

Art.
51

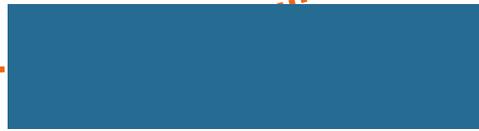
Conseil stratégique de l'innovation en santé

4 avril 2024

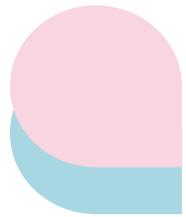
Bonnes pratiques de participation



Je **coupe** mon micro
quand je ne parle pas



Je me renomme ainsi :
prénom + rattachement



Introduction de la Vice-Présidente



**Témoignages
expérimentateurs : PEPS,
IPEP, EDS**



**Point travaux Parcours Coordonnés
Renforcés de la LFSS 2024**



**Avis rendus
et à rendre
en 2024**



L'expérimentation

« Incitation à une prise en charge partagée »
(IPEP)





Une expérimentation nationale, co-portée par le ministère de la santé et l'Assurance Maladie, dans le cadre de l'Article 51

Le principe



Des professionnels d'un territoire se constituent en **groupements**



Ils **mettent collectivement des actions en place au bénéfice d'une patientèle commune**, dans un objectif de décroisement et d'amélioration de la qualité des soins.



Le modèle économique



Si le groupement atteint certains objectifs en matière de qualité des soins et de maîtrise des dépenses d'Assurance Maladie, il reçoit un **intéressement collectif** chaque année.

IPEP = modèle incitatif



L'intéressement est :

- **complémentaire** aux rémunérations de droit commun existantes
- Conditionné à l'atteinte d'objectifs en matière de qualité et de maîtrise des dépenses
- versé à un groupement **libre dans l'utilisation qui en est faite**

Les objectifs



- **Soutenir de nouvelles formes d'organisations pluriprofessionnelles** pour des **actions mieux coordonnées** au bénéfice d'une patientèle commune
- **Améliorer le service rendu** à la population en termes d'accès aux soins, de lien ville-hôpital, de prévention et de pertinence des prescriptions médicamenteuses
- **Décloisonner** les secteurs sanitaire, médico-social et social

L'enjeu

Une incitation comme levier d'évolution des pratiques en faisant confiance aux acteurs des territoires.



Porteurs de projet

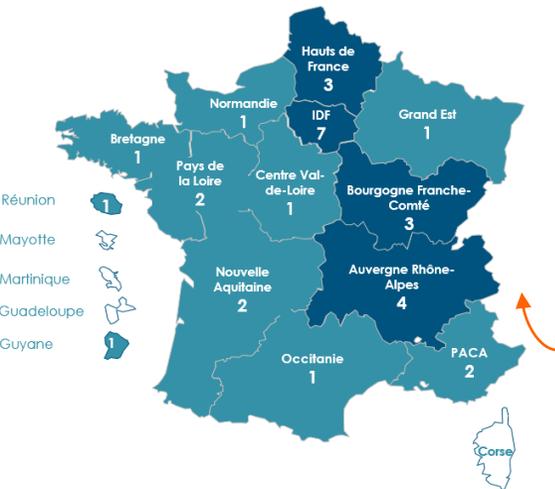
CNAM & DGOS

Critères d'éligibilité

Une patientèle d'au moins 5000 patients MT et la présence effective de MT participant au projet

Typologie de projets

- Sur patientèle totale
- Sur patientèle spécifique (précaire, PA, maladies chroniques ...)
- Responsabilité populationnelles (5 groupements FHF)



EXPÉRIMENTATION IPEP CHIFFRES CLES 2023



14 groupements sont portés par une CPTS ou une MSP
 7 groupements sont portés par un CH + PSLA ou CPTS ou libéraux
 3 groupements sont portés par un GHT, un GHU ou un CH
 3 groupements sont portés par des centres de santé
 2 groupements d'acteurs en santé à l'échelle régionale autour d'un DAC

Dont 5 projets de responsabilité populationnelle portés par la FHF

Evaluation

Une évaluation multi disciplinaire menée par l'IRDES

Budget

Total CAI = 2 116 000€
 Total intéressement 2019 à 2023 = 15 630 224€

Année	2019	2020	2021	2022	2023
Montant	1,4 M€	3,6 M€	3,9 M€	4,6 M€	4,2 M€

Total versé durant l'expérimentation = **17 746 224€**



Témoignage expérimentateur IPEP

MSP Saint Claude, Patrick Vuattoux

Les points forts de cette histoire au sein de la MSP...

- Volonté d'utiliser les leviers du pluripro pour apporter des réponses aux besoins ressentis comme « urgents »:
 - les consultations non programmées
 - les sorties d'hospitalisation
 - l'accueil de nouveaux patients
- Temps d'appropriation individuel et collectif:
 - recrutement d'une inf. d'équipe multifonctions: une inf. formée IPA
 - **acculturation à la démarche qualité, aux indicateurs, à la découverte des délégations ou simplement de la réduction du temps médical, de la notion d'équipe plus que du MG seul, du coût des soins, ouverture des MG pour accueillir de nouveaux patients complexes (ALD...)**
 - lien avec les organisations territoriales (DAC, CHU,...) et ARS.



