

SML FOCUS Convention

Informatisation du cabinet

Convention

Article 26.1 (extrait)

La valorisation de la qualité des pratiques

Les partenaires conventionnels s'entendent pour mettre en place une rémunération à la performance valorisant la qualité des pratiques.

Les différents indicateurs retenus couvrent deux grandes dimensions de la pratique médicale :

- l'organisation du cabinet et la qualité de service ;*
- la qualité de la pratique médicale.*

L'organisation du cabinet et la qualité de service :

Les indicateurs portant sur l'organisation du cabinet bénéficient à l'ensemble des médecins à l'exception de l'indicateur d'élaboration et de mise à disposition d'une fiche de synthèse annuelle intégrée au dossier médical informatisé, réservé aux médecins traitants pour le suivi de leurs patients.

Pour ce dernier indicateur le nombre de points sera pondéré selon le volume de la patientèle réelle.

Les indicateurs mesurent l'utilisation des logiciels métiers professionnels pour la gestion des données du dossier médical et celle des logiciels d'aide à la prescription afin d'optimiser le suivi des patients et leur prise en charge.

La tenue d'un dossier médical actualisé pour chaque patient doit permettre de saisir les données cliniques issues de l'examen médical, des résultats d'examens paracliniques et les données thérapeutiques (traitements, allergie, contre-indications). Le dossier médical est voué à évoluer vers un dossier communiquant qui pourra à terme bénéficier d'un accès partagé afin de faciliter le travail en équipe et les échanges avec les autres professionnels.

Les indicateurs mesurent l'utilisation de l'équipement informatique afin de valoriser le déploiement des technologies de l'information et de communication (TIC) de manière à faciliter les échanges avec l'assurance maladie via la télétransmission et les téléservices et à des fins médicales.

Les partenaires souhaitent favoriser la communication à destination des patients sur l'organisation du cabinet afin de faciliter l'accès aux soins. Dans ce cadre, ils s'engagent à transmettre à la CPAM les données nécessaires afin de mettre en ligne, sur le site d'information de l'assurance maladie, les horaires d'ouverture du cabinet, les plages de consultations avec et sans rendez-vous, et les informations sur les conditions d'accessibilité à destination des personnes présentant un handicap. L'indicateur mesure la réservation de plages d'accès sans rendez-vous pour faciliter l'accès aux soins des patients.

Par ailleurs, les médecins traitants élaborent, à partir d'un dossier informatisé actualisé, une synthèse annuelle pour chaque patient. Cette synthèse permet de planifier la prise en charge notamment des calendriers de suivi et la coordination avec les autres professionnels de santé.../...

Article 26.2

Organisation du cabinet

Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle

Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié ()*

Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des Téléservices

*Affichage dans le cabinet et sur le site ameli (**) des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients*

Elaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ces patients

() Ou pour les médecins non prescripteurs (anatomo-cytopathologiste) d'un module de création de compte rendu standardisé alimentant le dossier médical informatisé ou le DMP.*

*(**) Dès lors que le service sur ameli sera opérationnel.*

Rémunération possible des Spécialistes : 250 points = 1750 euros.

**Rémunération possible des Généralistes : 150 points supplémentaires
1050 euros + 1750 euros = 2800 euros**

1. Conditions de déclenchement des indicateurs d'organisation du cabinet

Les deux conditions sont :

- Disposer d'un équipement permettant la télétransmission des feuilles de soins conforme à la dernière version du cahier des charges publié par le GIE SESAM-vitale.
- Atteindre un taux de télétransmission en FSE supérieur ou égal à 2/3 de l'ensemble des feuilles de soins.

Les deux conditions seront mesurées et calculées par l'Assurance Maladie.

Pour le calcul du taux de télétransmission, sont exclus du champ conformément à l'article 1^{er} de l'annexe XVII de la convention médicale signée le 26 juillet 2011 : « les actes facturés pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat, pour les nourrissons de moins de trois mois, les prestations de soins effectuées dans leur totalité hors présence du patient, et les actes facturés via la facturation électronique des établissements de santé sur bordereau CERFA S3404».

La période sur laquelle est calculé le taux de FSE débute le mois suivant la date de première FSE.

Le médecin est réputé remplir cette condition durant l'année de référence ou à partir du démarrage de son activité dès lors que le nombre d'actes télétransmis rapporté au nombre total d'actes réalisés est $\geq 2/3$

Le nombre d'actes télétransmis correspond au dénombrement des actes télétransmis par le médecin à partir de sa première FSE réalisée au cours de l'année, quel que soit le régime.

Le nombre total d'actes réalisés correspond au dénombrement des actes, au format électronique ou papier, transmis par le médecin à partir de la date de sa première FSE, quel que soit le régime.

Nota : si la première FSE est réalisée en décembre 2012, le décompte du taux de FSE ne pourra pas être effectué pour la rémunération versée en 2013. La condition de déclenchement des indicateurs d'organisation ne sera donc pas remplie.

La version du cahier des charges GIE SESAM-Vitale retenue en 2012 est la version 1.40 au minimum addendum 2 bis. Elle est appréciée au 31/12/2012.

La fréquence de mise à jour de ces données sera trimestrielle.

2. Les 4 indicateurs concernent tous les médecins quelle que soit leur spécialité

Pour bénéficier de la rémunération de ces indicateurs, le médecin doit déclarer à la caisse d'assurance maladie ou sur Espace Pro le fait qu'il a ou non les équipements adéquats.

