



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES MASSEURS KINÉSITHÉRAPEUTES

26 septembre 2024

CPAM du Territoire de Belfort

10/10/2024

SOMMAIRE

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ

02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

04

POINTS DIVERS

VALIDATION DU COMPTE- RENDU DU 15/02/2024

01

ANALYSE DES DÉPENSES DE SANTÉ AU 30 JUIN 2024

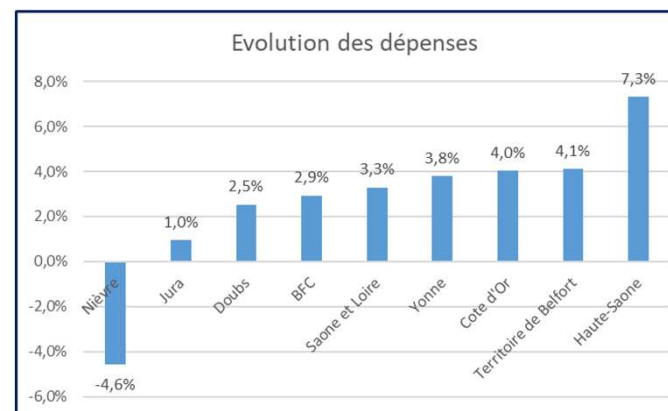
STATISTIQUES DE DÉPENSES

Commission des masseurs kinésithérapeutes du département : TERRITOIRE DE BELFORT

Activité des masseurs kinésithérapeutes libéraux du 01/01/2024 au 30/06/2024 (en date de remboursement)

Montants en base de remboursement hors dépasement

Prestations	Territoire de Belfort			Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	Evolution (€)	Evolution (%)		
AMS	1 943 366 €	-613 033 €	-24,0%	-28,0%	-24,0%
Actes 2024	912 877 €	912 877 €			n.d.
AMK	539 791 €	-143 496 €	-21,0%	-25,3%	-23,9%
BDK	174 620 €	6 162 €	3,7%	6,5%	9,4%
Autres rémunérations	108 302 €	-3 298 €	-3,0%	6,0%	9,7%
AMC	40 626 €	-8 517 €	-17,3%	-37,7%	-29,7%
FAD, FRD	780 €	-100 €	-11,4%	-4,8%	-2,5%
Total (Hors déplacements)	3 720 362 €	150 596 €	4,2%	3,2%	n.d.
Frais de déplacements	75 728 €	-169 €	-0,2%	-3,8%	-2,7%
Total	3 796 089 €	150 427 €	4,1%	2,9%	n.d.



- Augmentation des dépenses plus forte dans le Territoire de Belfort (+150 427€ soit +4,1%) qu'en Bourgogne-Franche-Comté (+2,9%).
- Le Territoire de Belfort est le second département avec la plus forte hausse des dépenses derrière la Haute-Saône (+7,3%).
- Les fortes baisses pour les actes AMS et AMK sont principalement dues aux nombreux codes actes mis en place en 2024 qui sont classés dans la catégorie « Actes 2024 ».

STATISTIQUES DE DÉPENSES

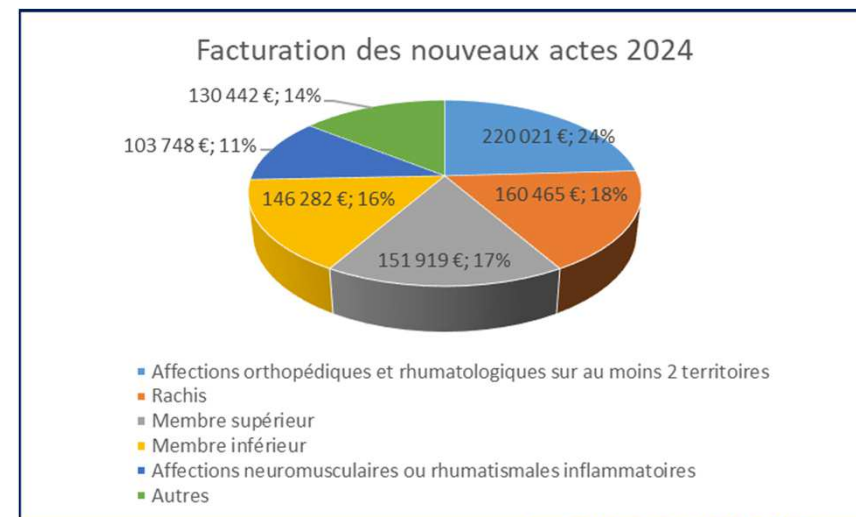
Actes AMS-AMK-AMC :

Prestations	Montant 2024	Montant 2024 nouveaux actes	Montant 2024	Evolution (€)	Evolution (%)
AMS	1 943 366 €	691 137 €	2 634 503 €	78 104 €	3,1%
AMK + AMC	580 417 €	221 740 €	802 157 €	69 727 €	9,5%

➤ Augmentation des dépenses liées aux actes de masso-kinésithérapie.