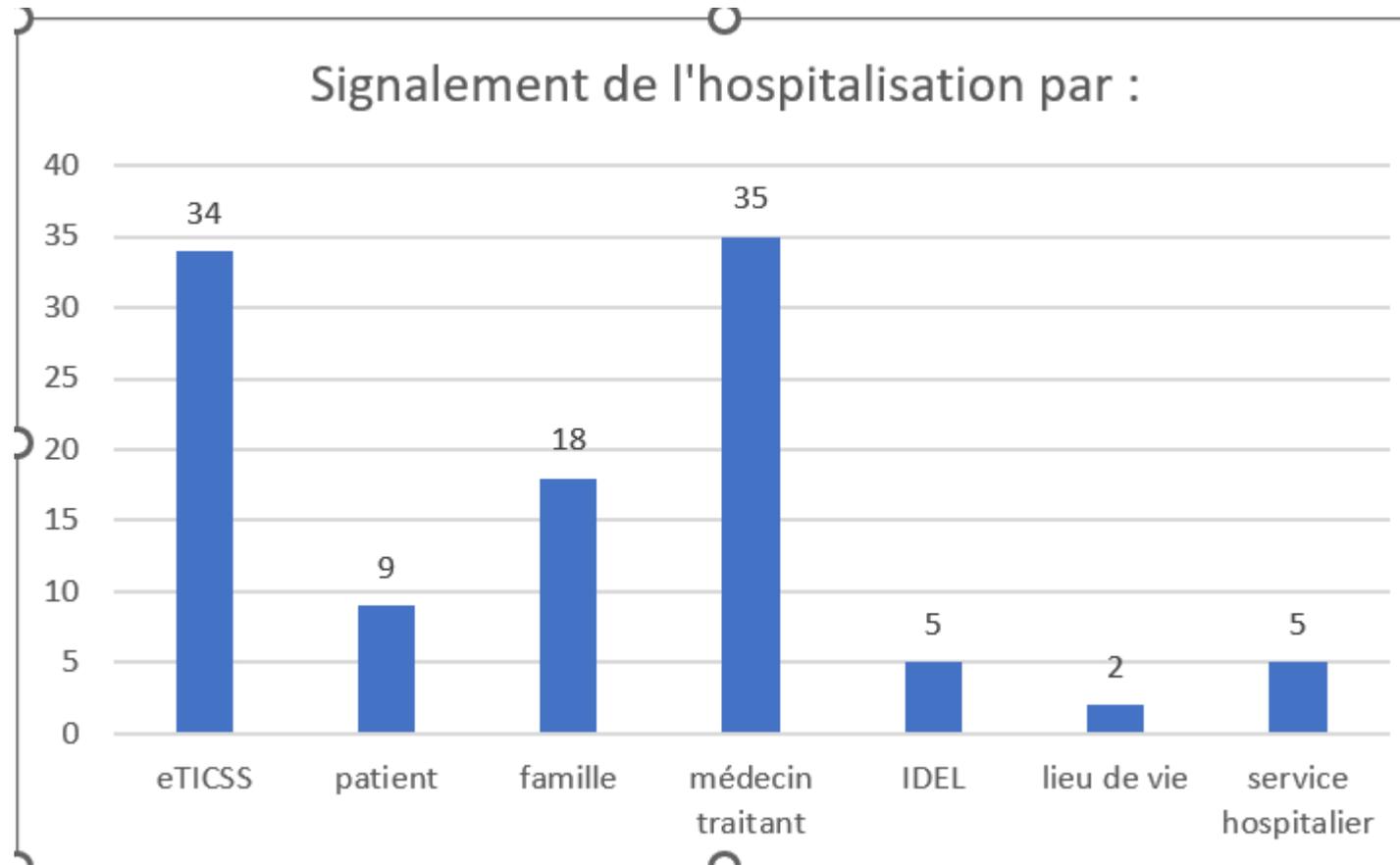
1246 = nombre de consultations non programmées réalisées de 09/2021 à 03/2024

362.2 = nombre d'heures médicales économisées

198 = nombre de patients qui auraient pu se rendre aux urgences en l'absence de consultation médicale

