

ENTENTE

préalable

**Numéro 56
Janvier 2006**

Sommaire

- *Affections de Longue Durée*
- *Réforme de l'Assurance Maladie:
les mesures au 1^{er} janvier 2006*
- *Conseil avec les Professionnels
de santé du 14/12/2005*
- *Point Vitale*
- *Guide pratique*
 - Prescriptions d'arrêt de travail
maladie
 - CMU complémentaire
 - Médicaments, prescriptions pour
les séjours à l'étranger
- *Bon à savoir*
 - Rougeole, déclaration obligatoire
 - Médicaments et personnes
âgées
 - Site internet de la CPAM

Caisse Primaire d'Assurance Maladie
3, Avenue Léon Blum
25215 MONTBELIARD CEDEX
Directeur de la Publication :
Gérard COLÉ
Chargée de Communication :
Jacqueline CHENUT
Tél. 03 81 99 12 22
communication@cpam-montbeliard.cnamts.fr
Impression : CPAM - Montbéliard
ISSN n° 1258-4789
Dépot légal : février 2006



Au premier rang (de gauche à droite) : Dr GUILLEMOT (Généraliste) - M. POURTIER (Pharmacien) - Dr Grieneisen (Chirurgien Dentiste)
Debout en arrière plan (de gauche à droite) : M TCHORYK (Responsable RPS-GDR) - J CHENUT (Responsable Communication) - S GREMAUX (Directrice Adjointe) - Dr WIDMER (Médecin Conseil Chef) - Dr PETITE (Généraliste)

*Vous souhaitons
au Dr Jean-Paul Widmer,
Médecin Conseil Chef de service,
une très longue et très agréable retraite.*

Affections de Longue Durée

Un nouveau protocole de soins

Sept millions de personnes atteintes d'une affection de longue durée (ALD) sont actuellement prises en charge à 100%. Ce nombre ne cesse de croître (900 000 nouveaux cas chaque année, +46% de 1990 à 2002). La maîtrise des dépenses liées aux ALD, enjeu majeur pour l'assurance Maladie, passe par une meilleure information des médecins et des patients .

Le nouveau formulaire de prise en charge – protocole de soins - plus précis et plus complet permet d'allier coordination des soins et maîtrise des coûts.

CE QUI CHANGE AVEC LE NOUVEAU PROTOCOLE DE SOINS :

Le protocole est établi par le **Médecin Traitant en concertation** avec les médecins qui interviennent dans le suivi du patient. Il comporte la **liste précise des soins et traitements** pris en charge à 100%.

Après accord du Médecin Conseil, le médecin traitant remet le **volet 3 au patient qui doit le signer et devra le présenter à**

tous les médecins qui interviennent dans la prise en charge de son ALD.

□ Le patient a une connaissance précise des soins et traitements pris en charge à 100%, il bénéficie d'un suivi médical personnalisé et peut accéder directement aux spécialistes mentionnés sans passer par son médecin traitant.

□ Pour le médecin, le respect de la réglementation est facilité : facturation des actes en rapport ou non avec l'ALD et utilisation à bon escient de l'ordonnancier bi zone.

Dans un premier temps, ce nouveau protocole concerne uniquement les nouveaux entrants dans le processus ALD.

The image shows a document titled "protocole de soins" (care protocol) for Affections de Longue Durée (ALD). It is a form used by healthcare providers to document the care plan for patients with chronic conditions. The form includes sections for patient information, medical history, and a list of specialists. A red box highlights a section with the text "Ce qui est coché n'est pas à 100%", indicating that some items are not fully covered. The form also includes a warning: "VOUS NE DEVEZ PAS PRÉSENTER CE DOCUMENT À TOUT MÉDECIN CONSULTÉ" (Do not present this document to every doctor you consult).

Les personnes qui se trouvent déjà en ALD seront progressivement intégrées au dispositif au fur et à mesure des renouvellements, d'une modification de leur traitement ou de la parution des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

Des supports d'information pour accompagner le nouveau dispositif :

Pour les médecins : des fiches d'aide à l'utilisation de l'ordonnancier bi zone pour la prescription de médicaments concernant les pathologies les plus courantes (diabète, insuffisance respiratoire, HTA, maladie coronaire...).

Pour les patients : un guide pratique "La prise en charge de votre affection de longue durée" envoyé par la caisse avec chaque notification d'attribution d'une ALD.

