

Caisse Nationale de l'Assurance Maladie

des Travailleurs Salariés

Sécurité Sociale

Circulaire CNAMTS

Date :
03/02/97

Origine :
DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
MMES et MM
les médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service à la Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
(pour attribution)

Réf. :

DGR n° 15/97 - ENSM n° 3/97

Plan de classement :

22						
----	--	--	--	--	--	--

Objet :

ACTIONS EXPERIMENTALES RELATIVES AU FILIERES ET AUX RESEAUX DE SOINS. CAHIER DES CHARGES.

Pièces jointes :

0	2
---	---

Liens :

Date d'effet :

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DRPS : C. THIRET - C. LARRANETA - ENSM : M. MEDINA

Téléphone :

01.42.79.33.40 - 01.42.79.33.42 - 01.42.79.33.13

@

**Direction de la Gestion du Risque
Echelon National du Service Médical**

03/02/97

Origine :

DGR
ENSM

MMES et MM les Directeurs
des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
des Caisses Générales de Sécurité Sociale
(pour attribution)
MMES et MM
les Médecins Conseils Régionaux
le Médecin Conseil Chef de Service à la Réunion
les Médecins Conseils Chefs de Service des Echelons Locaux
(pour attribution)

N/Réf. : DGR n° 15/97 - ENSM n° 3/97

**Objet : Actions expérimentales relatives aux filières et aux réseaux de soins.
Cahier des charges.**

L'article 2 du *décret n°96-789 du 11 septembre 1996* pris en application de l'article 6 de l'ordonnance du 24 avril 1996 relatif aux actions expérimentales prévoit notamment l'élaboration par les caisses nationales d'un cahier des charges applicable aux demandes d'agrément présentées par les organismes d'assurance maladie.

Le Conseil d'Administration de la CNAMTS dans sa séance du 21 janvier 1997 a émis un avis favorable sur les projets de cahier des charges "filières" et "réseaux" élaborés par les services de la CNAMTS avec la collaboration d'un groupe de caisses locales et d'échelons locaux du Service Médical.

Nous vous communiquons ces deux documents qui vont être enrichis notamment sur le thème relatif à l'évaluation (ce point vous sera communiqué ultérieurement). Il a paru en effet indispensable de fixer des orientations plus précises dans ce domaine.

Le groupe de travail constitué au niveau national continue ses travaux pour la mise en place des actions expérimentales. Ce groupe pourra être élargi à la participation des niveaux régionaux du réseau. Je ne manquerai pas de vous informer régulièrement de l'état d'avancement de leurs travaux. Ainsi les prochains axes de réflexions porteront sur le contenu des conventions à conclure avec les promoteurs (rôle de chacun des partenaires, traitement des données, etc....) et sur la gestion technique des projets.

Dans un souci de cohérence et ainsi que le recommandent les textes (dont la convention Etat-caisses nationales en cours d'élaboration), la CNAMTS présentera directement à l'avis du Conseil d'Orientation les projets soutenus par les organismes d'assurance maladie du régime général.

Je vous remercie de me faire part des propositions d'actions expérimentales que vous aurez choisies de promouvoir. Les services de la CNAMTS se tiennent à votre disposition pour vous donner tout renseignement que vous souhaiteriez avoir sur la procédure à suivre.

Le Directeur Adjoint de la
Gestion du Risque

Sylvie LEPEU

Le Médecin Conseil National
Adjoint

Dr Alain ROUSSEAU

PROJET DE CAHIER DES CHARGES

FILIERES

Le système de santé souffre de plusieurs maux : prépondérance de la médecine technique au détriment de la médecine clinique, cloisonnement du système de santé, insuffisance de prise en charge globale du patient résultant en grande partie de l'absence de coordination avec comme corollaire, financement collectif de dépenses non médicalement justifiées.

La filière

La filière de soins recouvre l'idée d'une organisation verticale de la prise en charge, du patient voire d'une progression entre les niveaux de soins de première, seconde et troisième intentions.

Elle traduit la manière de traiter dans sa totalité, étape par étape, des groupes de population (éventuellement ciblées : ex, population âgée) sous la direction d'un médecin de 1^{ère} intention librement accepté par le malade.

Elle s'inscrit dans une perspective de continuité des soins, absence de rupture ou d'incohérence dans la prise en charge d'un malade dans le temps quels que soient les changements d'équipe soignante ou de structure sanitaire, en s'appuyant sur le carnet de santé et le dossier médical.