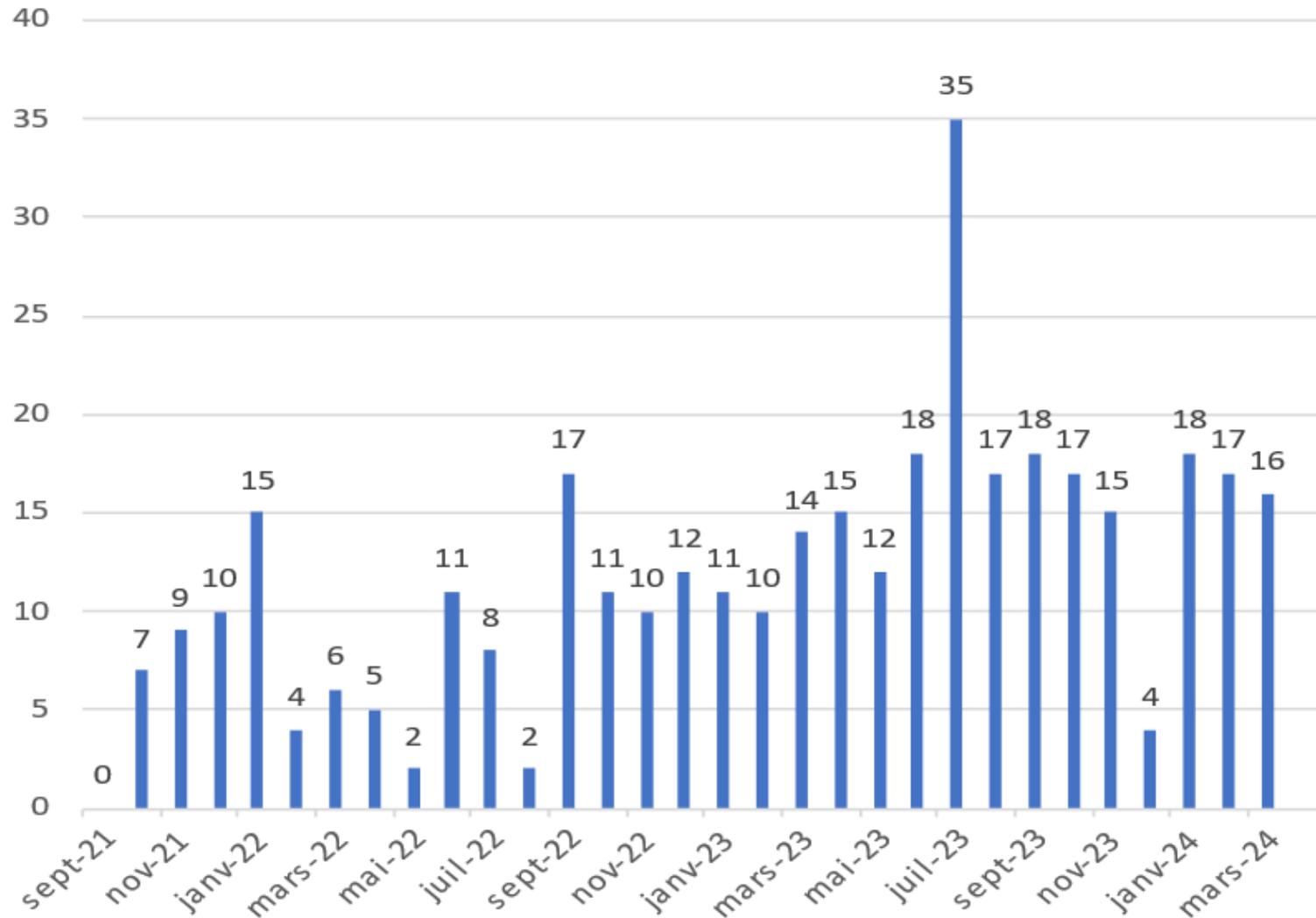


Sorties d'hospitalisation (sur 6 mois): 107 patients repérés (80,7 ans / ALD: 92 %/ intervention IPA dans 75 % des cas...)



Accueil nouveaux patients « complexes »

Nombres de nouveaux patients vus en IPEP



- Quelques résistances de certains MG mais effet « vitrine » au sein de l'équipe
- Nécessité d'un référent qualité appartenant à l'équipe
- Stratégie nécessaire par rapport aux 10 indicateurs
- Cohérence des PS : protocoles, prescriptions (RX/bio/TT...)
- Organisation perfectible: MG d'astreinte « IPEP », secrétariat, les samedi matin,...
- Stress économique: irrégularité des montants du bonus annuel (SOS FIR ARS !): socle pour un temps minimum d'inf d'équipe + ROSEP d'équipe pour complément ?
- Calcul du bonus complexe mais nécessaire ?



Echanges-discussion



L'expérimentation

« Paiement en équipe de professionnels de santé » (PEPS)





Le paiement en équipe de professionnels de santé (PEPS) est une expérimentation co-portée par le Ministère de la Santé et la CNAM dans le cadre de l'Article 51. L'expérimentation teste un nouveau mode de financement fondé sur le versement d'une rémunération au forfait qui se substitue au paiement à l'acte pour la patientèle « médecin traitant » d'une équipe. L'équipe PEPS est composée d'au moins 5 professionnels de santé volontaires, avec au minimum 3 médecins généralistes et 1 infirmier. Les équipes sont libres dans la répartition et l'utilisation de la rémunération PEPS.

Le modèle économique PEPS



Forfait à la capitation en substitution au paiement à l'acte (sur un périmètre d'actes) versé à la structure (MSP ou CDS) pour l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle.

Forfait modulé selon plusieurs variables : le profil et le nombre de patient pris en charge, la qualité des prises en charge, les caractéristiques du territoire afin de prévenir un risque de sélection des patients, préjudiciable pour les patients les plus complexes, mais également d'éviter de trop importants écarts entre le forfait et les besoins de soins.

Les objectifs



L'objectif général de l'expérimentation de ce nouveau modèle de financement est d'approfondir la coordination pluriprofessionnelle.