Nouveaux actes 2024 :

Code acte 2024	Libellé	Montant 2024
TER	Actes de rééducation des conséquences des affections orthopédiques et rhumatologiques sur au moins 2 territoires	220 021 €
RAM	Actes de rééducation du rachis non opéré	144 525 €
NMI	Actes de rééducation des affections neuromusculaires ou rhumatismales inflammatoires	103 748 €
VIM	Actes de rééducation du membre inférieur non opéré non soumis à référentiel	84 902 €
VSM	Actes de rééducation du membre supérieur non opéré non soumis à référentiel	65 283 €
ARL	Actes de rééducation dans le cadre des affections respiratoires, maxillo-faciales et ORL	59 918 €
VSC	Actes de rééducation du membre supérieur opéré non soumis à référentiel	36 051 €
RSM	Actes de rééducation du membre supérieur non opéré soumise à référentiel	34 220 €
RIC	Actes de rééducation du membre inférieur opéré soumise à référentiel	34 077 €
VIC	Actes de rééducation du membre inférieur opéré non soumis à référentiel	27 304 €



STATISTIQUES DE DÉPENSES

BDK :

Libellé	Montant 2024	Evolution (€)	Evolution (%)	Evolution BFC (%)
ACTES DE KINESITHERAPIE OSTEO-ARTICULAIRE	65 287 €	-34 113 €	-34,3%	-35,3%
ACTES EN AMK	109 240 €	40 182 €	58,2%	95,0%

➤ Evolution différente selon le type de BDK : +58,2% pour les AMK -34,3% pour les AMS

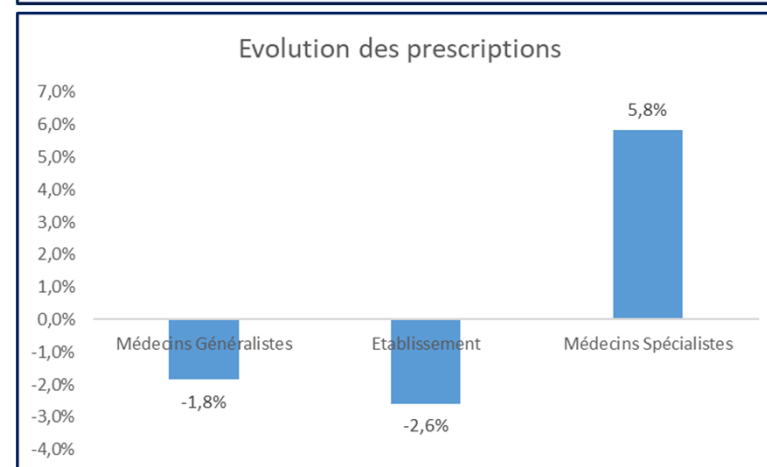
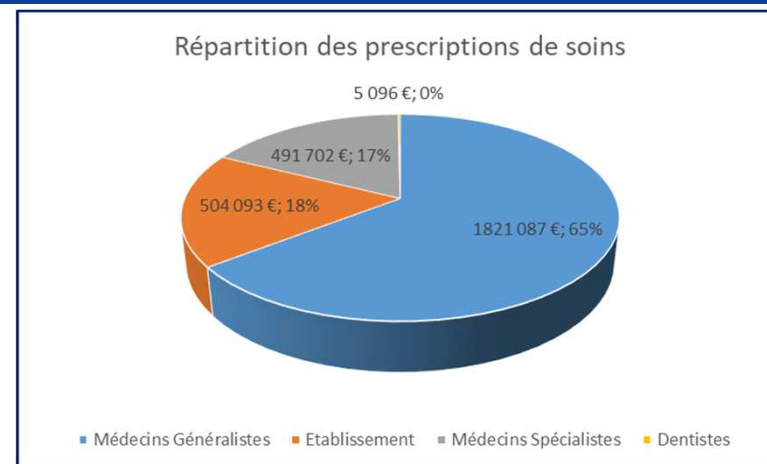
Autres rémunérations :

Libellé	Montant 2024	Evolution (€)	Evolution (%)	Evolution BFC (%)
CONTRAT DEMOGRAPHIQUE KINE	69 630 €	-6 370 €	-8,4%	4,6%
FORFAIT STRUCTURE PS AUXILIAIRES	38 640 €	3 530 €	10,1%	8,0%

➤ Baisse des aides versées pour les contrats démographiques mais une forte hausse des montants à verser à prévoir en 2024 du fait de la parution du nouveau zonage ARS en juillet 2024.

