échange d'informations entre professionnels de santé à l'entrée et à la sortie d'une hospitalisation.

La LDL a pour vocation d'être un outil d'optimisation du parcours de soins du patient permettant la continuité de sa prise en charge entre l'hôpital et la ville. La LDL est rendue obligatoire à compter du 1er janvier 2017 par le décret n°2016-955 du 20 juillet 2016 .

En pratique, il est prévu qu'un patient adressé par son médecin traitant ou par un autre praticien de ville pour une prise en charge hospitalière soit porteur d'une lettre rédigée par le praticien adresseur qui comporte les motifs de l'hospitalisation ainsi que toute information à porter à la connaissance de l'établissement en vue d'une prise en charge optimale. En retour, il s'agit de donner au patient, lors de sa sortie d'hôpital, les informations nécessaires à sa prise en charge immédiate en ville.

Concernant la LDL de sortie , elle doit contenir des éléments obligatoires à savoir :

L'identification du patient, du médecin traitant ou médecin adresseur, et du médecin ayant pris en charge le patient dans l'établissement / Dates et modalités d'entrée et de sortie d'hospitalisation/ Motif d'hospitalisation/ Synthèse médicale du séjour, s'il y a lieu : la survenue d'évènements indésirables, l'identification de micro-organismes multi-résistants ou émergents, l'administration de produits sanguins ou dérivés du sang ou encore la pose d'un dispositif médical implantable au cours de l'hospitalisation / Traitements médicamenteux prescrits à la sortie de l'établissement (avec la posologie et la durée de traitement) et ceux arrêtés durant le séjour ainsi que le motif d'arrêt ou remplacement / Attente de résultats d'examens ou d'autres informations complétant la lettre de liaison / Suites à donner (actes à programmer, recommandations, surveillances particulières)

La lettre de liaison doit être adressée par messagerie sécurisée ou par tout moyen garantissant la confidentialité des informations.

Elle devra être ajoutée à l'espace santé du patient. <https://esante.gouv.fr/volet-idl-informations-de-liaison>

L'Assurance Maladie va accompagner les établissements sanitaires dès 2023



Actualités locales et régionales

Démographie (au 31/12/2022)

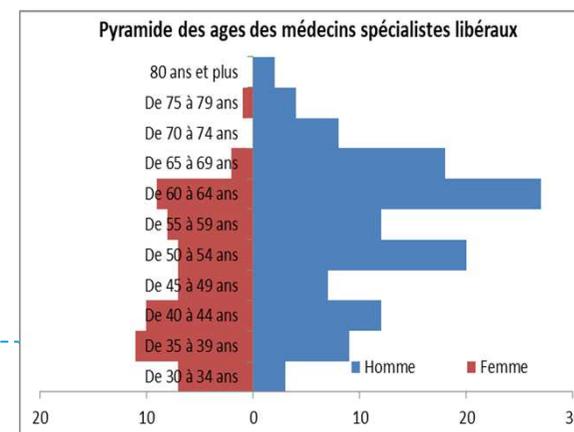
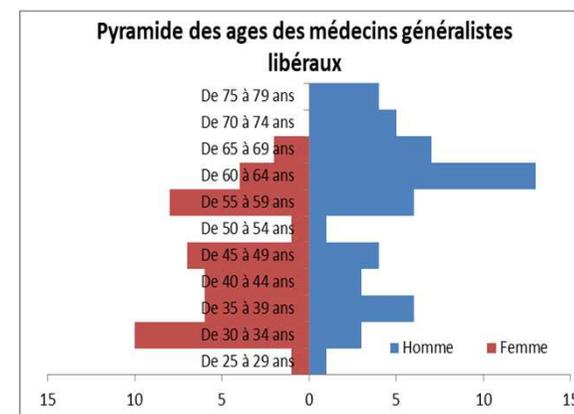
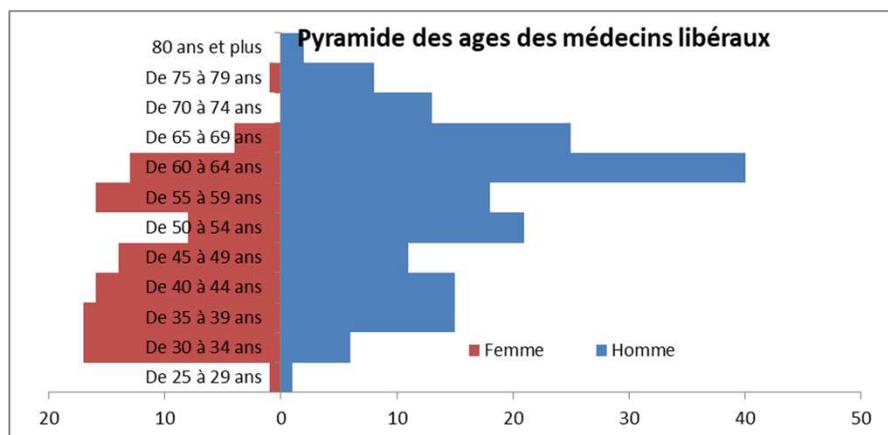
	Médecins généralistes	Médecins spécialistes	Médecins
Nbr de PS en activité	98	184	282
Age moyen	52	54	53
Part des hommes	54,1%	66,3%	62,1%