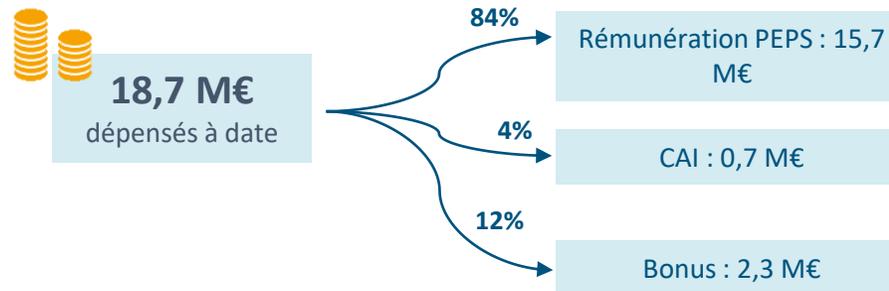
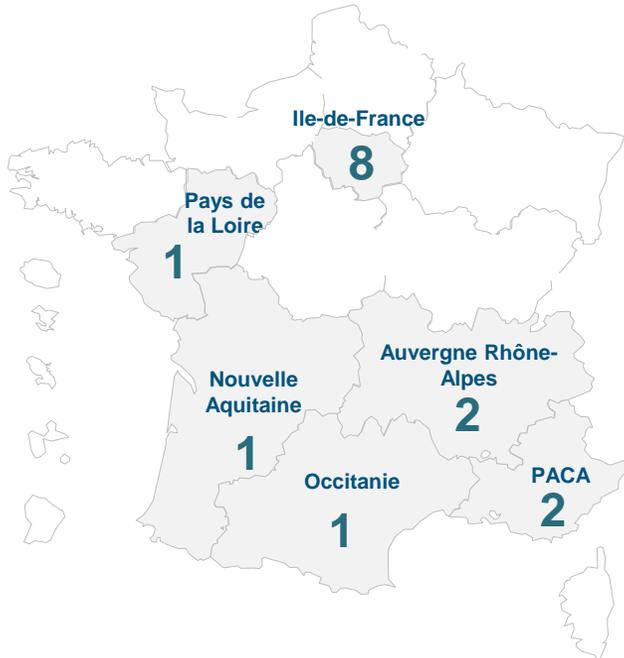
Cet approfondissement de la coordination pluriprofessionnelle doit permettre aux équipes de mettre en place des modifications organisationnelles via la délégation de tâches au sein de l'équipe pluriprofessionnelle afin de permettre une libération de temps médical.

Les enjeux



Le passage à une rémunération forfaitaire en équipe a pour ambition de permettre aux équipes de dégager du temps et des ressources afin **d'améliorer la prise en charge des patients**, que ce soit sur le plan qualitatif (améliorer la pertinence et la qualité de la prise en charge, développer de nouvelles activités...) ou quantitatif (augmenter la file active "médecin traitant" et ainsi **améliorer l'accès aux soins** sur le territoire et en particulier dans les zones sous-denses).

Etat d'avancement de l'expérimentation PEPS



2019	2020	2021	2022	2023
2,3 M€	0,7 M€	4,5 M€	5,2 M€	6 M€



Patientèle ciblée

Les équipes peuvent choisir de basculer au forfait pour :

- L'ensemble de leur patientèle « médecin-traitant » (MT)
- La patientèle « médecin-traitant » âgée
- La patientèle « médecin-traitant » diabétique

Parmi les 15 équipes engagées, 13 ont choisi le forfait PEPS sur patientèle MT totale, 1 sur patientèle MT diabétique et 1 équipe sur patientèle MT âgée.



15 structures engagées sur 6 régions métropolitaines (12 CDS et 3 MSP)



66 242 patients inclus au 31.12.22



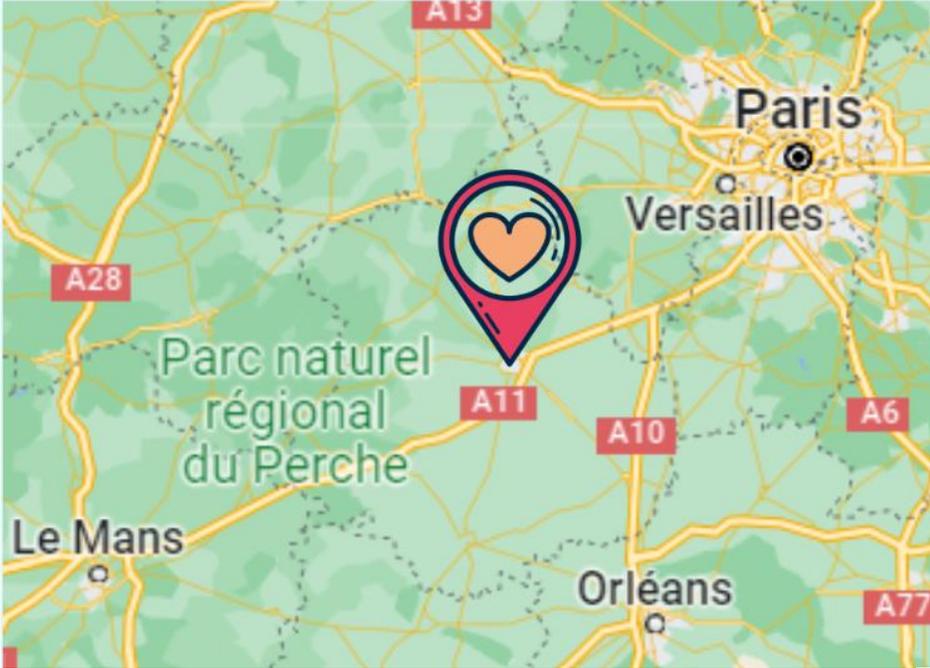
Evaluation multi disciplinaire menée par l'IRDES



Témoignage expérimentateurs PEPS

**MSP Les Allymes, Olivier Beley & CDS
Simone Veil, Karine Hottin Thoreau et
Elisa Marais**

MSP Les Allymes



Pôle Santé Simone Veil

Centre de santé polyvalent
Géré par un Syndicat Intercommunal à
Vocation Unique (2 communes)

Patientèle : 4765 patients
Dont 1615 patients de +65 ans
consommants

Effectifs :

7 MG pour 2,8 ETP

5 IDE

2 IPA

3 secrétaires



FORCES

- ✓ Expérimentation PEPS : patientèle âgée
- ✓ CPTS du Perche Emeraude très active en termes de projets et de déploiement d'innovations en santé (ex : protocoles de coopération, télésanté...)

