

ENTENTE

préalable

Numéro 57
Mars 2006

Sommaire

- Soins palliatifs : donner vie à la fin de vie
- Maîtrise médicalisée : prescriptions hospitalières
- Lits médicaux : location ou achat
- Médicaments à vignette orange
- Point Vitale
- Guide Pratique :
 - Frais de transport et entente préalable
 - Facturation des soins en rapport avec un accident du travail
 - Médecin traitant
- Bon à savoir :
 - Université francophone en santé publique
 - Formation Professionnelle conventionnelle
 - Clic@ld un service proposé par les URCAM

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 : avril 2006

Soins palliatifs : donner vie à la fin de vie



Paradoxalement, alors que 70% des personnes souhaitent finir leur vie à domicile, elles sont 70% à mourir à l'hôpital. C'est à partir de ce constat que des médecins libéraux franc-comtois ont lancé, l'Association RÉgionale pour les Soins PALLiatifs - ARESPA - soutenue par le Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville et obtenant aujourd'hui l'appui de l'ARH et de l'URCAM (Dotation régionale de développement des réseaux).

Leur objectif est de développer les liens entre l'hôpital et les soins de ville pour permettre à des patients de rester chez eux pour leur fin de vie.

Après le Jura nord et le haut Doubs (secteurs d'expérimentation) où plus de 200 patients ont été pris en charge, l'association s'installe dans le nord Franche-Comté (Belfort / Montbéliard).

La coordination d'appui au cœur de l'activité de l'ARESPA (Acompagnement Réactivité Engagement Soutien Partenariat Aide)

Des coordinatrices dites «d'appui» assurent sur le terrain l'ensemble des services de l'Arespa en liaison permanente avec les acteurs concernés : médecins, infirmières, kinésithérapeutes,

pharmaciens, structures de soins et d'aide à domicile.

Elles ont pour mission de faciliter le travail de l'ensemble de la chaîne constituée autour du patient, elles sont un gain de temps précieux et efficace pour les professionnels de santé, un soutien indispensable pour les familles qui disposent d'une interlocutrice qualifiée et disponible.



La coordinatrice pour le nord Franche-Comté est :

Mme Christine LORDIER
vous pouvez la joindre au :
0 810 400 455

Une réponse aux besoins de formation en soins palliatifs

L'ARESPA organise des réunions d'information et des formations auprès des professionnels de santé :

- réunions de sensibilisation auprès des professionnels de santé d'un même secteur géographique,
- sessions de formation par profession ou pluridisciplinaire,
- formation - action au chevet du malade
- groupes de parole.

DES SERVICES CONCRETS POUR LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

- **Une ligne téléphonique directe** pour répondre à vos demandes :

0810 400 455 (n° azur / coût d'un appel local)

- **Une coordinatrice**, à votre service, sur le terrain travaillant en collaboration avec le Dr Jacques BACH, médecin coordinateur.

- **Une étude de faisabilité** : recueil des données médicales, sociales, psychologiques et matérielles en institution ; contacts avec la famille et les professionnels ; visites à domicile ; évaluation des besoins.

- **Une aide à l'organisation lors du transfert** et/ou pour le maintien à domicile de votre patient (relais social, financier et matériel, psychologique).

- **Un suivi pendant le maintien à domicile** : suivi régulier de la situation, contacts avec la famille et les professionnels de santé, réévaluation des besoins, ajustements.

- **L'organisation d'une formation-action** : formation technique ; conseils au chevet du patient.

- **L'organisation de rencontres**, à votre demande, avec les autres professionnels intervenant auprès de votre patient.

Bon à savoir :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie prend en charge, (sur son budget d'Action Sanitaire et Sociale), sous conditions de ressources, certaines prestations liées aux soins palliatifs : fournitures médicales (fauteuil, matelas anti-escarres ...), médicaments non remboursés ou partiellement remboursés, frais de garde engagés pour soulager ponctuellement l'entourage du malade.

CPAM - secrétariat de la commission d'Action Sanitaire et Sociale :
03 81 99 12 36

patricia.chapuis@cpam-montbeliard.cnamts.fr

Maîtrise médicalisée des dépenses de santé :

L'Assurance Maladie élargit le champ aux prescriptions hospitalières

Avec la Loi d'août 2004, l'Assurance Maladie est appelée à intégrer pleinement les établissements de santé dans ses actions de modernisation du système de soins et de maîtrise des dépenses de santé.

A l'instar des actions de maîtrise médicalisée engagées avec les médecins libéraux en 2005, l'Assurance Maladie souhaite initier en 2006 une nouvelle démarche avec les médecins exerçant en établissements de santé. Elle s'inscrit dans un effort collectif et équilibré entre l'hôpital et la médecine de ville.