Le rôle de la Haute Autorité de Santé en concertation avec les Professionnels de Santé :

- ◆ Émet un avis sur la liste des ALD, formule des recommandations sur les critères médicaux d'admission,
- ◆ Définit, pour chaque pathologie, le parcours de soins souhaitable ou **référentiel ALD** qui permet d'enrichir le volet 3 du protocole. La mise à jour des référentiels ALD est en cours : diabète, HTA, hépatite C (fin 2005), insuffisance respiratoire et artériopathie oblitérante des membres inférieurs (début 2006). Les prochains référentiels seront publiés au rythme de 10 à 12 par an.

Les textes :

- ◆ **La loi de réforme** de l'Assurance Maladie de 2004 : elle rappelle que, même en ALD, un assuré n'est pas pris en charge à 100% pour toutes ses dépenses de santé.
- ◆ **La convention médicale** de janvier 2005 : les médecins se sont engagés sur une économie de 455 millions d'euros grâce à un meilleur respect de la réglementation en matière d'ordonnance bi zone. ■

Les ALD dans la circonscription

24 095 personnes sont prises en charge au titre d'une ALD soit 13,23 % de la population.

Réforme de l'Assurance Maladie : les mesures au 1^{er} janvier 2006

Deux décrets parus au Journal Officiel du 4 novembre 2005 rendent applicables les mesures prévues par la réforme en matière de parcours de soins.



Les cas d'exonération

- **Les personnes ou les actes non concernées par le dispositif parcours de soins :**
 - moins de 16 ans, urgence, bénéficiaires de l'Aide Médicale État, soins palliatifs, actes de prévention (mammographies par exemple), IVG médicamenteuse, actes en P, ...)
 - Les actes en rapport avec un AT ou une Maladie Professionnelle
 - Les traitements concernant la tabacologie, l'alcoologie, la toxicomanie.
 - Les actes en maternité.
- **Les situations assimilées au parcours de soins :**
 - Hors domicile, médecin remplacé, accès spécifique.
 - Les personnes en ALD pour les soins inscrits au protocole et si un médecin traitant est désigné.
 - Les actes des généralistes installés depuis moins de 5 ans ou en zone déficitaire, si un médecin traitant a été désigné.

La majoration de la participation de l'assuré hors parcours de soins

Lorsque l'assuré n'a pas désigné de médecin traitant ou ne respecte pas le parcours de soins coordonnés, sa participation est majorée de 10% par acte dans la limite de 2.50•.

Exemple :

CS = 23•

Remboursement = 16.10 (23 x 70%) - 2.30 = 13.80• - 1• = 12.80•

A noter : Les organismes complémentaires ne prendront pas en charge cette augmentation du Ticket Modérateur (contrats responsables).

Important : Dans l'attente de l'adaptation des logiciels vous ne pouvez pas faire de FSE en tiers payant pour un acte hors parcours de soins et vous devez réclamer les 10% à l'assuré. ■

Conseil avec les Professionnels de Santé

du 14 décembre 2005

La rencontre annuelle entre les membres du Conseil de la CPAM et les représentants des professionnels de santé s'est tenue le 14 décembre 2005.

A cette occasion, chaque profession peut s'exprimer sur la qualité des relations avec la Caisse, évoquer les difficultés rencontrées au cours de l'année et faire part de ses attentes ou interrogations.



Voici l'essentiel des points abordés en séance suite aux interventions des participants ou en réponse aux questions ou observations reçues par courrier .

Chirurgiens Dentistes

La télétransmission fonctionne très bien et les rares difficultés sont résolues ponctuellement avec les services de la CPAM. La profession est en attente des négociations conventionnelles qui devraient aboutir à des revalorisations d'honoraires.

Au sujet des problèmes rencontrés avec le chirurgien dentiste conseil :

Le médecin conseil chef de service demande que ceux ci soient évoqués hors conseil et traités rapidement afin de ne pas laisser se dégrader les rapports entre la profession et le chirurgien dentiste conseil.

Pharmaciens

L'expérimentation de l'application " Faciflux " qui permet de réduire les délais de recyclage des rejets 1/3 payant donne toute satisfaction (indication claire du motif du rejet et de la solution pour l'exploiter).

Les pharmaciens rencontrent des problèmes pour la facturation de certains accessoires dont la codification n'est pas prévue à la LPP

(Liste des Produits et Prestations remboursables – ex TIPS)

La LPP est un produit national, la CPAM propose néanmoins de mettre en œuvre des solutions locales lorsque celles ci seront possibles techniquement.