FAIBLESSES

- ✓ 5000 patients sans médecin traitant sur le territoire de la CPTS (30 000 hab.)
- ✓ Densité de MG : 25 pour 100 000 habitants
- ✓ 10 MG dont 1 seul de moins de 60 ans (58 ans)
- ✓ Fermetures récurrentes du service des urgences du CH La Ferté-Bernard et saturation des urgences du CH du Mans

OPPORTUNITES

- ✓ Territoire économique et industriel dynamique, innovant
- ✓ Densité IDEL : 166 pour 100 000 habitants (supérieure à la moyenne régionale)

MENACES

- ✓ Risque de fermeture du Pôle Santé Simone Veil en raison de problèmes financiers et d'effectifs médicaux
- ✓ Ruptures de parcours patient en raison de difficultés d'accès aux soins et de réponses aux urgences ressenties

Objectif

QUOI ?

*Améliorer l'accès
aux soins non
programmés par une
prise en charge
qualitative apportée
par le double regard
médecin/ infirmier*

COMMENT ?

*En proposant une
consultation SNP en
binôme IDE/Médecin
BIM*

POUR QUI ?

*Patients en situation
d'urgence ressentie*

COMBIEN ?

*40 créneaux
par jour ouvré
au lieu de 25
par un MG seul*



BIM

QUOI ?

Permettre une prise en charge médicale à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie

POUR QUI ?

Personnes âgées de + de 65 ans ou personnes polyhandicapées ne pouvant plus se déplacer seules jusqu'à un cabinet médical

**BIM,
à dom**

COMMENT ?

Par des visites réalisées en intercurrence médecin – IDE

COMBIEN ?

Visite IDE intercurrente + en situation aigue

RO tous les 3 mois par MG



TEMPS MEDICAL

Le problème :

Ressources médicales faibles
Pas de temps à consacrer à la gestion des dossiers et des parcours de soins

La solution :

Optimiser le temps médical en le recentrant sur la pratique clinique pure

TEMPS IDE

Le constat :

Ressources IDE importantes

La solution : Délégation de tâches vers les IDE avec comme activités transverses :

- ✓ Compétences cliniques (protocoles de coopération)
- ✓ Gestion du matériel médical et préparation des cabinets
- ✓ Gestion des dossiers de soins (lecture et analyse des résultats d'examens)
- ✓ Coordination des parcours de soins
- ✓ Projets de prévention et de promotion de la santé



Echanges-discussion



L'expérimentation « Episode de soins » (EDS)

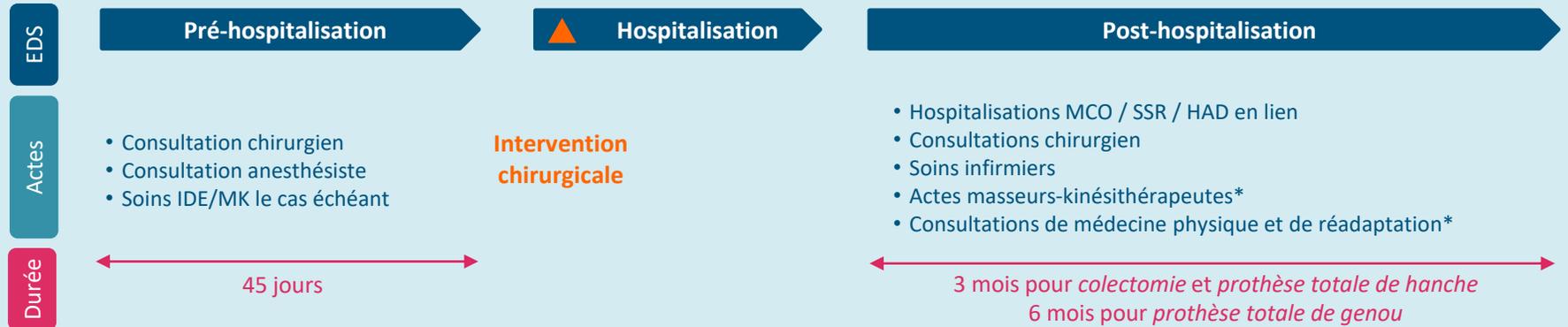


L'expérimentation EDS : principes et modèles

3 épisodes de soins concernés par l'expérimentation

-  Colectomie pour cancer programmée
-  Prothèse totale de hanche programmée
-  Prothèse totale de genou programmée

Rappel de l'épisode de soins



1

Une approche **globale** de la dépense = **forfait**



2

Une dimension **prédictive** prenant en compte les caractéristiques des patients connues à leur admission pour l'intervention



3

Une prise en compte de la qualité :