Les dépenses de remboursement des frais d'hospitalisation dans les établissements publics et privés augmentent fortement depuis de nombreuses années (+ 17,4% entre 2001 et 2004). Elles représentent plus de 44% des dépenses d'assurance maladie en 2004, soit 56 milliards d'euros (hors établissements médico-sociaux).

Montant auquel il convient d'ajouter les dépenses de remboursement des prescriptions des médecins hospitaliers exécutées ou délivrées en ville (médicaments, transports) soit 10,6 milliards d'euros en 2004 (+37 % entre 2001 et 2004).

En liaison avec l'Etat, l'Assurance Maladie proposera aux médecins hospitaliers d'agir principalement sur trois axes, en grande partie identiques à ceux des médecins libéraux

□ le respect de la règle de prise en charge à 100% des traitements liés à l'affection de longue durée et la bonne utilisation de l'ordonnancier **bizone** afin de diminuer les prescriptions remboursées indûment à 100% par l'Assurance Maladie : 3,1 milliards d'euros de médicaments sont prescrits par des praticiens hospitaliers à des patients en ALD dont 83% sont remboursés à 100%,

□ les prescriptions générées par le secteur hospitalier de **transports sanitaires** et **d'arrêts de travail** qui ont beaucoup augmenté ces dernières années (respectivement + 34 % et + 15% entre 2001 et 2004) et dont une part n'est pas toujours totalement justifiée médicalement.

□ la prescription de médicaments **génériques, d'antibiotiques et de statines**.

Une démarche similaire à celle mise en œuvre avec les médecins libéraux :

• **Des accords nationaux avec les représentants des professionnels de santé.** Concernant les établissements publics hospitaliers, la loi de réforme d'août 2004 a prévu la possibilité pour l'Assurance Maladie de négocier avec les fédérations représentatives des établissements de santé et le ministère chargé de la Santé, tutelle des hôpitaux, des accords cadre nationaux en vue d'améliorer les pratiques hospitalières.

• **Des contrats d'engagement entre l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), l'union régionale des caisses d'assurance maladie (URCAM) et les établissements de santé**

• **L'appui du réseau local de l'Assurance Maladie :**

- présentation aux membres des commissions médicales des établissements (CME),
- supports d'aide aux prescriptions adaptés au monde hospitalier (fiches pratiques sur les statines, fiches d'aide au remplissage de l'ordonnancier bizonne sur 6 pathologies...),
- supports de communication destinés à l'information des patients (sur les arrêts de travail, la prise en charge à 100%).

Le rôle majeur des praticiens hospitaliers

Le programme de maîtrise médicalisée qui sera défini en concertation avec les représentants des établissements de santé porte sur des thèmes où le rôle des praticiens hospitaliers est important:

- soit parce que les prescriptions hospitalières représentent une part importante des dépenses prescrites (arrêts de travail et transports sanitaires),
- soit parce qu'il s'agit de prescriptions initiales de traitement qu'il sera difficile au médecin traitant de modifier (remboursement prescrit de manière injustifiée à 100%, médicament de marque au lieu du médicament générique, etc.).

Enfin, le soin apporté par le médecin hospitalier dans la juste prescription est également important compte tenu du rôle joué par les praticiens hospitaliers



dans la formation initiale des médecins libéraux, comme dans l'initiation de traitement faite à l'hôpital et qui se poursuit en médecine ambulatoire.■

THEMES	PART DES PRESCRIPTIONS HOSPITALIERES	MONTANTS DE DEPENSES REMBOURSEES (à fin novembre 2005/ régime général)
Ensemble des prescriptions	24 % des dépenses	7,9 milliards d'euros
Médicaments	23 % des dépenses	3,5 milliards d'euros
Transports sanitaires	66 % des dépenses	1,2 milliard d'euros
Indemnités journalières des arrêts de travail	20 % des dépenses	1,4 milliard d'euros

Lits médicaux : location ou achat

Une étude réalisée par le Direction Régionale du Service Médical Bourgogne Franche-Comté (1)

Le lit médical constitue dans les pathologies invalidantes une étape souvent incontournable. Associé à un matelas anti-escarres, il est un outil préventif dans la survenue de troubles trophiques et orthopédiques (rôle de support du matériel anti-escarres, postures alternées, etc.).

Les critères LPP (Liste des Produits et Prestations remboursables) de prise en charge des lits médicaux sont : les personnes ayant perdu leur autonomie motrice (location ou achat) et les patients atteints d'affections neuro-musculaires entraînant un déficit fonctionnel non régressif (achat).