Contrat démographique- assistant médical

COSCOM: 5 contrats

CAIM 11 contrats en cours

Contrat assistant médicaux: 8 contrats en cours dont 3 pour des 1/3 temps et 5 en 1/2 temps.



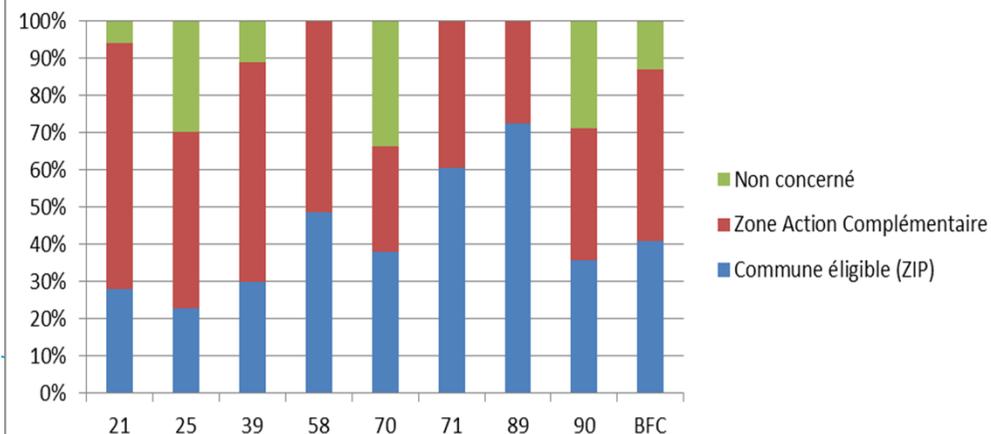
Démographie

Installations/ cessations			
Tous médecins			
	2023	2022	2021
Installation	10	20	16
Cessation	2	14	20
Différentiel	8	6	-4
Généralistes			
Installation	1	6	4
Cessation	1	5	8
Différentiel	0	1	-4
Spécialistes			
Installation	9	14	12
Cessation	1	9	12
Différentiel	8	5	0

Zonage ARS

Départ.	Commune éligible (ZIP)	Zone Action Complémentaire	Non concerné
21	27,9%	66,0%	6,0%
25	22,9%	47,5%	29,7%
39	30,0%	59,1%	10,9%
58	48,5%	51,5%	0,0%
70	38,0%	28,2%	33,8%
71	60,7%	39,3%	0,0%
89	72,6%	27,4%	0,0%
90	35,6%	35,6%	28,7%
BFC	40,9%	46,2%	12,9%

Niveau de dotation en médecin



Rémunération 2022: versement avril

ROSP Adulte	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	91	479 213,90 €	5 266,09 €	17 667,48 €
Médecin spécialiste	28	27 086,66 €	967,38 €	5 741,59 €
Médecins	119	506 300,56 €	4 254,63 €	17 667,48 €
ROSP Enfant	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	81	25 532,89 €	315,22 €	2 399,09 €
Médecin spécialiste	5	1 209,29 €	241,86 €	776,46 €
Médecins	86	26742,18	310,96 €	2 399,09 €
Forfait structure	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	78	349 156,50 €	4 476,37 €	5 775,00 €
Médecin spécialiste	73	212 898,00 €	2 916,41 €	4 879,00 €
Médecins	151	562054,5	3 722,22 €	5 775,00 €
FPMT	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	94	1 604 645,00 €	17 071,00 €	44 027,00 €
Médecin spécialiste	52	5 957,00 €	115,00 €	2 083,00 €
Médecins	146	1610602	11 031,52 €	44 027,00 €
MPA	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	93	17 410,00 €	187,00 €	2 500,00 €
Médecin spécialiste	87	47 045,00 €	541,00 €	2 525,00 €
Médecins	180	64455	358,08 €	2 525,00 €
Rémunérations forfaitaires	Nbr de versement	Montant total	Montant moyen	Montant maximum
Médecin généraliste	96	2 475 958,29 €	25 791,23 €	67 143,61 €
Médecin spécialiste	111	294 195,95 €	2 650,41 €	11 016,09 €
Médecins	207	2770154,24	13 382,39 €	67 143,61 €
		Moyenne médecins	5 509,96€	

Parcours insuffisance cardiaque

Une volonté appuyée par l'HNFC de s'engager dans la mise en place d'un programme territoire de prise en charge de l'insuffisance cardiaque.