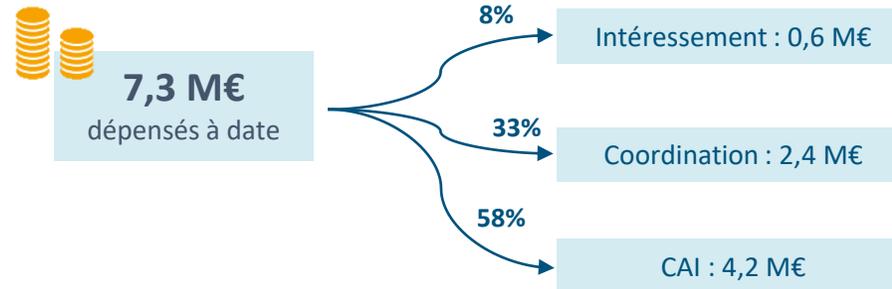
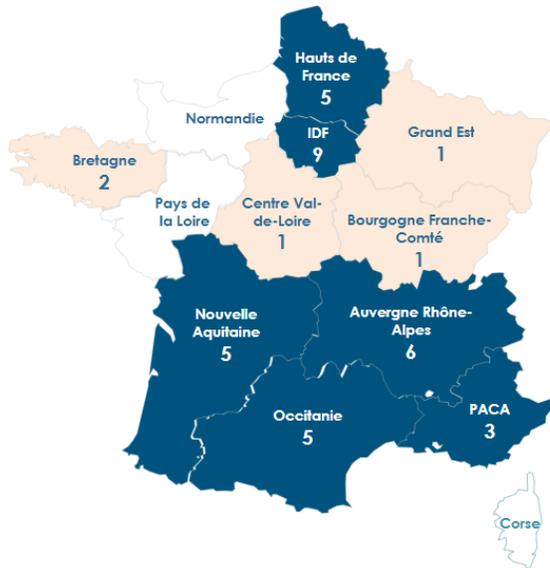
-  Une **enveloppe qualité** redistribuée intégralement selon les résultats d'un **score qualité**
-  Utilisation d'indicateurs de **processus**, de **résultats** et de **retours patients**

4

Un **intéressement** des acteurs aux résultats



Etat d'avancement de l'expérimentation EDS



2019	2020	2021	2022	2023
0,8 M€	1,3 M€	0,9 M€	1,4 M€	2,8 M€



Forfait visant à **favoriser l'adhésion des IDEL** à l'expérimentation et à valoriser au mieux le suivi et l'accompagnement post opératoire :

- Phase de test limitée à la région AURA
- 52€ sur la base d'1 séance/semaine sur une période de suivi de 3 semaines au domicile
- Facturation possible pour les EDS avec
 - Sortie au domicile post index, yc non RAAC/Ambulatoire,
 - Même en l'absence d'une prescription médicale



38 établissements engagés sur 10 régions métropolitaines (9 sorties depuis le début de l'expérimentation)



43 970 patients inclus sur la plateforme au 29.02.2024



Evaluation multi disciplinaire menée par un consortium (EHESP, Sciences Po Paris, PSE, Hospinomics)



Témoignage expérimentateurs EDS

**Hôpital Saint Joseph, Pascal Alfonsi &
CHP Saint Grégoire, Marcelle Le Bihan**

PTH – PTG - COLON

Parcours de soins définis : 45 jours en amont et 90 ou 180 jours (genou) en aval de l'hospitalisation

A ce jour : 2 processus identifiés : Les patients éligibles à la Réhabilitation Rapide Après Chirurgie / Pré-habilitation (colon)

Les patients de plus de 75 ans vulnérables, bénéficiant d'un Hôpital de jour, avec Médecin Gériatre et Infirmière en pratiques avancées

Points positifs :

- Formaliser et / ou développer les parcours de pré habilitation, les outils, grilles de fragilité ...
- Transversalité au-delà de l'établissement de santé, lisibilité pour le patient
- Harmonisation des pratiques de soins par partage des protocoles / ordonnances avec arbres décisionnels « Ville Hôpital » QR code=> qualité, continuité et sécurité des soins
- Compréhension des difficultés et attentes des acteurs de ville
- Développer une activité de chirurgie en ambulatoire
- IDE de coordination, mesure forte de l'expérimentation (à maintenir et financer) , fragilité, devenir, sortie
- Le recueil des indicateurs, chronophage si pas d'automatisation via le DPI (cependant renforce la tenue du DPI)
- Indicateurs qualité permettent de mesurer les écarts et de réajuster (INCA –Anémie dénutrition)
- Indicateurs PREM'S expérience patient positive, se surajoute aux différents questionnaires

Points à renforcer :

- Questionnaire PROM'S a posteriori d'un séjour en orthopédie
- Les outils numériques interopérables avec le DPI (questionnaires à distance)

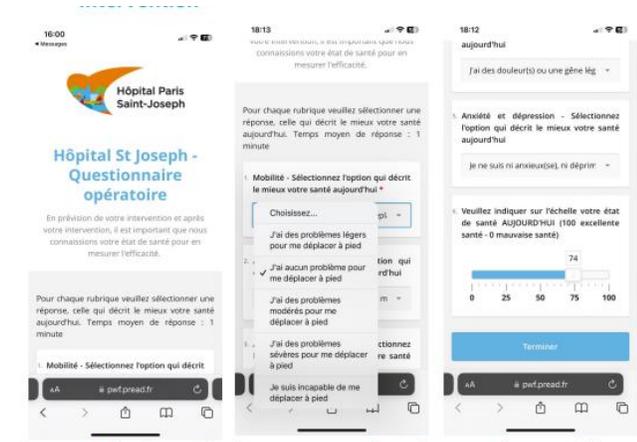
3972 patients inclus :

- 1991 PTG
- 1793 PTH
- 188 Colon

EDS : Témoignage Hôpital Paris Saint Joseph

- Depuis 2021, 950 patients inscrits sur la plate-forme
 - Colectomie / cancer : 176 patients
 - Prothèse totale de genou : 189 patients
 - Prothèse totale de hanche : 585 patients