I - Mise en place des expérimentations

1 - Le rôle des caisses et du service médical

Le rôle des caisses et du service médical consistera à prendre toutes les initiatives destinées à susciter l'émergence de projets sur le terrain, sans aller jusqu'à imposer un cadre préétabli. Pour ce faire, ils devront recueillir et étudier les propositions émanant des différents partenaires ; les organismes apporteront aux partenaires concernés leur contribution pour finaliser, formaliser les projets dans le cadre des orientations contenues dans le cahier des charges énoncé ci-dessous.

Toutefois, en fonction des particularités locales, les caisses et le service médical pourront promouvoir ou porter directement des projets expérimentaux.

2 - Les principes de l'action expérimentale

La définition, la mise en place, le suivi de l'action expérimentale ainsi que les modalités d'évaluation sont élaborés tout au long du processus avec les professionnels concernés. La méthodologie devra résulter d'un consensus.

21 - Le choix de l'action

- privilégier les actions permettant d'accroître l'efficacité médicale dans des domaines où existent des gisements d'économies pour l'assurance maladie ;
- une étude d'opportunité devra dans tous les cas être menée avec la collaboration de tous les intervenants potentiels :
 - motiver le choix de l'organisation retenue : recenser les éléments médicaux et économiques,
 - définir le champ de l'expérimentation : aire géographique, groupe de population.....,
 - déterminer les objectifs de l'expérimentation quantifiables à partir d'indicateurs définis en concertation avec les partenaires concernés,
 - déterminer le cadre organisationnel et financier de l'expérimentation et les modalités de l'évaluation,
 - identification des financeurs directs et indirects du projet,
 - contractualisation des relations entre les prestataires de service, les financeurs, et les patients et échanges d'information; le contrat devra clairement établir les responsabilités de chacun,
 - définir les facteurs de risques et les conditions de succès du projet.
- c'est à l'issue de cette phase que les partenaires, mesurant les avantages et les inconvénients, décideront de la poursuite ou de l'arrêt du projet ;
- par ailleurs, limitation des types d'expériences par site pour des raisons de gestion. Il est souhaitable de privilégier une action commune à plusieurs sites.

22 - Privilégier une approche par étape

- compte tenu de la complexité du dossier et de la difficulté d'appréhender en une seule étape tous les aspects du dossier, il est préférable de hiérarchiser les objectifs poursuivis et de définir un calendrier d'application dans le temps. Pour ce faire, des points de situation à intervalle régulier devront être réalisés afin de mesurer les résultats par rapport aux objectifs attendus et de réajuster, le cas échéant, certains axes du projet .

- évaluation et bilan d'étape à réaliser afin de procéder à des réajustements éventuels, voire à la résiliation de l'action.

23 - Autres points forts

- principe du volontariat des médecins et des patients ;
- admission de tous les patients : pas de sélection des patients autre que celle constituant l'objet de l'action ;
- les organismes complémentaires pourront être associés aux expérimentations ;
- lancement de l'expérimentation concomitant avec le démarrage de l'évaluation ;

II - Les objectifs

Deux objectifs essentiels : améliorer la qualité des soins et maîtriser les coûts.

- renforcer le rôle pivot du médecin de 1ère intention en lui confiant le suivi global de ses patients (médical et économique).
- amélioration de la qualité du service rendu :
 - assurer une prise en charge globale du patient dans sa dimension médicale (y compris le volet de prévention) et sociale,
 - assurer la permanence, la continuité des soins et la réponse à l'urgence,
 - assurer une meilleure coordination de la prise en charge,
 - assurer une meilleure orientation des patients, pour éviter des traitements et actes inutiles et des hospitalisations injustifiées.
- infléchir la dépense totale de soins par une maîtrise des actes, des prescriptions médicamenteuses ou d'auxiliaires et des hospitalisations non justifiées ;
- renforcer la performance et la formation des intervenants ;
- responsabiliser et sensibiliser l'assuré à la prise en charge de sa santé par un engagement contractuel.

III - Le cadre

1 - Champ d'intervention du projet

Le projet doit être suffisamment dimensionné; le nombre de médecins de 1ère intention ne doit pas être inférieur à 20 par site expérimental et le nombre de malades ne doit pas être inférieur à 6000.