Un premier niveau d'engagement qui s'est concrétisé par la réunion de lancement du 28 mars dernier.

3 Maisons de santé qui se sont dites intéressées pour décliner une action en lien avec ce parcours à l'occasion de la présentation du profil de leur patientèle.



Protocole indemnité kilométrique

Un protocole concernant la facturation des indemnités kilométriques a été mis en oeuvre avec les syndicats infirmiers. Un tel document n'existe pas versant médecin.

Des questionnements, notamment dans le cadre de nouvelles installations au sein d'une MSP, ont eu lieu dernièrement.

Proposition d'appliquer les mêmes modalités que celles déclinées pour les infirmiers mais sans rédaction d'un protocole formalisé à savoir:

- Applicable lorsque le domicile du patient et du professionnel ne sont pas dans la même agglomération (=commune, hameau et lieu dit) et lorsque la distance qui les sépare est supérieure à 2 km en plaine et 1 km en montagne.
- Indemnité due entre domicile professionnel et domicile patient déduction faite de 1 ou 2 km AR selon (plaine ou montagne)
- Application de la règle du PS le plus proche sauf dérogation exceptionnelle
- Indemnité calculé à partir des outils internet (Mappy ou via Michelin)

Décision?

Il peut être envisagé de décliner un groupe de travail en parallèle de la CPL

ANNEXE 1.1 : Adaptations de la règle de l'agglomération

Dans le cadre du présent accord, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques dans les communes, hameaux, et lieu-dit suivants :

- Voici la liste des communes avec autorisation de facturation d'indemnités kilométriques montagne toute l'année :

AUXELLES-BAS, AUXELLES-HAUT, ETUEFFONT, GIROMAGNY, GROSMAGNY, LAMADELEINE-VAL-DES-ANGES, LEPUIX, PETITMAGNY, RIERVESCEMONT, ROUGEGOUTTE, ROUGEMONT-LE-CHATEAU, VESCEMONT, SAINT DIZIER L'EVEQUE, MONTBOUTON, BEAUCOURT, VILLERS LE SEC et CROIX

Ainsi que des indemnités kilométriques montagne entre :

- Lepuix et le hameau de Malvaux et jusqu'au sommet du ballon d'Alsace
La commune de Lepuix étant étendue jusqu'au sommet du Ballon d'Alsace, l'infirmier peut facturer des indemnités kilométriques montagnes à partir de son domicile professionnel sous déduction d'un nombre de kilomètres fixé à 1 sur le trajet tant aller que retour.
- Rougemont le château et le hameau Saint Nicolas
- Par exception, il est accordé la possibilité de facturation d'indemnités kilométriques plaine pour les hameaux à distance de Florimont soit :
Florimont- « les écarts des écrevisses »
Florimont- ferme de petite taille
Florimont- Ferme du petit château.
- Par exception, il est accordé la possibilité de facturation d'indemnités kilométriques plaine pour Les Errues qui se trouve à distance de Menoncourt.



Numérique en santé/ SEGUR

▶ **Taux de télétransmission** au 31 janvier 23 :

92,8% (+ 1,4%)

▶ Généralistes: 92,6%

▶ Spécialistes: 93,2%

- ▶ **ADRI** 84,90% de taux d'équipement / 86.54% d'utilisateurs parmi les PS équipés
- ▶ **AAT**: 45,31% de taux d'utilisation (généralistes 79.80% spécialistes 21.92%)
- ▶ **Protocole de soins électronique (PSE)** : 35,51% de taux d'utilisation (généralistes 66.67% spécialistes 14.38%)
- ▶ **Déclaration médecin traitant**: 33,47% d'utilisation (généralistes 79,80% spécialistes 2,05%)
- ▶ **Certificat médical AT/ MP**: 39,60% d'utilisation – pas de spécialistes
- ▶ **Prescription de transport électronique (SPE)**: taux utilisateurs 20.82% (généralistes 69.70% spécialistes 5.48%)