Le 1^{er} semestre 2006 suscite beaucoup d'inquiétude en ce qui concerne le déremboursement de certains médicaments et le changement de vignette (orange) pour ceux qui seront remboursés à 15% (veinotoniques notamment).

Le développement des génériques qui permet des économies importantes sur des molécules anciennes nécessite la contribution de tous : médecins, pharmaciens, assurés, CPAM.

La concertation médecins / pharmaciens va être initiée au plan national et sera relayée au niveau local si nécessaire.

La CPAM mène régulièrement des campagnes de communication sur les médicaments et les génériques en particulier avec ses moyens habituels (journal des assurés, articles de presse, radio, affiches , plaquettes, ...). Ces actions, recon-

duites en 2006, seront renforcées au cour du 1^{er} semestre.

Le taux de génériques a progressé dans la circonscription , la CPAM a résorbé son retard par rapport au niveau national. Ce résultat montre l'investissement de tous mais reste à consolider.

L'action particulière menée dans la circonscription qui consiste, d'après une suggestion des pharmaciens, à offrir aux médecins des tampons " génériques souhaités " a montré des résultats positifs (près de 48% des médecins ont demandé un tampon et l'utilisent) . Cette expérience, jugée intéressante par l'URCAM est en passe d'être régionalisée.

Un membre du conseil s'interroge sur " la tolérance dans la précision du dosage " d'un générique par rapport au princeps.

Le représentant des pharmaciens précise que la tolérance dans la précision du dosage est la même. De plus, un générique a le même excipient et une disponibilité dans l'organisme strictement identiques. Seules la boîte et la couleur du médicament peuvent différer ce qui peut éventuellement pertur-

ber les patients (personnes âgées notamment).

Masseurs kinésithérapeutes

La montée en charge de la télétransmission est très satisfaisante, seul 1 masseur n'a pas démarré en FSE.

La profession regrette cependant que l'aide pérenne n'ait pas été revalorisée

Le montant de cette aide est fixé au niveau national.

Les patients ne présentent pas systématiquement leur carte Vitale à la fin des séances.

Sur proposition des chirurgiens dentistes qui rencontrent le même problème, la CPAM a réalisé et diffusé des affiches auxiliaires médicaux pour sensibiliser les assurés. De plus la communication sur la bonne utilisation de la carte Vitale est régulière.

Le manque d'effectifs génère des refus de soins à domicile, par ailleurs, l'indemnité de déplacement n'a pas été revalorisée depuis une dizaine d'années

Le problème de l'offre de soins en matière de kinésithérapie dans le Doubs et plus particulièrement dans certains secteurs de la circonscription de Montbéliard est bien connu. Le déficit est plutôt lié à une mauvaise répartition sur le territoire national qu'à un réel manque d'effectifs. Un observatoire régional de l'offre de soins (mission régionale de santé et Urcam) est chargé de proposer des solutions incitatives à l'installation.

Quant aux revalorisations tarifaires, elles relèvent de négociations au niveau national dans le cadre du dispositif conventionnel.

Orthophonistes

En cas d'envoi de «feuilles papier» non sécurisées en tiers payant ou ALD, il serait souhaitable de recevoir un relevé de remboursement nominatif détaillé pour pouvoir identifier sans problème l'origine des remboursements et les dates des soins (les relevés bancaires fournissent une synthèse sans détail et sans le nom du patient)

Il n'est pas possible de communiquer les coordonnées de l'assuré (notamment le n° d'immatriculation) à l'occasion de virements bancaires en raison d'une interdiction de la CNIL.

Actuellement, les bordereaux tiers payant sont adressés aux professionnels de santé sous forme papier 2 fois par mois. Le retour NOEMIE représente la seule possibilité d'obtenir une information plus rapide.

Toutefois, un projet national permettra, dans le courant de l'année 2006, de proposer aux professionnels de santé l'accès quotidien aux bordereaux de tiers payant dématérialisés. Une information sera réalisée dès que cette possibilité sera mise en oeuvre.

Peut-on faire des tiers payant sans autorisation préalable et de manière systématique ?

Les conditions d'application du tiers payant sont intégrées dans les conventions nationales et peuvent, par conséquent, être différentes d'une profession à l'autre. En ce qui concerne les orthophonistes, la convention prévoit que le tiers payant peut être appliqué en cas d'exonération du ticket modérateur ou lorsque la situation sociale particulière de l'assuré, appréciée par l'orthophoniste, le justifie.

