



l'Assurance Maladie
des salariés-sécurité sociale
caisse nationale

CIRCULAIRE

CIR-124/2002

Document consultable dans Médi@m

Date :

06/09/2002

Domaine(s) :

Professions de santé

Nouveau	☐
Modificatif	☐
Complémentaire	☐
Suivi	☒

Objet :

Accord de bon usage des soins
à domicile

Liens :

LR-DDRI-136/2002

Plan de classement :

2 22

Emetteurs :

DDRI DSM

Pièces jointes : 1**à Mesdames et Messieurs les**

☒ **Directeurs**

☒ CPAM ☐ CRAM ☒ URCAM
☐ UGECAM ☒ CGSS ☐ CTI

☐ **Agents Comptables**

☒ **Médecins Conseils**

☒ Régionaux ☒ Chef de service
☒ Médecin Chef de la Réunion

Pour mise en oeuvre immédiate

Résumé :

La présente circulaire a pour objet :

- de détailler de manière précise les dispositions de l'accord national de bon usage des soins à domicile,
- d'expliquer le cadre dans lequel doivent se situer les déclinaisons régionales.

Mots clés :

AcBUS, visites

Le Directeur
Délégué aux Risques

Pierre-Jean LANCERY

Pour le Médecin Conseil National

Yvette RACT



CIRCULAIRE : 124/2002

Date : 06/09/2002

Objet : Accord de bon usage des soins à domicile

Affaire suivie par : Catherine KERMARC (DDRI) 01 42 79 32 12

Dr Pascal PFISTER (DSM) 01 42 79 31 92

Dr Philippe RICORDEAU (DSM) 01 42 79 35 96

Madame, Monsieur le Directeur,
Madame, Monsieur le Médecin Conseil Régional,
Madame, Monsieur le Médecin Conseil Chef de Service,

Par lettre réseau n° 136 du 1/08/02, nous vous avons présenté de manière succincte les principales dispositions de l'avenant n°10 à la convention nationale des médecins généralistes et de l'accord national de bon usage des soins à domicile. Nous vous informons que ce dernier vient d'être publié sous la forme d'un arrêté du 26 août 2002 et publié au Journal Officiel du 30 août 2002.

La présente circulaire a pour objet de vous aider dans les négociations à mener pour la signature des accords régionaux de bon usage des soins à domicile. Les URCAM sont chargées de mener ces négociations dans chaque région ; elles devront transmettre les accords régionaux à la CNAMTS au plus tard le 1^{er} octobre 2002.

Cet accord peut être négocié avec les syndicats représentatifs de la profession des médecins généralistes mais ne devra être signé que par le représentant du syndicat MG-France puisque seul ce syndicat est signataire de la convention nationale en vigueur et de l'accord national de bon usage des soins sur la visite.

I) LE CONTENU DE L'ACCORD NATIONAL DE BON USAGE DES SOINS

① Pourquoi un accord de bon usage de soins?

La signature de cet accord de bon usage des soins représente la contrepartie de la revalorisation de la visite au tarif de la consultation, c'est-à-dire 20 euros.

Dans son préambule, l'accord rappelle les termes de l'article L.162-3 du code de la sécurité sociale, qui précisent que les consultations médicales sont données au cabinet du praticien, sauf lorsque l'assuré ne peut se déplacer en raison de son état. Or, en 2001, 65 millions de visites ont été remboursées par l'Assurance Maladie, ce qui correspond à un taux de V/V+C égal à 23,5 %. Ce pourcentage élevé place la France dans une situation relativement atypique par rapport aux pratiques européennes. Les parties signataires estiment donc nécessaire de faire évoluer les comportements sur ce sujet, les soins donnés au cabinet apportant une meilleure garantie de qualité au patient et améliorant les conditions d'exercice des médecins.

Le constat acté dans le texte de l'accord pointe des disparités très fortes entre les régions puisque le taux V/V+C varie de 14% à 33,3%, sans d'ailleurs que ces disparités puissent souvent s'expliquer par des critères autres que culturels.

② Quels sont les objectifs de l'accord de bon usage des soins ?