STATISTIQUES DE DÉPENSES: LES PRESCRIPTEURS

- Les médecins généralistes représentent 65% des prescriptions de soins de MK suivis par les établissements (18%) et les spécialistes (17%) (répartition similaire à 2023).
- Les prescriptions des médecins spécialistes sont les seules en hausse en 2024. Sur les sept spécialités avec plus de 10 000€ de soins prescrits, seules les prescriptions des rhumatologues sont en baisse (-1,7%). Les plus fortes hausses concernent les pneumologues (+49,9% ou 12 993€) suivis par les neurologues (+6 033€ ou +10,4%).
- La baisse des prescriptions des établissements (-13 370€) est due au CDS Léon Blum (-21 071€ ou -35,1%) et du CMPR BRETEGNIER HERICOURT (-10 532€ ou -41,0%), compensée en partie par l'augmentation des prescriptions de l'HNFC (+5,0% ou +12 357€).
- Les prescriptions de PS/établissements du Territoire de Belfort sont stables (-0,0% ou -986€) mais sont en baisse pour les autres départements fort prescripteurs : -6,6% pour le Doubs (-5 138€ pour le CHRU Jean Minjoz et -7 394€ pour un généraliste exerçant à proximité du Territoire de Belfort) et - 9,5% pour la Haute-Saône.



02

ACTUALITÉS RÉGLEMENTAIRES ET CONVENTIONNELLES

AVENANT 7 À LA CONVENTION - NOUVELLE NOMENCLATURE, REVALORISATIONS ET CRÉATION D'ACTES

Mise en place d'une nouvelle nomenclature applicable à compter du 22/02/2024

- Vise une meilleure connaissance et description de l'activité des MK
- Permet une plus grande lisibilité et limite les risques d'interprétation (limiter les contentieux)
- Engagement conventionnel (avenant 5 d'une actualisation selon l'évolution de la pratique)

- ⇒ Création de 20 nouvelles lettres clés (ARL, DRA, NMI, PLL, RAB, RAM, RAO, RAV, RIC, RIM, RPB, RPE,RSC, RSM, TER, VIC, VIM, VSC et VSM)=>environ 80 actes au total
- ⇒ La lettre clé AMK est maintenue pour la cotation des actes de bilan (les BDK notamment), pour les suppléments de kiné balnéothérapie et pour les actes de pédicurie

Les codes ont un lien plus ou moins direct avec leur dénomination, par exemple: RIM=rééducation du membre Inférieur non opéré soumise à Référéntiel

Ci-dessous quelques repères pouvant faciliter la lecture des codes :

Codes avec **R** en 1^{ère} lettre (hormis rachis) = **R**éféréntiel
Codes avec **N** en 1^{ère} lettre = affection **N**euromusculaire ou **N**eurologique

Codes avec **S** en 2^{ème} lettre = membre **S**upérieur
Codes avec **I** en 2^{ème} lettre = membre **I**nférieur

Codes avec **C** en 3^{ème} lettre = suite de **C**hirurgie
Codes avec **O** en 3^{ème} lettre = suite d'**O**pération
Codes avec **M** en 3^{ème} lettre = sans chirurgie (**M**édical)
Codes avec **V** en 3^{ème} lettre = affection **V**asculaire



A partir du 1er juin 2024:

Obligation de facturer avec les nouvelles cotations
Même si la prescription initiale est antérieure au 22 février 2024

AVENANT 7 À LA CONVENTION - NOUVELLE NOMENCLATURE, REVALORISATIONS ET CRÉATION D'ACTES

Revalorisation des actes de l'article premier (AMS 7,5 et 9,5) en plusieurs étapes

✓ actes actuellement cotés AMS 7,5

 1er juillet 2025 : revalorisation de 0,6 point
 1er juillet 2027 : revalorisation de 0,3 point

✓ actes actuellement cotés AMS 9,5

 1er juillet 2026 : les actes actuellement cotés AMS 9,5 sont revalorisés de 0,3 point

Revalorisation des lettres clés AMK, AMC et AMS

✓ Les tarifs des lettres clés AMK, AMC et AMS et nouvelles lettres clés sont portés à:

- 2,21€ en métropole (actuellement 2,15€)
- 2,43€ dans les DROM (actuellement 2,36€)

Ces nouveaux tarifs s'appliqueront aux lettres clés créées par la mise en place de la nouvelle nomenclature

 22 février 2024

➔ Exemple : revalorisation de l'acte de « Rééducation d'un membre et de sa racine, quelles que soient la nature et la localisation de la pathologie traitée » (AMS 7,5)

date	cotation	tarif	augmentation par rapport au tarif actuel
<i>actuellement</i>	AMS 7,5	16,13 €	
févr-24	AMS 7,5 - revalo lettre clé	16,58 €	+3%
juil-25	AMS 8,1	17,90 €	+11%
juil-27	AMS 8,4	18,56 €	+15%