- Principaux impacts et changements dans les parcours-patients :
 - Recrutement IDEC
 - Institution score de Qualité de vie EQ5D-5L :
 - Administré par PWA
 - Retour d'expériences : PREMS
 - Organisation de la sortie :
 - Création réseaux de ville IDE – kinés via les CPTS : Paris 13^{ème}-14^{ème} et 15^{ème}
 - HAD-R : 92



Echanges-discussion



Point travaux Parcours Coordonnés Renforcés de la LFSS 2024

PRISE EN CHARGE DES PARCOURS COORDONNÉS RENFORCÉS

- Article 46 de la LFSS pour 2024

1

Contexte

2

Contenu des projets de décrets

3

Calendrier et prochaines étapes

1

Contexte

2

Contenu des projets de décrets

3

Calendrier et prochaines étapes

Définition

Le parcours coordonné renforcé est une **prise en charge collective du patient**, par un ensemble de professionnels, autour d'un épisode de soins. Il met en rapport au sein d'une même structure plusieurs professionnels de santé, entre eux et avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient.

Objectif

1

Solidariser des acteurs autour d'un parcours de soins renforcé (*ville, hôpital, ESMS*) et faciliter la **coordination**

2

Octroyer à de **nouvelles formes de prise en charge** un modèle de **rémunération pérenne** :

- La **coordination clinique des parcours**
- L'accès à des **prestations aujourd'hui en dehors du panier de soins et non remboursées** (activité physique adaptée, diététique, psychomotricien, etc.) et réalisées par des **professionnels non conventionnés**
- L'**aller-vers** dans le cadre de prises en charge de publics ciblés.

Le parcours coordonné renforcé apporte une **réponse attendue en matière d'organisation des parcours de soins**, et permet d'accéder à **des prestations non conventionnées**. Il constitue une première concrétisation de **financement au parcours**. Il n'a pas vocation à se substituer aux parcours et dispositifs de coordination existants dans la mesure où le parcours coordonné renforcé propose des solutions pour les patients aujourd'hui plus difficilement pris en charge, sur un périmètre d'activités élargies.

Le parcours coordonné renforcé

Les outils de droit commun ne permettent pas à ce jour de réaliser de telles prises en charge. Pour y parvenir, le **Gouvernement a créé en LFSS pour 2024 un cadre permettant ce financement : les « parcours coordonnés renforcés ».**

Cette mesure permet d'**avancer très concrètement dans la prise en charge de certaines pathologies complexes** tout en faisant entrer dans le droit commun un mode de tarification innovant.

Suite à l'article 46 de la LFSS pour 2024, plusieurs modalités d'inscription dans le droit commun sont aujourd'hui envisageables pour les expérimentations probantes de l'article 51 :

- **Une intégration dans le champ conventionnel** lorsque l'innovation concerne uniquement des professions conventionnées ;
- **Une intégration dans le champ réglementaire**, à travers les arrêtés et circulaires budgétaires pour les établissements de santé et médico-sociaux;
- **Le parcours coordonné renforcé (PCR)** pour les expérimentations impliquant plusieurs professionnels dans le cadre d'un parcours : ce vecteur sera mobilisé de manière subsidiaire **quand le vecteur conventionnel ou réglementaire ne pourra l'être.**

Toute expérimentation mobilisant le PCR pour être inscrite en droit commun suivra ensuite le même processus :

1

Un avis du comité stratégique de l'innovation en santé

2

La mobilisation des expertises métier et la consultation des différents acteurs du secteur

3

La publication d'un arrêté correspondant à chaque parcours coordonné renforcé

Opérationnellement, le déploiement des parcours coordonnés renforcés s'appuiera sur **4 outils** :

1 – Une **définition réglementaire du parcours** après validation d'une ou plusieurs expérimentations sur la même prise en charge

2 – Une **enveloppe définissant un montant global par épisode** avec modulation possible selon l'activité et recouvrant notamment des prestations hors panier de soins

3 – Une **structure coordinatrice** qui transmet les informations à la CPAM concernant les patients suivis et la liste des professionnels impliqués dans la prise en charge.

Cette **structure ordonnance** ensuite les paiements pour les professionnels en précisant la part de l'enveloppe qui doit leur être versée.

Elle **perçoit également les financements au titre de la coordination**.

4 – Un **versement direct à chaque professionnel**, conventionné ou non, par la CPAM.

Les grands principes :

Une structure responsable

Une enveloppe financière
globale et modulable

Un versement direct aux
professionnels impliqués

Des contrôles a priori et
a posteriori

Les parcours coordonnés renforcés 2024/2025

	Pathologies chroniques							Santé mentale	Cancer	Handicap		
	EMNO	SLL	Occitan'air	Eva Corse	As du Coeur	Domoplaies	Paco	TSLA	Equip'addict	Onco'link	Ako@dom Picto	Eqlaat
Parcours	Prise en charge médicale Obésité 2 ^{ème} recours	Rééducation Cardiaque en centre de ville	Rééducation Respiratoire à domicile	Rééducation Cardiaque en centre de proximité	Activité physique adaptée post rééducation cardiaque	Plaies complexes recours spécialisé	Obésité	Trouble du langage et des apprentissages	Addictions complexes 1 ^{er} recours	Thérapies orales du cancer (+ immunothérapie)		Evaluation des besoins d'aides techniques
Patients				Adultes				Enfants 6-15 ans	Adultes	Adultes		Adultes
Champ			Ville				Hôpital	Ville		Ville/Hôpital		Ville/ Médico-social

Une expérimentation au parcours ne conduit pas nécessairement à la création d'un nouveau PCR : les approches en grappe permettent d'éviter la multiplication de parcours proches, (par exemple un parcours coordonné renforcé de réadaptation cardiaque en centre de ville, ou un parcours de prise en charge médicale de second recours de l'obésité...).