D'après les premières données du codage de la LPP, le poste location de lit médical est le deuxième poste de dépenses en Bourgogne Franche-Comté pour le titre I : or, l'achat d'un lit médical lorsqu'il est justifié, est amorti en 15 mois de location. Les économies potentielles, sous réserve du respect des conditions médicales de prise en charge, sont donc importantes.

LE CHAMP DE L'ÉTUDE

L'étude a été réalisée du :
01.12.2003 au 29.02.2004.
Sur 2530 dossiers sélectionnés, (comportant la facturation d'une location de lit médicalisé supé-

rieure à 12 mois), 1187 ont été retenus : patients résidant à domicile, âgés de 6 à 106 ans (moyenne 71 ans) et affiliés au régime général (hors sections locales mutualistes). 799 prescripteurs différents et 400 fournisseurs (prestataires de services et pharmacies) ont été concernés par cette étude.



LES OBJECTIFS

- Étudier le respect des indications médicales prévues à la LPP pour la location d'un lit médicalisé.
- Supprimer les locations non médicalement justifiées.
- Favoriser l'achat du lit quand le pronostic le justifie et sous réserve du respect des conditions médicales prévues à la LPP.
- Repérer des anomalies de pratiques commises par des fournisseurs.

LA MÉTHODOLOGIE

- Un questionnaire accompagné de l'échelle de Norton a été

- envoyé à chaque prescripteur.
- Le praticien conseil a donné son avis après examen sur pièces, sur personne ou à domicile.
- cet avis a été envoyé à chaque prescripteur et fournisseur accompagné des fiches techniques «d'aide à la prescription de lits, matelas et coussins anti-escarres».
- La CPAM a notifié la décision du praticien conseil à l'assuré.

PRINCIPAUX CONSTATS

- la durée moyenne de location (quand elle est connue) est de 3 ans et 9 mois (certaines atteignent 29 ans ...)
- Les prescriptions de location sont renouvelées systématiquement le plus souvent à la demande des fournisseurs.
- Les médecins sont parfois sollicités par les malades et leur famille pour prescrire une location pour des motifs de confort personnel (patients sans trouble de la locomotion).
- Le libellé des conditions médicales de prise en charge est source de confusion et d'interprétation d'autant plus lorsque la perte d'autonomie est partielle.
- Plus de la moitié des patients (59 %) avaient un risque d'escarres élevé justifiant l'achat d'un matelas anti-escarres.
- L'argument avancé par les fournisseurs d'un meilleur service rendu par la location en matière de maintenance n'est guère recevable. Il existe sur le

(1) Dr A Thomasset - K Buston - DRSM Bourgogne Franche Comté | I / 2005

marché, des lits de bon rapport qualité/prix avec une norme "NF", sans dépassement de tarif LPP, qui ne nécessitent aucune maintenance particulière et sont garantis trois ans en moyenne. La LPP prévoit également un forfait de réparation du moteur électrique au bout de deux ans et un éventuel renouvellement de l'achat au bout de cinq ans. L'accessoire le plus fragile sur un lit médicalisé de bonne qualité est la télécommande.

L'IMPACT ÉCONOMIQUE

Seulement 3.9 % des lits ont été considérés comme médicalement injustifiés que ce soit à l'achat ou à la location. L'enjeu n'est donc pas la justification médicale du lit mais l'option entre l'achat et la location et c'est l'adéquation de la prescription initiale qui génèrera des économies.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie de Bourgogne - Franche Comté ont notifié 783 passages à l'achat. Au 30/09/2005, 754 lits ont été achetés et remboursés soit une économie de : 1 048 198 • sur 3 ans de location.

Le gisement potentiel d'économies reste important notamment par l'extension aux patients résidant en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) qui représentent 1/4 des locations de lits. Dans ce cas, la location (contrairement à l'achat) n'est pas imputable au budget de l'établissement. ■

LES RÉSULTATS

- L'achat a été jugé souhaitable chaque fois que le lit s'avérait justifié par la pathologie du patient (66% des dossiers).
- La location a été maintenue quand le pronostic vital semblait menacé à court terme ou pour des lésions traumatiques en voie de stabilisation (30,1% des dossiers).

Economie par patient sur une durée de location de trois ans :

Lit sans barrière	1 563.96 • = (16.01 • x 52 semaines x 3 ans) - (prix d'achat du lit = 933,60 •)
Lit avec barrières	1 354.65 • = (16.01 • x 52 semaines x 3 ans) - (prix d'achat du lit + 2 barrières = 1 142,91 •)

EN PRATIQUE

Situations où l'attribution est indiscutable pour une option achat :

- Tétraplégie, paraplégie, hémiplegie avec séquelles,
- Affection neuromusculaires, myopathies,
- Grabatariats (malade confiné au lit de manière permanente, sans aucune autonomie locomotrice) lié à une affection dégénérative, SEP, Parkinson,
- Ostéogénèse imparfaite,
- Grabatariats liés à une maladie rhumatoïde.