AVENANT 7 À LA CONVENTION - NOUVELLE NOMENCLATURE, REVALORISATIONS ET CRÉATION D'ACTES

Revalorisation de la kinébalnéothérapie



Supplément de kinébalnéothérapie: revalorisation du coefficient de 1,3 point
Entrée en vigueur: 22 février 2024

Possibilité de coter 2 séances dans certaines conditions

Cotations de 2 séances le même jour

- Cotation possible de 2 séances le même jour à taux plein (prescriptions distinctes, affections en rapport avec des articles NGAP différents, portant sur deux régions anatomiques distinctes et réalisées lors de deux séances distinctes)

AVENANT 7 À LA CONVENTION - NOUVELLE NOMENCLATURE, REVALORISATIONS ET CRÉATION D'ACTES

<p>Création d'un acte de rééducation à destination des enfants présentant une paralysie cérébrale ou un polyhandicap</p>	<p>Cet acte s'intègre au parcours de rééducation et de réadaptation des enfants en situation de polyhandicap ou de paralysie cérébrale (formation adaptée, objectifs de rééducation...). La prescription initiale de cet acte doit émaner de l'établissement ou du service sanitaire ou médico-social coordonnant le parcours de soins du patient. Les séances d'une durée de l'ordre de 30 minutes sont à adapter aux capacités physiques de l'enfant et au rythme des autres prises en charge.</p>	<p>TER 16 (soit AMK/AMC 16 selon les lettres clés actuelles)</p> <p> 05/04/2024</p>
<p>Création d'un acte de repérage de la fragilité des personnes âgées de 70 ans ou plus</p>	<p>Ce bilan, conforme au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé, peut être réalisé à l'initiative du masseur-kinésithérapeute à l'occasion d'une prise en charge d'un de ses patients. Un compte rendu de l'acte de repérage doit être obligatoirement adressé au médecin traitant ou, le cas échéant, au médecin prescripteur. Le masseur-kinésithérapeute doit être en capacité de réaliser le dépistage conformément au programme ICOPE de l'Organisation mondiale de la santé.</p>	<p>AMK 10</p> <p> 01/09/2026 (sous réserve décision UNCAM)</p>

AVENANT 7 À LA CONVENTION - NOUVELLE NOMENCLATURE, REVALORISATIONS ET CRÉATION D'ACTES

Prise en charge des patients atteints de maladies neuromusculaires : les actes inscrits à l'article 4 du chapitre II du titre XIV de la nomenclature générale des actes professionnels dont le coefficient actuel est de 10 ou 11 sont revalorisés d'un point de coefficient



1er septembre 2026
(sous réserve d'une décision UNCAM modifiant la NGAP)

Suppression de l'acte de « Rééducation de la déambulation dans le cadre du maintien de l'autonomie de la personne âgée (séance d'une durée de l'ordre de vingt minutes) », coté AMK/AMC 6



1er juillet 2025
(sous réserve d'une décision UNCAM modifiant la NGAP)

AVENANT 7 À LA CONVENTION – RENFORCEMENT DE LA RÉGULATION DU CONVENTIONNEMENT POUR UNE MEILLEURE RÉPARTITION TERRITORIALE

Nouvelles règles pour les MK déjà installés

Zones non prioritaires

Principe du « 1 pour 1 » pour 30% de la population nationale +2,5% marge ARS)

Zones intermédiaires

40% de la population nationale pas de limitation du conventionnement

Zones sous-dotées

15% de la population nationale pas de limitation du conventionnement

Zones très sous-dotées

15% de la population nationale (+ de 2,5 % de marge d'adaptation ARS)
• pas de limitation du conventionnement
• aides démographiques

Règles actuelles

« 1 pour 1 » pour 12,5% de la population nationale (zones « sur dotées »)

75% intermédiaires et très dotées / pas de limitation du conventionnement

6% de la population nationale / pas de limitation du conventionnement/ aides démographiques

6,5% de la population nationale / pas de limitation du conventionnement/ aides démographiques

AVENANT 7 À LA CONVENTION – RENFORCEMENT DE LA RÉGULATION DU CONVENTIONNEMENT POUR UNE MEILLEURE RÉPARTITION TERRITORIALE

Nouvelles règles pour les MK déjà installés

Zones non prioritaires

Principe du « 1 pour 1 » pour 30% de la population nationale (+2,5% marge ARS)

Zones intermédiaires

40% de la population nationale
Pas de limitation du conventionnement

Zones sous dotées

15% de la population nationale

- Pas de limitation du conventionnement
- Aides démographiques

Zones très sous-dotées

15% de la population nationale (+2,5% de marge ARS)

- Pas de limitation du conventionnement
- Aides démographiques

Règles actuelles

« 1 pour 1 » pour 12,5% de la population nationale (zones « sur dotées »)