2 - Organisation de la prise en charge du patient : initiée par le médecin de 1ère intention.

- description du parcours du patient dans l'ensemble du système de soins initiée par le médecin ;
- suivi du patient : dossier médical tenu par le médecin de 1ère intention et complété par ses soins ; remplissage obligatoire du carnet de santé. Dans ce cadre, le médecin doit justifier les motifs qui ont nécessité le recours aux spécialistes, auxiliaires ou hôpitaux. Ce dossier médical contient l'ensemble des informations médicales et est tenu à la disposition des médecins-conseils ;
- questionnaire de satisfaction à remplir par l'utilisateur tous les ans au moins.

3 -Obligation des intervenants

- Mise à disposition des caisses et du service médical de tout élément permettant un suivi de l'expérimentation et son évaluation.
- tenue et mise à jour du dossier médical par le médecin de 1ère intention ;
- réponse obligatoire aux demandes du médecin-conseil ;
- évaluation des pratiques avec les pairs ;
- actualisation des connaissances ;
- respecter les plans de diagnostic et de traitement ;
- système d'information mis en place : dans l'attente de la généralisation de l'informatisation, préciser les délais de mise en place du système informatique permettant des échanges en temps réel, facilitant les échanges d'informations entre intervenants et avec l'assurance maladie, contribuant à l'évaluation.

- engagement des professionnels au respect des référentiels et de la réglementation.
- obligation de participer à l'évaluation : au terme de chaque étape, les résultats de l'évaluation conditionneront la poursuite de l'expérimentation ;
- possibilité d'engagement à pratiquer le tiers-payant et à respecter les tarifs opposables ;
- engagement du généraliste vis-à-vis du malade pour garantir la continuité des soins, la réponse aux urgences ;
- engagement du malade à respecter les termes du contrat et à rester dans le dispositif sur une période donnée, sauf exceptions prévues dans le contrat.

4 - Financement

- les régimes obligatoires définissent la nature et les conditions de prise en charge des prestations et jouent le rôle de caisse coordinatrice ;
- nature des prestations couvertes et modalités de financement (par dérogation au droit au commun) et niveau de prise en charge. Possibilité de définir de nouveaux champs d'action (ex : visite d'urgence, éducation sanitaire, petite chirurgie, vaccination) ;
- définition d'un engagement opposable pouvant couvrir :
 - l'activité individuelle de chaque généraliste (actes et prescription, y compris dépassement et HN) associé aux actes de spécialistes demandés par ce dernier (actes et prescriptions, y compris dépassement et HN) ;
 - ou, dans le cadre d'un cabinet de groupe de généralistes, l'activité de l'ensemble des intervenants (actes et prescriptions, y compris dépassement et HN), y compris les recours aux spécialistes ;
- les frais d'hospitalisation pour la période considérée ;
- possibilité de définir de nouveaux modes de rémunération : introduire un financement par capitation de préférence ;
- engagement du malade à respecter les termes du contrat et à rester dans le dispositif sur une période donnée; à défaut, sortie du système.

5 - Contractualisation des acteurs et des organismes d'assurance maladie (obligatoire et complémentaire)

- convention fixant clairement objectifs recherchés (retenir des objectifs quantifiables), les droits et obligations de chacun, le suivi et l'évaluation.
- mise en place de comité de suivi de l'expérimentation (médical, médico-administrative); bilans d'étape à réaliser.
- méthodologie de l'évaluation indispensable tant relative à la pratique d'un professionnel (médical et économique) que concernant le fonctionnement du système (volet médical organisationnel financier). Le recours à un expert externe aux contractants est souhaitable.

PROJET DE CAHIER DES CHARGES

RESEAUX

Le système de santé souffre de plusieurs maux : prépondérance de la médecine technique au détriment de la médecine clinique, cloisonnement du système de santé, insuffisance de prise en charge globale du patient résultant en grande partie de l'absence de coordination avec comme corollaire, financement collectif de dépenses non médicalement justifiées.

Le réseau

Il se définit comme un ensemble de moyens humains (tous les professionnels de santé devront être conventionnés avec l'assurance maladie) et matériels organisés dans une aire géographique déterminée afin d'atteindre des objectifs communs : coordonner le suivi de pathologies avérées, soit de pathologies définies nationalement ou régionalement ; le suivi d'une population (critères d'âges,.....).