Situations pour une option location :

- Stade terminal d'un processus polymitotique,
- Sortie précoce après chirurgie de hanche ou genou : location 4 semaines environ,
- Chirurgie rachidienne pour scoliose.

Situations où l'attribution n'est pas médicalement justifiée :

- Cas où la perte d'autonomie n'est pas complète (coxarthrose, ostéoporose, insuffisance respiratoire, simple surcharge pondérale, hernie discale, laminectomie...).

EXEMPLES DE PRESCRIPTION

Pour un usage définitif : tétraplégique de 27 ans sans antécédent d'escarre :

- achat d'un lit médical,
- un matelas simple,
- un sur-matelas à mémoire de formes.

Pour un usage définitif : hémiplégique de 55 ans, escarres fessières en cours de traitement :

- achat d'un lit médical,
- un matelas à cellules télescopiques.

Pour un usage temporaire : sortie précoce après chirurgie de prothèse de hanche avec un gros risque d'escarres :

- location pour 4 semaines,
- achat d'un matelas à modules amovibles.

Médicaments à vignette orange

La Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2006 a créé une nouvelle catégorie de médicaments dont le service médical rendu a été jugé insuffisant par la Haute Autorité de Santé. Ces médicaments sont remboursés à 15% au lieu de 35% depuis le 1^{er} février 2006 avant leur déremboursement total au 1^{er} janvier 2008.

Cette mesure vise 62 spécialités de veinotoniques qui sont repérables par une nouvelle vignette orange.

Les règles d'application :

Pour les pharmaciens

- ❖ Depuis le 1^{er} février, les grossistes ne doivent plus commercialiser ces produits sous une vignette bleue. Mais, dans l'attente d'une mise à jour des postes de travail et pour permettre l'écoulement des stocks étiquetés en vignettes bleue, ces médicaments peuvent être facturés à l'ancien taux jusqu'au 1^{er} mai 2006. A compter du 2 mai, toute facturation correspondant à des vignettes bleues (pour des veinotoniques) sera rejetée.
- ❖ Les logiciels Sesam Vitale en version 1.31 et 1.40 doivent faire l'objet d'une mise à jour pour permettre la facturation de ces médicaments.



- ❖ Les spécialités à vignette orange sont remboursées à 100% pour les patients bénéficiant d'une exonération intégrale du ticket modérateur (maternité, accident du travail, maladie professionnelle, détenus, bénéficiaires de l'Aide Médicale État, pensionnés militaires ...) y compris pour les invalides et les rentiers AT (voir tableau en annexe).

- ❖ La CMU Complémentaire ne couvrira pas le ticket modérateur (85%) pour ces médicaments. (décret à paraître).

Pour les médecins

- ❖ Conformément à l'avis de la Haute Autorité de Santé, la pharmacie à 15% ne peut jamais être prescrite ni délivrée dans le cadre d'un traitement en rapport avec une Affection de Longue Durée. Ces prescriptions aux patients en ALD doivent par conséquent toujours figurer dans le partie basse de l'ordonnancier bi zone. A défaut, les factures seront rejetées.

En savoir plus :

Fiches réglementaires 29 et 30 disponibles sur le site du GIE

www.sesam-vitale.fr

Point Vitale



Situation à Montbéliard au 27/03/2006

Orthoptiste

1/1 (100%)

Pharmaciens

67/68 (98,53 %)

Masseurs-

kinésithérapeutes

55/55 (100%)

Orthophonistes

14/15 (93,34%)

Chirurgiens dentistes

69/78 (88,46 %)

Médecins

239/279 (85,66%)

158/159 Gé. (99,37%)

81/120 Spé. (67,50%)

Sages femmes

4/6 (66,66%)

Infirmières

42/81 (51,86%)

Laboratoires

1/6 (16,66%)

Centres de santé :

Cabinets Dentaires

2/2 (100%)

Centres de soins

infirmiers

7/12 (58,33%)

Délais de remboursement des FSE aux professionnels de santé en février 2006

Le délai moyen de remboursement des FSE était de **5 jours** (dont **2,9** jours de traitement par la Caisse et **2,2** de délai de rétention par les PS).