Numérique en santé/ SEGUR

▶ **DMP:**

Taux utilisateurs 17.96% (généralistes 26.26% spécialistes 12.33%)

PS ayant alimenté un DMP 13.06% (généralistes 16.16% spécialistes 10.96%)

PS ayant consulté un DMP 12.65% (généralistes 21.21% spécialistes 6.85%)

En 2023 c'est 19 916 DMP alimentés (36 271 en 2022)

▶ **MSsanté:** tous les médecins ont une Mssanté excepté 17 d'entres eux. Ce sont des médecins qui ne font pas de télétransmission et réfractaires à l'outil informatique

▶ **Arrêt des flux 1.40 2bis et 3:** à compter de juillet 23, les médecins n'ayant pas fait évoluer leur version logiciel ne pourront plus télétransmettre. L'objectif est l'arrêt des flux télétransmis avec des **équipements obsolètes**

Nous avons 4 médecins à fin mars. (1 allergologue, 2 médecins généralistes et 1 psychiatre utilisateurs de Prokov)

Bénéfices d'un poste à jour:

- Fiabilisation de la facture: réduction des rejets liés à la télétransmission et anomalies techniques (ARL négatifs)
 - Accès à l'ensemble des téléservices et aux dernières innovations
 - Fonctionnement optimal du poste (sécurité des échanges, rapidité et fiabilité, absence de rupture lors d'une mise à jour du système d'exploitation...)
-



Mon Espace Santé (MES)

Le 15 mars a été mise en ligne une nouvelle version de Mon espace santé (MES10), suivi le 20 mars de la version Mobile équivalente.

Les principaux apports de ces versions sont les fonctionnalités suivantes :

- ▶ Visualisation des courbes de référence (poids, taille, IMC et périmètre crânien) pour les enfants
- ▶ Possibilité d'agir sur plusieurs documents à la fois
- ▶ Présentation ergonomique de la matrice d'habilitation des professionnels de santé dans la rubrique Paramètres
- ▶ Amélioration de l'historique d'activité de l'utilisateur

Cette nouvelle version a aussi permis d'afficher dans toutes les pages mentionnant le numéro d'appel 3422 le logo oreille barrée qui indique la mise en place de l'accueil téléphonique pour les sourds et malentendants pour le 3422, via le relais assurés par les conseillers de notre prestataire ELIOZ (process identique à ce qui existe sur le 3646).

vous trouverez les infos publiées sur ameli ici : <https://www.ameli.fr/assure/actualites/mon-espace-sante-le-service-d-aide-par-telephone-desormais-accessible-aux-sourds-et-malentendants>

Le 15 avril a été mise en ligne une nouvelle version de Mon espace santé dont les principales améliorations sont les suivantes :

Paramètres et Connexion :

- Authentification à Mon espace santé via France Connect (connexion mise en ligne à partir du 28/04)
- Amélioration de l'historique d'activité : ajout d'un filtre de recherches par période

Amélioration de l'affichage de Mon histoire de santé lorsqu'il n'y a aucun soin ((ajout d'un texte explicatif)

Profil médical :

- Possibilité de choisir un affichage de mesure avec ou sans courbes de référence
 - Modification des éléments présents dans la synthèse du profil médical (ajout de l'auteur d'une mesure, suppression de la colonne type de vaccination etc.) »
-



Ordonnance Numérique: accessible sur les logiciels référencés SEGUR

L'**ordonnance numérique** permet de dématérialiser le circuit de la prescription entre les médecins et les professionnels de santé prescrits, afin de favoriser la coordination des soins.

- ▶ Elle permet également aux patients de retrouver leurs ordonnances au format numérique dans Mon espace santé, grâce à l'alimentation automatique du DMP à partir du logiciel métier du prescripteur.
- ▶ En pratique, pas d'impact sur le temps de consultation ni sur la liberté de prescription. Lors de la consultation, rien ne change. Le médecin :
 - ▶ rédige la prescription à partir de son logiciel d'aide à la prescription (LAP) et elle est enregistrée dans la base e-prescription
 - ▶ imprime l'ordonnance papier avec un QR code, la signe et la remet au patient
 - ▶ enregistre l'ordonnance numérique dans le DMP du patient facilement, depuis son logiciel métier et le patient peut ainsi la retrouver dans son profil Mon espace santé.

Ce dispositif d'ordonnance numérique est appelé à être généralisé au plus tard le 31 décembre 2024 (voir le *Journal officiel du 18 novembre 2020*). Il se déploie progressivement auprès des différentes catégories de professionnels de santé et pour les différents types de prescriptions. Cela va dépendre également de l'intégration du service dans les logiciels métiers.