75% intermédiaires et très dotées
Pas de limitation du conventionnement

6% de la population nationale

- Pas de limitation du conventionnement
- Aides démographiques

6,5% de la population nationale

- Pas de limitation du conventionnement
- Aides démographiques

AVENANT 7 À LA CONVENTION – RENFORCEMENT DE LA RÉGULATION DU CONVENTIONNEMENT POUR UNE MEILLEURE RÉPARTITION TERRITORIALE

Dispositions spécifiques aux nouveaux installés

Peut s'installer en exercice libéral sous convention, le masseur-kinésithérapeute qui remplit au moins l'une des deux conditions suivantes :

- **Expérience professionnelle préalable de deux ans en établissement sanitaire ou médico-social en France**

Durée d'exercice minimal en MK correspondant à 70% d'un équivalent temps plein (soit 2240 heures sur 2 ans).

Cet exercice préalable peut prendre la forme d'un 50% ETP, si la durée d'exercice est allongée jusqu'à la réalisation des 2240 heures.

- **S'engager à exercer au moins les deux premières années de son conventionnement dans une zone « très sous dotée » ou « sous dotée »**

Minimum de 6 000 actes réalisés sur les deux ans.



Cette disposition s'appliquera aux masseurs-kinésithérapeute démarrant à compter de l'année 2023 leur formation conduisant au diplôme de masseur-kinésithérapeute.

AVENANT 7 À LA CONVENTION – RENFORCEMENT DE LA RÉGULATION DU CONVENTIONNEMENT POUR UNE MEILLEURE RÉPARTITION TERRITORIALE

Obligation de désignation d'un successeur dans les zones non prioritaires

- En cas de départ, place vacante attribuée au successeur désigné par le masseur-kinésithérapeute cessant son activité (attestation de succession à produire lors de la demande de conventionnement)
- Le masseur-kinésithérapeute dispose de 2 ans pour désigner un successeur. Passé ce délai, la reprise de la patientèle n'est plus justifiée dans la mesure où cette dernière a été reprise par les autres cabinets du secteur.
- Le repreneur doit initier ses formalités d'installation dans les 6 mois suivant la notification de la décision de conventionnement en zone surdotée pour éviter le blocage artificiel de places sur la zone

AVENANT 7 À LA CONVENTION – FAVORISER L'INTERVENTION DES MK AU DOMICILE

1 Lever l'obligation de l'indication du domicile sur l'ordonnance pour réaliser des soins au domicile



Entrée en vigueur : 22 août 2023

2 Permettre la facturation d'IK montagne si le domicile du patient ou le cabinet du PS se situe en zone montagne (au sens de la loi Montagne)



Entrée en vigueur : 22 février 2024

A compter du 1^{er} juillet 2025, il n'existera plus que 2 indemnités (sans compter l'indemnité kilométrique)

- L'indemnité forfaitaire de déplacement IFD 2 50
- L'indemnité forfaitaire spécifique IFS 4

Elle concernera tous les actes qui aujourd'hui peuvent être cotés avec IFO, IFR, IFN, IFP et IFS

A cela s'ajouteront les actes de l'article 9 concernant les personnes âgées



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

AVENANT 7 À LA CONVENTION – TÉLÉSOIN ET TÉLÉEXPERTISE



Télésoin

Possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de réaliser des actes en télésoins avec le code TMK

- L'ensemble des patients est éligible;
- Tous les actes peuvent être réalisés en télésoin sauf ceux nécessitant un contact en présentiel ou un équipement spécifique;
- Principe de connaissance préalable du patient;
- Principe d'impossibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes d'exercer une activité exclusive à distance;
- Principe de territorialité de la réponse à la demande de soins;
- Le télésoin est obligatoirement réalisé en vidéo transmission.



Entrée en vigueur à compter de janvier 2024

Téléexpertise

Possibilité pour les masseurs-kinésithérapeutes de requérir une téléexpertise auprès d'un professionnel médical

- L'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de **10€** par téléexpertise dans la limite de 2 actes par an, par masseur-kinésithérapeute, pour un même patient.
- L'acte de demande de téléexpertise sera facturé avec la lettre-clé traçante **RQD**.



Entrée en vigueur à compter du 22 février 2024

AVENANT 7 À LA CONVENTION – AIDE À L'ÉQUIPEMENT



Le MK impliqué dans le déploiement de l'activité de télésanté pourra dans le cadre du FAMI bénéficier d'une aide forfaitaire à l'équipement selon les modalités suivantes :

- 1 350 euros pour l'équipement de vidéotransmission y compris pour les abonnements aux différentes solutions techniques proposés en matière de recours aux actes de télésanté
- 2 175 euros pour l'équipement en appareils médicaux connectés dont la liste sera établie sur avis de la commission paritaire nationale et actualisée chaque année.