Dans tous les cas, le tiers payant

constitue une possibilité et non une obligation.

Son intérêt consiste à éviter que l'avance des frais puisse faire obstacle à la délivrance des soins.

Une réunion d'information entre orthophonistes/service médical/Caisse Primaire est souhaitée sur plusieurs thèmes : Contrats de Bonne Pratique, contrôle, formation conventionnelle, Accords de Bon Usage des Soins : La Caisse, comme le service médical, sont à disposition des orthophonistes pour une rencontre en 2006. Cette proposition est également valable pour les autres catégories de professionnels de santé qui le souhaiteraient.

Centres de soins infirmiers

Certains d'entre eux ne respectent pas l'accord national qui prévoit qu'ils transmettent, chaque année, leur rapport d'activité à la CPAM

La caisse de Montbéliard, chargée du secrétariat de la Commission Paritaire Régionale des centres de santé rencontre beaucoup de difficultés pour rédiger la synthèse des rapports d'activité qu'elle est tenue de fournir chaque année.

Questions diverses

Mise à jour de la carte Vitale dans les pharmacies : des actions de communication sont elles prévues ?

La CPAM a déjà informé les assurés de la possibilité de mettre à jour leur carte dans la plupart des pharmacies, dans tous les points d'accueil de la caisse ou par courrier car les bornes Vitale réparties dans la circonscription (mairies...) ne fonctionneront plus à partir du 1^{er} janvier 2006.

Par contre, le taux de pharmacies équipées d'outils de mise à jour reste faible dans la circonscription (67%) par rapport aux départements limitrophes notamment le Territoire de Belfort.

L'assuré qui change de caisse (hors région Bourgogne F Comté) est pénalisé car il doit rendre sa carte Vitale et ne peut bénéficier du 1/3 payant pendant le délai de renouvellement (environ 1 mois).

Une nouvelle procédure nationale permet de mettre la carte à jour auprès de la nouvelle caisse sans avoir à la changer.

Remboursement des frais de transport : de nombreux dossiers sont soumis à la Commission de Recours Amiable en raison de la limitation du remboursement sur la base du praticien le plus proche. Les professionnels de santé pourraient ils rappeler cette règle à leurs patients ?

Les professionnels de santé ne disposent pas d'éléments suffisants (droits et mode de transports de leurs patients notamment) pour donner cette information. Par ailleurs, l'assuré a toujours le libre choix du praticien.

Des actions de communication seront mises en place en 2006 par le biais du journal des assurés.

Les professionnels de santé présents et ceux qui se sont exprimés par courrier ont tenu à souligner une fois de plus la qualité des relations avec les services de la CPAM et plus particulièrement avec les déléguées de l'Assurance Maladie. ■

Point Vitale



Délais de remboursement des FSE aux professionnels de santé en Décembre 2005

Le délai moyen de remboursement des FSE était de **5,5 jours** (dont 2.8 jours de traitement par la Caisse et **2,7** de délai de rétention par les PS).

Le délai de rétention s'est bien amélioré mais certains professionnels de santé persistent à ne pas faire de transmission quotidienne.

Version 1.40, cette version permet aux chirurgiens dentistes de télétransmettre les actes liés au BBD (Bilan Bucco Dentaire). ■

Situation à Montbéliard au 30/01/2006

Orthoptiste
1/1 (100%)
Pharmaciens
67/68 (98,53 %)
Masseurs-kinésithérapeutes
54/56 (96,43%)
Orthophonistes
14/15 (93,33%)
Chirurgiens dentistes
70/79 (88,61 %)
Médecins
238/279 (85,30%)
157/159 Gé. (98,74%)
81/120 Spé. (67,50%)
Sages femmes
4/6 (66,66%)
Infirmières
42/83 (50,60%)
Laboratoires
1/6 (16,66%)
Centres de santé:
Cabinets Dentaires
2/2 (100%)
Centres de soins infirmiers
7/12 (58,33%)

Prescriptions d'arrêt de travail maladie



LES RÈGLES À RETENIR

Prescription initiale :

- ❖ Indiquer la pathologie ayant motivé l'arrêt : cette information doit obligatoirement figurer sur le volet 1 destiné au Médecin Conseil,
- ❖ Si l'arrêt est en rapport avec une ALD ou un état pathologique résultant de la grossesse: cocher la case correspondante,
- ❖ Préciser les heures de sortie autorisées (dans l'attente du nouvel imprimé, le formulaire actuel doit être rectifié) :
 - au maximum 3 heures consécutives par jour,
 - un aménagement peut excep-

tionnellement être accordé sur justification médicale circonstanciée,

- la mention «sorties libres» ne doit plus être utilisée.