Il est nécessaire de garder les justificatifs d'achat, les bons de commande émis ou, pour les médecins déjà équipés, les factures de contrat de maintenance. Les justificatifs seront comptabilisés pour la durée de la convention.

2.1. Mise à disposition d'un justificatif comportant un descriptif de l'équipement permettant la tenue du dossier médical informatisé et la saisie de données cliniques pour le suivi individuel et de la patientèle

Les données cliniques comprennent à minima les données de suivi cliniques prises en compte dans les indicateurs déclaratifs de pratique clinique (TA, résultat du dosage d'HbA1c et LDL cholestérol) mais ne peuvent se limiter à ces données.

1. La rémunération sera complète si le logiciel métier a été installé avant le 31/12/2011 ou si la date figurant sur le bon de commande est antérieure au 31/12/2011 et que l'installation est réalisée avant le 31/12/2012
2. La rémunération sera proratisée par rapport à la date d'acquisition après le 01/01/2012.

2.2. Mise à disposition d'un justificatif témoignant de l'utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié

Compte tenu de l'offre actuelle restreinte des logiciels certifiés, les modalités de rémunérations diffèrent selon que le professionnel possède déjà un logiciel ou qu'il en fasse l'acquisition, et selon la date de dépôt de la demande de certification de l'éditeur du logiciel. La date de dépôt de la demande sera matérialisée par une procédure d'accusé/réception au niveau de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La date de dépôt de la demande de certification est la date de recevabilité par l'organisme certificateur du dossier. Cette date inclut le délai d'un mois nécessaire à l'organisme certificateur, à partir du dépôt d'un dossier, pour se prononcer sur la recevabilité du dossier de certification. Il s'agit d'un gage pour le médecin que le dossier déposé par l'éditeur du logiciel d'aide à la prescription est robuste.

L'éditeur devra s'engager, au dépôt de son dossier, à être audité dans un délai de 3 mois après le prononcé de recevabilité d'un dossier de certification. .

Le professionnel possède un logiciel d'aide à la prescription (LAP) avant le 31/12/2011

1. Le LAP est certifié par la HAS avant le 31/12/2011 : la rémunération sera complète
2. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2011 mais l'éditeur engage une démarche de certification et :
 - a. le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur avant le 31/03/2012 : la rémunération sera complète si la certification est obtenue en 2012.
 - b. le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur après le 31/03/2012 : la rémunération sera proratisée à compter de la date de certification.

Si la certification n'est pas obtenue en 2012 : absence de rémunération.

Le professionnel acquiert un logiciel d'aide à la prescription (LAP) après le 31/12/2011

3. Le LAP est certifié par la HAS avant le 31/12/2011 : la rémunération sera proratisée à compter de la date d'acquisition du logiciel.
4. Le LAP n'est pas certifié au 31/12/2011 mais l'éditeur engage une démarche de certification et :
 - a. le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur avant le 31/03/2012 : la rémunération sera proratisée à compter de la date d'acquisition si la certification est obtenue en 2012.
 - b. le dépôt de la demande est effectué par l'éditeur après le 31/03/2012 : la rémunération sera proratisée à compter de la date de certification.

2.3. Mise à disposition d'un justificatif d'équipement informatique permettant de télétransmettre et d'utiliser des téléservices

Les indicateurs d'organisation étant déclenchés aux deux conditions d'avoir une version adéquate du cahier des charges SESAM-Vitale et d'atteindre un taux de télétransmission $\geq 2/3$ de feuilles de soins électroniques, cet indicateur sera calculé si le médecin télétransmet.

En revanche, pour bénéficier de la rémunération, le médecin doit remplir les deux conditions de l'indicateur, informatisation permettant de télétransmettre et d'utiliser les téléservices. Il peut, pour cela, utiliser deux équipements distincts.

1. La rémunération sera complète si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté avant le 30/06/2012 aux téléservices (arrêt de travail en ligne, déclaration médecin traitant ou protocole électronique pour 2012).
2. La rémunération sera proratisée, si le médecin télétransmet et qu'il s'est connecté aux téléservices après le 30/06/2011, sur la date à laquelle il s'est connecté.

2.4. Affichage dans le cabinet et sur le site Ameli des horaires de consultations et des modalités d'organisation du cabinet, notamment pour l'accès adapté des patients

L'indicateur est déclaratif, les médecins seront interrogés sur l'affichage ou non des horaires dans leur cabinet, notamment sur les modalités de consultation avec ou sans rendez-vous. A terme ils déclareront leurs horaires à l'assurance maladie pour un affichage sur le site Ameli.

3. L'indicateur réservé au médecin traitant : élaboration à partir du dossier informatisé, et mise à disposition, d'une synthèse annuelle par le médecin traitant pour ses patients

Dans un premier temps, pour 2012, la synthèse annuelle doit pouvoir être éditée avant le 31/12/2012 par le médecin, pour le suivi médical de ses patients.

Le contenu de la synthèse médicale est défini ainsi :

Etat civil du patient,

Coordonnées du médecin traitant

Antécédents personnels utiles (médicaux, chirurgicaux, allergies)

Antécédents familiaux utiles

Principales constantes (HbA1c, TA, Poids/taille, IMC...)

Traitement(s) en cours et pathologie(s)

Faits marquants et propositions thérapeutiques au cours de l'année.