Entrée en vigueur : 1^{er} paiement en 2025 au titre de 2024

CONDITIONS D'ACCÈS DIRECT- PRÉCISIONS

Le principe:

- Le masseur-kinésithérapeute peut réaliser ses actes en accès direct, sans prescription médicale préalable, s'il exerce dans les structures de soins et d'exercice coordonné suivantes :
 - dans les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés;
 - dans les établissements et les services sociaux et médico-sociaux ;
 - dans le cadre des structures d'exercice coordonné suivantes : équipes de soins primaires/équipes de soins spécialisés, centres de santé et maisons de santé.

MK en MSP :

Le MK doit être signataire du projet de santé de la MSP.

Si le MK n'exerce pas au sein des locaux de la MSP, on parle alors de MSP multi-site, cette spécificité doit apparaître au sein du projet de santé avec un courrier d'information à l'ARS et à la CPAM en cas d'évolution.

Patients concernés : tout patient pourra consulter directement un MK a partir du moment où celui ci travaille en collaboration avec un médecin, dans le cadre d'une structure d'exercice coordonné. Cela garantit une prise en charge de qualité.

EVOLUTION MON SOUTIEN PSY

Les patients de plus de 3 ans (enfants, adolescents et adultes) en souffrance psychique d'intensité légère à modérée peuvent bénéficier, dans le cadre du dispositif Mon soutien psy, de séances avec un psychologue conventionné, remboursées par l'Assurance Maladie. Les sages-femmes ont la possibilité d'orienter leurs patientes vers ce dispositif.

Depuis le 15 juin 2024, toujours dans une volonté d'élargir l'accès aux soins pour toutes et tous, il est désormais possible de prendre rendez-vous directement avec un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie en consultant [cet annuaire](#).

Dans les deux cas, la prise en charge est remboursée à 100 %

Passage de 8 à 12 séances

<https://www.ameli.fr/territoire-de-belfort/psychologue/actualites/le-dispositif-mon-soutien-psy-assoupli-et-revalorise-depuis-le-15-juin-2024>

Sur notre département, 3 psychologues sont conventionnés avec la CPAM pour 4 sites différents (Belfort/ Essert/ Grandvillars et Etueffont)

LE TRANSPORT PARTAGÉ DEVIENT « LA NORME »

Le transport partagé en VSL ou en taxi va devenir la norme. Il s'agit de proposer systématiquement ce mode de transport lorsque la situation médicale du patient le permet et qu'un certain nombre de critères est respecté.

Les sociétés de transports sanitaires ont signé le 11 juillet 2024 une charte d'engagement avec les 3 CPAM du NFC afin d'acter leur engagement à développer ce mode de transport.

Une campagne nationale de communication sera réalisée à compter de la rentrée 2024.

Les prescripteurs feront l'objet d'un accompagnement dédié sur le second trimestre 2024 qu'ils exercent en ville ou en établissement sanitaire.

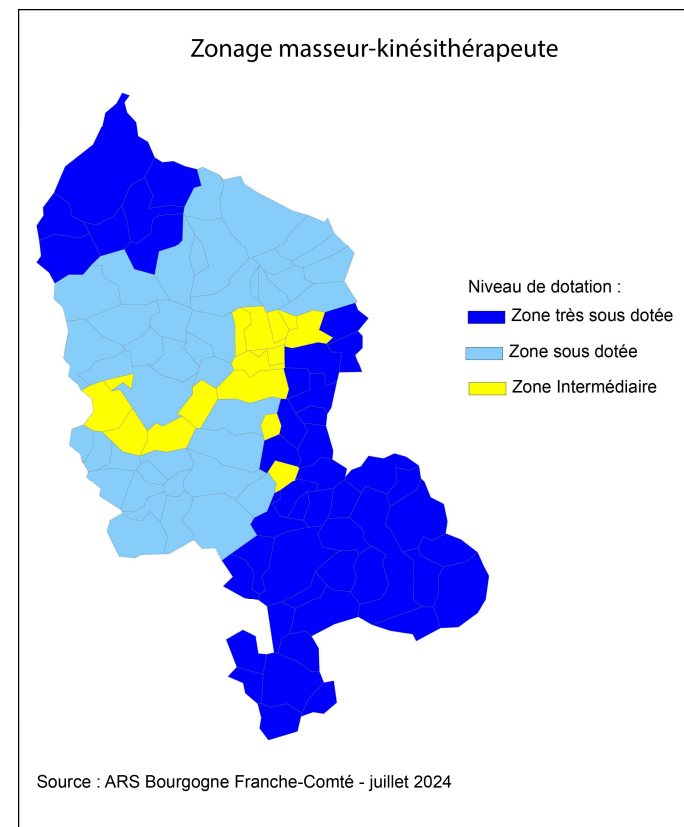
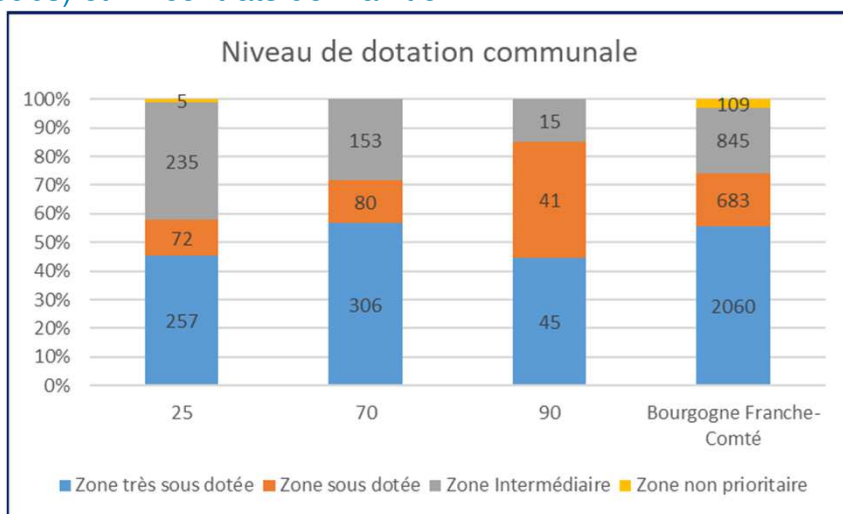
03