L'accord national a fixé comme objectif médicalisé d'évolution des pratiques, la réduction du nombre de visites. Pour la première année d'application de cet accord, le nombre de soins hors cabinet doit diminuer de 5% France entière (article 3-1).

Par ailleurs, l'accord précise que les parties signataires ont estimé qu'actuellement sur l'exercice 2002, 30 % des déplacements pourraient bénéficier de la MMD (MD au 1^{er} octobre, article 1^{er}).

③ Quelles sont les règles autorisant la facturation d'une majoration sur un acte de soins hors cabinet ?

Réglementairement, la majoration (cotée actuellement MMD puis MD à partir du 1^{er} octobre) peut être facturée pour des visites effectuées auprès de personnes placées dans des situations médico-administratives citées par arrêtés de nomenclature :

- Arrêté du 28/04/00 (J.O du 29/04/00) :
 - les personnes âgées d'au moins 75 ans exonérées du ticket modérateur au titre des affections mentionnées au 3° et 4° de l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale.

- Arrêté du 27/02/02 (J.O du 01/03/02) :
 - les bénéficiaires de l'allocation tierce personne au titre du 3^o de l'article L 341-4 de l'article L341-15 du CSS, du 3^{ème} alinéa de l'article L 434-2 du CSS, de l'article L245-1 du code de l'action sociale des familles ;
 - les titulaires de l'allocation personnalisée d'autonomie relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie exonérées du ticket modérateur au titre de l'assurance maladie ;
 - des patients ayant fait l'objet d'une intervention chirurgicale d'un coefficient supérieur à KCC 150 (visites effectuées dans les 10 jours suivant l'intervention) ;
 - des patients en hospitalisation à domicile.
- Arrêté du 26/08/02 (J.O. du 30/08/02) :
 - les personnes exonérées du ticket modérateur pour les ALD suivantes quel que soit leur âge : accident vasculaire cérébral invalidant, forme grave d'une affection neuro-musculaire (dont myopathie), maladie de Parkinson, mucoviscidose, paraplégie, sclérose en plaques.

Les personnes concernées par ces situations médico-administratives doivent en outre être dans l'incapacité de se déplacer au sens du référentiel médical joint en annexe à l'accord de bon usage des soins.

Exceptionnellement, pendant la phase d'évaluation, les médecins peuvent facturer des majorations dans deux types de situation :

- des situations médicales : le médecin apprécie l'incapacité à se déplacer de son patient au regard du seul référentiel médical,
- des situations socio-environnementales : le médecin apprécie l'incapacité à se déplacer de son patient au regard des critères fixés par l'AcBUS national et qui relèvent de deux types de considérations qui doivent être cumulés :
 1. **la situation personnelle du patient** : notamment son âge (le texte national cite l'âge repère de 80 ans) et son appartenance à une famille dont la composition à une incidence sur la capacité à se déplacer au cabinet du médecin,
 2. **la situation géographique du domicile du patient** qui doit se situer dans une zone où sont constatées des difficultés d'accès aux soins de premier recours.

Ces situations socio-environnementales sont à préciser dans le cadre des déclinaisons régionales de l'accord de bon usage des soins qui devront, entre autres, déterminer les zones précitées en cohérence avec le décret d'application de l'article 39 de la LFSS 2002.

Ce décret n'étant pas paru à ce jour, vous trouverez ci-joint le projet qui a été soumis à l'avis du Conseil d'Administration de la CNAMTS en sa séance du 23 avril 2002 et dont vous pourrez vous inspirer pour effectuer vos travaux. Ce projet de décret a fait l'objet de réserves de la part du Conseil d'Administration d'une part, sur le caractère trop restrictif de la liste des critères et, d'autre part, sur la nécessité de négocier la détermination des zones déficitaires.

Lorsque le médecin facture une majoration de déplacement à titre exceptionnel, il doit être en mesure de pouvoir en communiquer le motif.

Un arrêté de nomenclature sera prochainement transmis à la CNAMTS pour avis en vue d'une parution pour application au 1^{er} octobre de ces nouvelles mesures relatives d'une part, à l'utilisation d'un référentiel médical en sus des situations médico-administratives et, d'autre part, à la fixation possible de situations socio-environnementales ouvrant droit à la majoration de déplacement dont le montant est fixé à 10 euros.