Le délai de rétention s'est bien amélioré mais certains professionnels de santé ne font pas encore de transmission quotidienne. ■



FRAIS DE TRANSPORT ET ENTENTE PRÉALABLE

RAPPEL :

Le remboursement des frais de transports supérieurs à **150 km aller ou en série** est conditionné par une demande d'accord préalable. Dans ces cas, la prescription doit obligatoirement être établie sur le formulaire S3139b «demande d'accord préalable – prescription de transport».

Hospitalisation complète, partielle et ambulatoire (entrée et sortie)	Transport supérieur à 150km aller ou en série quel que soit le mode de transport
Soins en rapport avec une affection de longue durée (ALD), un accident du travail ou une maladie professionnelle	
Soins en série : au moins 4 trajets dans un délai de 2 mois pour un même traitement	Trajet supérieur à 50km aller quel que soit le mode de transport
Ambulance	Transport supérieur à 150km aller ou en série

FACTURATION DES SOINS EN RAPPORT AVEC UN ACCIDENT DU TRAVAIL

Lorsque la victime présente la feuille d'accident du travail délivrée par l'employeur, le tiers payant intégral est obligatoire que l'AT soit reconnu ou non. Par contre, en l'absence de feuille AT il ne peut y avoir présomption d'accident et si celui-ci n'a pas été déclaré, les soins seront pris en charge au titre de l'assurance maladie au taux habituel.

Les mêmes règles s'appliquent pour la facturation des soins post consolidation.

► si l'assuré ne présente pas de feuille AT, vous devez facturer les actes en maladie et ne pas mentionner «AT» sur la prescription médicale.





MÉDECIN TRAITANT

LE SERVICE EN LIGNE

Depuis le 1^{er} janvier 2006, l'indication du parcours de soins doit figurer sur le feuille de soins papier ou électronique pour que le remboursement s'effectue correctement.

Pour savoir si votre patient a désigné un médecin traitant, vous pouvez vous connecter au

service "médecin traitant en ligne" sur le portail de l'Assurance Maladie.

Ce service s'adresse aux médecins et aux établissements de santé, il est gratuit (hors coût de connexion) entièrement sécurisé et disponible 24h/24.

Vous devez au préalable obtenir votre mot de passe en appelant la plate forme téléphonique réservée aux professionnels de santé 0 820 77 30 30.

Accès au service :

<http://www.ameli.fr>

Accès direct au portail sécurisé : <https://ps.ameli.fr>

A noter : les bénéficiaires de la CMU Complémentaire reçoivent depuis mi-février une attestation de droits papier où figure la mention "médecin traitant désigné". Les autres bénéficiaires la recevront avec leur prochain relevé de prestations. ■

Avis CNIL

Afin de faciliter la mise en œuvre du dispositif parcours de soins, l'information relative à l'existence d'un choix de médecin traitant est accessible aux professionnels de santé et aux établissements. Décision CNIL du 8 février 2006. ■

Bon à savoir



» UNIVERSITÉ FRANCOPHONE EN SANTÉ PUBLIQUE

Pour la 3^{ème} année consécutive, l'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Besançon et leurs partenaires organisent une université d'été qui se déroulera à Besançon du 2 au 7 juillet 2006.

La promotion de la santé constitue le fil conducteur de cette rencontre destinée prioritairement à des professionnels en activité et des élus oeuvrant au sein d'institutions ou d'associa-

tions des champs sanitaires sociaux ou éducatifs. Les intervenants sont des universitaires, chercheurs mais aussi professionnels venant de pays francophones.

Pour toutes informations complémentaires vous pouvez consulter le site de l'université d'été : www.urcam.org/univete/index.htm

Inscriptions au secrétariat de l'université d'été : Elodie Demougeot - 03 81 66 55 75 - fax 03 81 66 58 69. elodie.demougeot@univ-fcomte.fr ■

» FORMATION PROFESSIONNELLE CONVENTIONNELLE 2006

Les thèmes, les actions de formation, les conditions d'indemnisation ainsi que les coordonnées des organismes prestataires sont en ligne sur le site de l'Assurance Maladie. www.ameli.fr / professionnel de santé / formation. ■

» CLIC @LD UN SERVICE PROPOSÉ PAR LES URCAM



Simple, convivial et gratuit, «**clic @ld**» est un utilitaire destiné à faciliter le remplissage de l'ordonnancier bi zone.

Vous sélectionnez une ALD, vous renseignez un nom de médicament et vous obtenez un avis sur leur concordance au titre de la prise en charge à 100% (clic @ald n'a pas valeur de référentiel)

Pour télécharger clic @ld : [www.urcam.org_services en ligne/clic@ld](http://www.urcam.org_services_en_ligne/clic@ld) ■