Bénéfices de l'ordonnance numérique pour les professionnels de santé:

- Une fiabilisation de la prescription et une réduction des risques de iatrogénie, grâce à l'utilisation des LAP (Logiciel d'Aide à la Prescription)
 - Une sécurisation de l'ensemble du processus avec une identification fiabilisée du prescripteur et du patient
 - Une simplification des échanges entre les médecins et les pharmaciens, et bientôt les autres prescrits, grâce à la dématérialisation du circuit de la prescription jusqu'à l'exécution de l'ordonnance, et l'accès par le médecin à ce qui a été délivré
 - Une automatisation des opérations de vérification grâce à l'intégration des données structurées de la prescription dans le logiciel
- ▶ <https://www.ameli.fr/haute-saone/medecin/exercice-liberal/prescription-prise-charge/regles-de-prescription-et-formalites/ordonnance-numerique>
 - ▶  Campagne Mailing adressée aux médecins en date du 28/09/2022
-

E-Carte Vitale

L'appli « carte Vitale » : version dématérialisée de la carte Vitale sur le smartphone des assurés qui vient en complément de la carte Vitale physique, qui continue d'exister

Afin de pouvoir lire la carte Vitale de son patient, le professionnel de santé doit:

- Avoir un logiciel de facturation agréé Addendum 8 (ou 7 Ségur)
- Acquérir un dispositif de lecture, pour QR Code ou NFC

Calendrier de déploiement:

- Octobre 2022: déploiement auprès d'assurés ciblés dans 8 départements, dont la Saône et Loire
- Généralisation France entière progressivement à partir de 2023, selon les résultats de l'expérimentation

Avantages pour les professionnels de santé:

- A partir de 2023, la garantie de paiement pour la facturation en tiers payant
- En télésanté, l'appli carte Vitale permettra de fiabiliser les données du patient et de sécuriser la facturation à distance.



Qualité de la facturation

Délais de traitement
de octobre 22 à mars
23

FSE: 5 jours

B2: 4 jours

FSP: 14,5 jours

Taux de rejets:
0,79% en FSE/ B2
2,55% en FSP

Les principaux rejets constatés (sur 319 580 factures) :

1. Le contrat CMU-C/ C2S ou ACS transmis est différent de celui présent au référentiel : **552** factures contre 417 sur la période précédente (0,17%)
 2. Les actes ont déjà été facturés pour ce bénéficiaire à la même date d'exécution: **265** factures contre 189 sur la période précédente (0,08%)
 3. Modulation du ticket modérateur non trouvée dans nos bases : **244** factures contre 201 factures sur la période précédente (0,08)
 4. Le taux de remboursement demandé est différent du taux de remboursement calculé: 93 factures (0,03%)
 5. Incompatibilité nature assurance/ régime: **91** factures sur la période contre 61 factures sur la période précédente (0,03%)
-



Points divers

- * Prado: la dispensation à domicile
 - * Vaccination de la femme enceinte contre la coqueluche à la 34^{ème} semaine
 - * Accessibilité des cabinets+ *santé Bd.org / handiconnect.fr- rebond sur l'osmose adressée fin mars*
 - * Evolution CIS- DNS + nouveau DAM
-
- 

Annuaire de l'accessibilité des cabinets

⇒ Objectif : faciliter l'accès aux soins des patients à besoins spécifiques

Nous vous invitons à décrire sur le site *Santé.fr* l'accessibilité de votre cabinet:

- Rampe d'accès
- Consultation en langue étrangère
- Accueil d'un public obèse
- Pratique du langage des signes

Cela ne vous prendra que quelques minutes. Vous seuls, professionnels de santé, avez la main sur l'information qui concerne votre lieu d'exercice. L'annuaire vous aidera également dans l'orientation de vos patients vers des confrères.

Rendez-vous ici : www.sante.fr/annuaire-accessibilite-pro

Les données seront disponibles pour le grand public prochainement

Pour aller plus loin:

<https://santebd.org/>

<https://handiconnect.fr/>



Évolution CIS vers DNS

- ▶ Les **C**onseillers **I**nformatiques et **S**ervices deviennent les **D**élégués du **N**umérique en **S**anté
- ▶ Pour les contacter, utilisez soit leur adresse personnelle soit
- ▶ l'adresse dns.cpam-territoire-de-belfort@assurance-maladie.fr



Merci de votre attention

Prochaine CPL le 3 décembre 2023

À 13h45 pour la section sociale

A 14h15 pour la section professionnelle