I - Mise en place des expérimentations

1 - Le rôle des caisses et du service médical

Le rôle des caisses et du service médical consistera à prendre toutes les initiatives destinées à susciter l'émergence de projets sur le terrain, sans aller jusqu'à imposer un cadre préétabli. Pour ce faire, ils devront recueillir et étudier les propositions émanant des différents partenaires ; les organismes apporteront aux partenaires concernés leur contribution pour finaliser, formaliser les projets dans le cadre des orientations contenues dans le cahier des charges énoncé ci-dessous.

Toutefois, en fonction des particularités locales, les caisses et le service médical pourront promouvoir ou porter directement des projets expérimentaux.

2 - Les principes de l'action expérimentale

La définition, la mise en place et le suivi de l'action expérimentale, le modalités d'évaluation sont élaborés tout au long du processus avec les professionnels concernés. La méthodologie devra résulter d'un consensus.

21 - Le choix de l'action

- privilégier les actions permettant d'accroître l'efficacité médicale et rechercher une meilleure efficacité pour l'assurance maladie ;
- une étude d'opportunité devra dans tous les cas être menée avec la collaboration de tous les intervenants potentiels :
 - motiver le choix de la pathologie ou de la population retenues : recenser les éléments médicaux et économiques,
 - définir le champ de l'expérimentation : aire géographique, groupe de population,
 - déterminer les objectifs de l'expérimentation quantifiables à partir d'indicateurs définis en concertation avec les partenaires concernés,
 - déterminer le cadre organisationnel et financier de l'expérimentation et les modalités de l'évaluation,
 - identification des financeurs directs et indirects du projet,
 - contractualisation des relations entre les prestataires de service, les financeurs, et les patients et échanges d'information ; le contrat devra clairement établir les responsabilités de chacun,
 - définir les facteurs de risques et les conditions de succès du projet.
- c'est à l'issue de cette phase que les partenaires, mesurant les avantages et les inconvénients, décideront de la poursuite ou de l'arrêt du projet.
- par ailleurs, limitation des types d'expériences par site pour des raisons de gestion. Il est souhaitable de privilégier une action commune à plusieurs sites.

22 - Privilégier une approche par étape

- compte tenu de la complexité du dossier et de la difficulté d'appréhender en une seule étape tous les aspects du dossier, il est préférable de hiérarchiser les objectifs poursuivis et de définir un calendrier d'application dans le temps. Pour ce faire, des points de situation à intervalle régulier devront être réalisés afin de mesurer les résultats par rapport aux objectifs attendus et de réajuster le cas échéant certains axes du projet .
- évaluation et bilan d'étape à réaliser afin de procéder à des réajustements éventuels, voire à la résiliation de l'action.

23 - Autres points forts

- principe du volontariat des médecins et des patients ;
- admission de tous les patients : pas de sélection des patients autre que celle constituant l'objet de l'action ;
- les organismes complémentaires pourront être associés aux expérimentations ;
- lancement de l'expérimentation concomitant avec le démarrage de l'évaluation.

II - Les objectifs

Deux objectifs essentiels : améliorer la qualité des soins et maîtriser les coûts.

Les expérimentations doivent favoriser les objectifs suivants :

- amélioration de la qualité du service rendu :
 - assurer une prise en charge globale du patient dans sa dimension médicale (y compris le volet de prévention) et sociale,
 - assurer la permanence et la continuité des soins,
 - assurer une meilleure coordination de la prise en charge,
 - assurer une meilleure orientation des patients afin notamment d'éviter des traitements inutiles et des hospitalisations injustifiées.
- infléchir la dépense totale de soins par la mise en place de protocoles de diagnostic et de traitement.
- favoriser la pratique d'une médecine " coopérative " par la mise en réseau de l'offre de soins ambulatoire et hospitalière. Le référent du réseau est le médecin le mieux placé pour assurer la coordination et la continuité des soins en fonction de l'état de santé du patient.
- améliorer la performance et la formation des intervenants.
- responsabiliser et sensibiliser l'assuré à la prise en charge de sa santé par un engagement contractuel.

III - Le cadre

1 - Champ d'intervention du projet

Le projet doit être suffisamment dimensionné ; le nombre de patients pris en charge ne doit pas être inférieur à 200 par site expérimental.