ACTUALITÉS LOCALES ET RÉGIONALES

CONTRATS DÉMOGRAPHIQUES ET ZONAGE

Evolution du zonage ARS en juillet 2024 :

- 86 communes sont considérées comme très ou sous-dotées. Les masseurs-kiné exerçant dans ces communes sont éligibles à la signature de contrats démographiques.
- 24 contrats démographiques sont en cours : 7 contrats d'installation, 3 de création de cabinet (dont un transfert d'un contrat d'installation d'un MK exerçant dans le Doubs) et 14 contrats de maintien.



VERSEMENTS FAMI: POINT

FAMI 2023 :

- Parmi les 85 MK en activité et ayant débuté leur activité avant 2024, 75 ont bénéficié du FAMI (soit 88%) au titre de 2023 (dont 14 ont perçu la majoration de 100€ pour l'exercice coordonnée).

- Les motifs de non-atteinte des objectifs sont :
 - Taux de télétransmission non atteint : 2
 - Logiciel non-conforme : 4
 - Non transmission des PJ : 4

PROPOSITION DE PROTOCOLE INDEMNITÉ KILOMÉTRIQUE

Une proposition de protocole indemnité kilométrique vous a été adressé par mail en date du 31 juillet 2024.

Cette proposition, basée sur le protocole mis en place au niveau des infirmiers libéraux, est de nature à définir de manière conjointe les modalités de facturation de ces indemnités et permettre la mise en place d'une dérogation « encadrée » à la règle du PS le plus proche dans des cas limitativement définis.

Il est à noter qu'une démarche similaire se met progressivement en place au sein des organismes de notre région.

⇒ Avez-vous pu prendre connaissance de cette proposition?

⇒ Quelle suite souhaitez vous réserver à cette proposition- groupe de travail (distanciel ou non) à mettre en place

⇒ Rappel du bilan réalisé à l'occasion de la dernière commission (sur la période 01/07/2023- 31/12/2023 (fin de la mesure dérogatoire sur la règle du PS le plus proche le 5/05/2023)

⇒ Non respect de la règle du PS le plus proche à hauteur de 3 229€ facturés à tort (73% du total des IK facturées)

⇒ Soit un kiné exerce dans la même commune que l'assuré soit un autre kiné exerce déjà dans la commune de l'assuré

⇒ Pour le reste, pas d'anomalie constatée sur la période observée.

DISPOSITIF PRADO: POINT DE SITUATION

D'une manière générale, on note une nette amélioration au niveau des facilités de contacts avec très peu de refus de la part des MK du 90 avec toutefois toujours des difficultés pour la prise en charge à domicile et sur certains secteurs (Grandvillars/ Delle notamment)

Par typologie de PRADO:

- Chirurgie: quelques demandes non honorées au niveau soins MK sur certains secteurs du Doubs=> 90 non concerné
- BPCO: la prise en charge à domicile est un peu plus compliquée. Il est parfois possible que le patient puisse se déplacer au cabinet. Peu de MK se déplacent au domicile. Il s'agit de la principale difficulté rencontrée pour la bonne prise en charge patient.
- AVC: les soins de kiné ne sont pas systématiquement nécessaires. Les prescriptions de soins sont le plus souvent à réaliser au cabinet ce qui n'engendre pas de difficulté particulière.

Le dispositif PRADO Insuffisance Cardiaque va démarrer d'ici la fin de l'année.