Les déclinaisons régionales de l'accord de bon usage des soins national devront afficher un objectif de réduction du nombre des visites (qui doit permettre le respect de l'objectif national fixé à 5%) en fonction des spécificités régionales et décliner les actions à mettre en œuvre pour atteindre ce résultat. De plus, les accords régionaux devront se fixer une proportion de visites bénéficiant d'une majoration pour les critères socio-environnementaux.

II) LE CADRE DANS LEQUEL DOIVENT SE SITUER LES DECLINAISONS REGIONALES

① Comment calculer vos objectifs ?

L'objectif premier de l'accord de bon usage des soins vise à réduire le nombre de visites remboursées avec ou sans majoration de déplacement (MD). Pour la première année, cet objectif de réduction est de 5%, France entière. En 2001, 65 millions de visites au total ont été remboursées aux assurés (source : SNIR 2001). La réduction attendue est donc de 3 250 000 actes de soins hors cabinet pour 2002, à répartir, en première analyse, entre les régions au prorata du nombre de visites remboursées en 2001. Un taux de réduction du nombre de visites en 2002 devra être discuté avec les syndicats professionnels et adapté, à votre initiative, en tenant compte des spécificités locales.

Il a été estimé que 30% des soins hors cabinet pouvaient bénéficier d'une majoration soit un nombre voisin de 19 000 000, France entière. Les majorations de déplacement doivent être justifiées par des motifs médico-administratifs ou par des critères socio-environnementaux. Il vous appartient de fixer, en partenariat avec les professionnels de santé, un taux de majoration de déplacement pour les seuls critères socio-environnementaux.

② Quelles sont les informations qui vous seront demandées ?

Le suivi de cet accord au plan national implique de disposer d'informations régulières quant à l'application de l'accord de bon usage de soins par les professionnels de santé. Dans cette perspective, un bilan vous sera demandé régulièrement comportant un volet quantitatif et un volet qualitatif.

Concernant le volet quantitatif, les informations suivantes (en date de soins) vous seront demandées :

- Nombre de visites durant la période considérée de l'année $n - 1$.
- Nombre de visites attendues durant la période considérée de l'année n (*calculé en appliquant le taux de réduction régional négocié au nombre de visites de la période considérée de l'année $n-1$*).
- Nombre de visites remboursées et nombre de visites avec majoration remboursées durant la période considérée de l'année n .
- Nombre de visites avec majoration pour critères socio-environnementaux attendues durant la période considérée de l'année n (*calculé en appliquant le taux régional négocié au nombre de visites remboursées de la période considérée de l'année n*).
- Nombre de visites avec majoration pour critères socio-environnementaux remboursées durant la période considérée de l'année n (la lettre-clé MD pourra se distinguer en MD1 pour les motifs médicaux et MD2 pour les motifs socio-environnementaux).
- Tarif moyen des visites hors MD.

Concernant le volet qualitatif, les informations porteront sur les critères médico-administratifs et les critères socio-environnementaux motivant les majorations des visites remboursées par l'Assurance Maladie. Un groupe de travail, mis en place par la CNAMTS, est chargé de concevoir une méthodologie de suivi qui vous sera diffusée au cours du premier trimestre 2003. La méthodologie élaborée par le groupe comportera :

- une procédure d'échantillonnage adaptée aux objectifs visés ;
- un questionnaire médico-administratif et une réflexion sur les modalités de recueil de l'information en tenant compte des différents motifs de MD ;
- une aide au remplissage du questionnaire ;
- un logiciel destiné à la saisie anonyme des informations.

Le premier bilan, uniquement quantitatif, portera sur le dernier trimestre 2002. Les informations devront parvenir à la CNAMTS fin avril 2003.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur le Directeur, Madame, Monsieur le Médecin Conseil, l'expression de notre considération distinguée.

Le Directeur Délégué aux Risques
Pierre-Jean LANCRY

Le Médecin Conseil National Adjoint
Docteur Yvette RACT