2 - Les moyens de fonctionnement : une structure souple autofinancée

- personnel médical (cabinets), para-médical, social et administratif : effectifs, organigramme ;
- établissement (hôpital, clinique, service de soins à domicile, etc), centre de santé ;
- autres : prestataires de service (pharmacies d'officine, fournisseurs d'appareillage, associations garde-malade.....) ;
- critères d'entrée : disposer parmi les intervenants de compétences diversifiées et actualisées (à défaut, engagement à acquérir dans un délai donné compétences ou suivre formation dans certains domaines); pour établissements, critères à définir avec ARH ;
- responsable ou animateur du réseau : soit un médecin, soit un auxiliaire médical.

3 - Organisation de la prise en charge du patient : à l'initiative du médecin

- description du parcours du patient :
 - protocole de prise en charge, procédures, réunion de coordination des intervenants (périodicité, formalisation, plan de traitement ou de diagnostic) : notamment en ce qui concerne les pathologies lourdes ou certains épisodes de maladie ;
 - désignation d'un référent (médical) : rôle, fonction (définition du protocole thérapeutique ou diagnostique) ;
 - désignation d'un coordinateur : rôle, fonction ;
 - rôle du médecin traitant ;
 - suivi du patient : dossier médical partagé et définition des modalités d'accès ; carnet de santé tenu à jour par les intervenants.
- questionnaire de satisfaction à remplir par l'utilisateur tous les ans.

4 -Obligation des intervenants

- Mise à disposition des caisses et du service médical par les professionnels de tout élément permettant un suivi de l'expérimentation et de son évaluation.

- engagement des intervenants médicaux au travers d'une charte ou convention avec le responsable ou l'animateur du réseau :
 - missions imparties, rôle,
 - évaluation des pratiques avec les pairs,
 - actualisation des connaissances,
 - agrément ou certification du professionnel accordé par le réseau (modalités à préciser),
 - analyse des pratiques médicales des intervenants (évaluation collective, ou auto-évaluation).

- engagement des intervenants au respect des référentiels et de la réglementation

- système d'information mis en place : informatisation permettant les échanges d'informations entre intervenants et avec l'assurance maladie, contribuant à l'évaluation. A défaut d'informatisation, détermination des procédures de recueil des données.

- obligation de participer à l'évaluation : au terme de chaque étape, les résultats de l'évaluation conditionneront la poursuite de l'expérimentation.

- possibilité d'engagement des intervenants à pratiquer le tiers-payant et à respecter les tarifs opposables.

- engagement des intervenants vis-à-vis du malade pour garantir la continuité des soins, la réponse aux urgences.

- engagement des intervenants médicaux à informer les patients sur les tarifs pratiqués.

- engagement du malade à respecter les termes du contrat et à rester dans le dispositif sur une période donnée, sauf exception prévue par le contrat. Toutefois, le patient pourra, la 1ère année, résilier son contrat à l'issue d'un certain délai.

5 - Financement

- Les régimes obligatoires définissent la nature et les conditions de prise en charge des prestations et jouent le rôle de caisse coordinatrice.
- nature des prestations (par dérogation au droit au commun : actes de prévention, éducation sanitaire).
- définition d'un engagement opposable (en volume et en valeur), à partir de l'analyse des caractéristiques de la clientèle potentielle du réseau et pouvant couvrir :
 - l'activité individuelle de chaque intervenant (actes et prescription),
 - l'activité de l'ensemble des intervenants (actes et prescriptions),
 - les frais d'hospitalisation des patients suivis dans le réseau.
- réajustement de cet engagement à l'issue d'une période donnée.
- définition possible de nouveaux mode de rémunération de l'activité soit dès le lancement de l'expérimentation, soit à l'issue d'une période donnée. Cette période sera mise à profit pour recenser la nature et le montant des activités pouvant faire l'objet de nouveaux modes de rémunération.

6 - Contractualisation du responsable du réseau et des organismes d'assurance maladie (obligatoire et complémentaire).

- convention fixant clairement objectifs recherchés (retenir des objectifs quantifiables), les droits et obligations de chacun, le suivi et l'évaluation ;
- mise en place de comité de suivi de l'expérimentation (médical, médico-administrative); nécessité de faire des bilans d'étape ;
- méthodologie de l'évaluation indispensable et diffusion des résultats tant relative à la pratique du professionnel (médical et économique) que concernant le fonctionnement du dispositif (volet médical, organisationnel et financier). Le recours à un expert externe au contractant est envisageable.