Proposition de relancer une sollicitation des kiné pour obtenir le mode de contact privilégié=> quel serait selon vous le meilleur canal pour obtenir un taux de réponse le plus large possible

FONDS TERRITORIAL ACCESSIBILITÉ (FTA)- ÉLIGIBILITÉ DES CABINETS PARAMÉDICAUX

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances rend obligatoire la mise en accessibilité des établissements recevant du public (ERP).

La Conférence nationale du handicap du 26 avril 2023 a décidé la création du **fonds territorial d'accessibilité (FTA)** dont l'un des objectifs est d'accompagner financièrement les ERP de catégorie 5 dans la réalisation de leurs travaux de mise en accessibilité. **Doté de 300 millions d'euros pour une période de cinq ans (du 2 novembre 2023 au 31 décembre 2028)**, le FTA a pour objectif d'accélérer la mise en accessibilité des établissements recevant du public de catégorie 5, grâce à une subvention pouvant aller jusqu'à 50% du coût des travaux et équipements de mise en accessibilité (avec un plafond de 20 000 € par ERP).

Trois textes réglementaires ont été publiés ces derniers mois concernant ce fonds :

Le décret du 27 octobre 2023 instituant le FTA et désignant les types d'ERP éligibles, et **son décret modificatif du 14 février 2024** [qui rend éligibles les cabinets médicaux et paramédicaux \(type U\)](#). Il est consultable [dans sa version modifiée ici](#).

L'arrêté du 31 octobre 2023 qui liste les équipements et travaux éligibles au FTA – 50% maximum des frais subventionnés (plafond: 500€ pour ingénierie – 20 000€ pour les dépenses de travaux)- accessible jusqu'au 31/12/2028

Plus d'informations sont disponibles sur les portails de :

la Direction générale des Entreprises : <https://www.entreprises.gouv.fr/fr/aap/fonds-territorial-accessibilite>

l'Agence de services et de paiement : <https://www.asp-public.fr/aides/fonds-territorial-accessibilite>

POINT ACCOMPAGNEMENT

Campagnes d'accompagnement:

Une nouvelle campagne lombalgie va être portée en 2024 et 2025 en multi cibles:

- auprès des médecins généralistes rappelant la nécessité de renforcer le lien avec le MK
- auprès de votre profession (en lien avec les mesures de l'avenant 7, la lombalgie et sa prise en charge, le renouvellement des prescriptions)
- Courrier de sensibilisation sur la facturation AMS 7,5 et 9,5 pour les kiné au deçà de la médiane nationale à savoir 38%- 8 courriers ont été adressés au sein de notre département.
- Accompagnement AMS en visio ou par téléphone auprès des kinés identifiés

NUMÉRIQUE EN SANTÉ

- ✓ Taux de télétransmission en juin 2024: 99,87% (99,71% dernière période) (+0,06%) soit 81,29% (82,42%) de FSE et 18,58% (17,29%) de B2 dégradé
- ✓ SCOR: 100 % des kinés utilisent SCOR
- ✓ ADRI utilisation: 100 % des kinés équipés et 87,36% (85,23) (+2,13%) d'utilisateurs
- ✓ MSSANTE 100% sont équipés
- ✓ DMP: aucun utilisateur

Avec l'avenant 7, nécessité d'alimenter le DMP de votre patient selon sa prise en charge



Qualité facturation (janv.- avril 24):



Taux de rejet moyen 1,18%
(variable entre 1,02% et 1,59%)
Sur un total de
34 298 factures
Top 5 des anomalies

Facturation tiers payant complémentaire incompatible avec le type de contrat - 67 factures soit 0,20% (33 factures soit 0,20%)
Les factures sont recyclées avec paiement de la part complémentaire dans le cas de factures sécurisées sans indicateur de forçage.

.Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé – 36 factures soit 0,10% (21 factures soit 0,13%)
Il s'agit d'erreur de saisie des prescripteurs, en cas de présence de la prescription médicale via SCOR au moment du traitement des factures. Ces dernières sont recyclées (si factures sécurisées) et une information sur le numéro de prescripteur à utiliser est envoyée via le courrier COMPAGNON

Modération du ticket modérateur non trouvée en base – 26 factures soit 0,08 % (21 factures soit 0,13%)
Les factures sont recyclées avec règlement du régime local pour les factures sécurisées sans indicateur de forçage

Modulation du ticket modérateur transmise absente ou différente du référentiel – 20 factures soit 0,06% (9 factures soit 0,06%)
Le système a trouvé une modulation du ticket modérateur dans les bases Assuré pour ce bénéficiaire qui n'a pas été transmise par le tiers ou qui n'est pas compatible avec le code justificatif d'exonération transmis par le tiers.

Points divers

- Rappel sur le circuit de questionnement au service médical

LA PROCHAINE COMMISSION SE TIENDRA *LE 6 FÉVRIER 2025*

**À 9H POUR LA SECTION SOCIALE ET 9H30 POUR LA SECTION
PROFESSIONNELLE**