Prolongation :

Les indemnités journalières sont versées sous réserve de prescription par :

- le médecin prescripteur de l'arrêt initial ou son remplaçant,
- le médecin traitant ou son remplaçant,
- le spécialiste consulté à la demande du médecin traitant,
- le médecin hospitalier.

Lorsque la prolongation est établie par un autre médecin, il doit en indiquer le motif sur le volet 1. A défaut, l'indemnisation peut être refusée à l'assuré.

Arrêt initial ou prolongation :

Ne pas oublier de remettre à l'assuré l'enveloppe bleue en même temps que la prescription. L'assuré doit envoyer les volets 1 et 2 dans les 48 heures, sous enveloppe, au Médecin Conseil. Des pénalités financières sont applicables en cas de non respect de ce délai. ■



CMU Complémentaire

Les bénéficiaires de la CMU Complémentaire doivent pouvoir accéder aux soins dans les mêmes conditions que les autres assurés.

Des tarifs spécifiques, sans dépassements d'honoraires, leurs sont applicables.

ATTENTION :

- Le comportement des professionnels de santé qui refusent de délivrer des soins ou des produits de santé est assimilé à un refus de vente prohibé par le code de la consommation qui prévoit des contraventions de 5^{ème} classe prescrites dans un délai d'un an.
- Le non respect des limites tarifaires ou de l'interdiction de dépassement est contraire aux

dispositions du code de la sécurité sociale qui fixe les limites de prix et d'honoraires applicables aux bénéficiaires de la CMU complémentaire.

Les assurés sont invités à déclarer ces situations à la caisse. Lorsque le signalement concerne un refus de prise en charge de soins, il est transmis au service du contrôle médical qui se charge

de rappeler aux professionnels de santé les règles applicables et les sanctions encourues. En cas de plaintes répétées, le Conseil Départemental de l'Ordre est saisi.

Rappel : le tiers payant est une obligation pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. ■

Guide Pratique

Médicaments

Prescriptions pour les séjours à l'étranger

Dans la mesure où le patient n'est pas malade au moment de la consultation, les médicaments prescrits à titre préventif en vue de vacances à l'étranger ne sont pas remboursés par l'Assurance Maladie.

La mention NR doit figurer sur l'ordonnance.

Pour en savoir plus sur les pathologies, les vaccinations liées aux différents pays :

www.travhealth.fr ■



Bon à savoir

Rougeole : déclaration obligatoire



L'INVS (Institut National de Veille Sanitaire), dans un des derniers Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire (BEH) revient sur les mesures en faveur de l'élimination de la rougeole en France.

Depuis le 24 juin 2005, la rougeole est à nouveau une maladie à déclaration obligatoire dans notre pays.

Cette décision constitue un des volets essentiels du plan d'élimination de la rougeole et de la rubéole congénitale en France à l'horizon 2010.

Les campagnes d'incitation à la vaccination Rougeole, Oreillons, Rubéole dès l'âge d'un an lancées régulièrement par l'Assurance Maladie viennent renforcer ce dispositif. ■

BEH 41-42 2005

www.invs.sante.fr

Médicaments et personnes âgées

Dans le cadre de la promotion du bon usage des médicaments l'AFSSAPS publie sur son site web une mise au point à l'intention des professionnels de santé destinée à prévenir les risques d'effets indésirables des médicaments chez les personnes âgées. Les classes thérapeutiques les

plus à risque font l'objet de recommandations spécifiques: médicaments du système cardio-vasculaire, anti coagulants, anti psychotiques, anti inflammatoires stéroïdiens, anti diabétiques, statines... ■

www.afssaps.sante.fr



Le site Internet de la CPAM

www.montbeliard.ameli.fr

Est ouvert depuis le 07 novembre 2005. Il est destiné aux Assurés, Professionnels de santé, Employeurs.

Les informations publiées sont exclusivement locales. Si nécessaire, des liens sont prévus vers le site national.

Dans un premier temps, vous y trouverez les numéros 2005 d'Entente Préalable et vos contacts : Déléguées de l'Assurance Maladie, principaux services de la CPAM, Service Médical... ■