1

Contexte

2

Contenu des projets de décrets

Contenu du DCE

Contenu du décret simple

3

Calendrier et prochaines étapes

Les textes d'application nécessaires pour l'article 46

- 1 Un **décret en Conseil d'Etat** pour les modalités d'application de l'article 46 et notamment sur les exonérations de participation pour les assurés ;
- 2 Un **décret simple** pour lister les catégories de structures responsables de la coordination au sein desquelles des professions médicales, des auxiliaires médicaux ou des pharmaciens réalisent des prestations de soins.
- 3 Un **arrêté** chapeau qui liste les PCR inscrits en droit commun et les dispositions communes à tous les parcours dont le taux de la participation de l'assuré.
- 4 Un **arrêté pour chacun des PCR** auquel est annexé un cahier des charges propre à chaque PCR.

Contenu du projet de décret en Conseil d'Etat

1

Modalités d'inscription des PCR

Décision d'inscription, de concertation, contenu des arrêtés (chapeau et PCR)

2

Contenu et transmission du projet de parcours à l'ARS

Modalités de déclaration à l'ARS, contenu du projet de parcours, engagement des professionnels, retrait de l'autorisation

3

Modalités de prises en charge des PCR

Règles de fixation du forfait, subdivision en séquences, grands principes de facturation

Contenu du projet de décret en Conseil d'Etat

Condition d'inscription d'un parcours coordonné renforcé à la liste des PCR

- Une expérimentation « art 51 » avec une évaluation positive mobilisant un financement au parcours peut, suite à l'avis du conseil stratégique de l'innovation en santé (CSIS), être inscrite en droit commun via l'inscription d'un parcours dédié au sein de la liste des PCR prise par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Le contenu des PCR peut évoluer pour prendre en compte l'arrivée des différentes expérimentations. L'information des acteurs sur la création d'un nouveau PCR est assurée via le CSIS.
- L'arrêté contenant la liste de tous les PCR détaille l'ensemble des dispositions communes aux parcours.
- L'inscription du parcours est ensuite subordonnée à la prise d'un arrêté propre à chaque parcours qui en décrit le contenu.

Contenu du projet de décret en Conseil d'Etat

Contractualisation entre les intervenants et déclaration du projet de parcours à l'ARS

- Les intervenants et la structure responsable contractualisent via un contrat type (appelé « projet de parcours ») qui vaut engagement à respecter les conditions prévues par l'arrêté d'inscription en droit commun. Ce projet contient l'engagement pour les professionnels non référencés par l'Assurance maladie de se rapprocher de leur CPAM pour obtenir un numéro d'identification une fois le projet validé.
- Le projet de parcours est transmis à l'ARS via une téléprocédure et réputé validé dans un délai de 2 mois, sauf opposition du DG ARS pour non-respect de l'arrêté ou du PRS. La structure responsable de la coordination informe l'ARS de toute évolution de la composition de l'équipe.
- Si le DG ARS constate un manquement, il en informe la CNAM pour mettre fin à la prise en charge.
- Les ARS pourront recourir à des appels à manifestation d'intérêt dans certains cas, pour garantir l'adaptation de l'offre aux moyens sur un ressort territorial.

Déclaration des équipes

Paramètres d'entrée

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Légifrance
Le service public de la diffusion du droit

L'arrêté encadrant le PCR et prévoyant la valorisation est publié suite à la validation de l'inscription en droit commun du CSIS.



Le projet de parcours est le document fourni par la structure lors de sa déclaration à l'ARS. Il est conforme à un modèle défini par arrêté. Il mentionne notamment les informations relatives aux différents intervenants permettant leur identification, puis leur référencement.



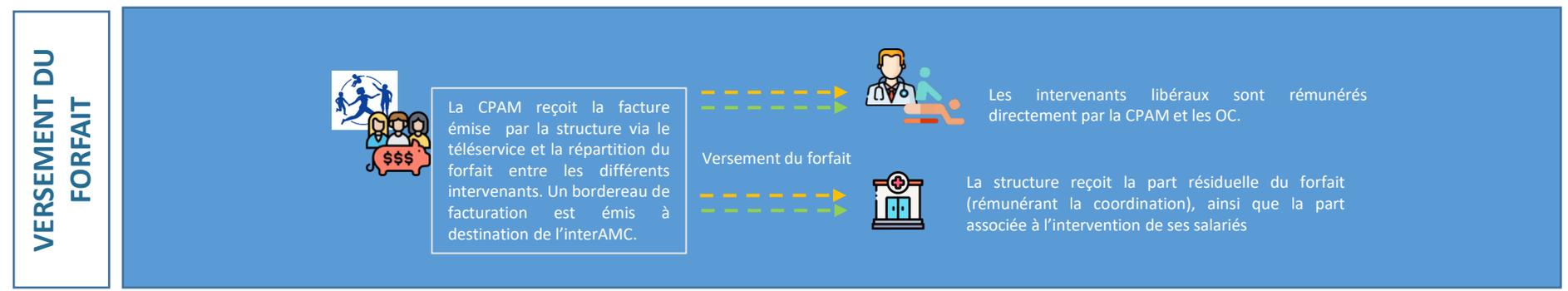
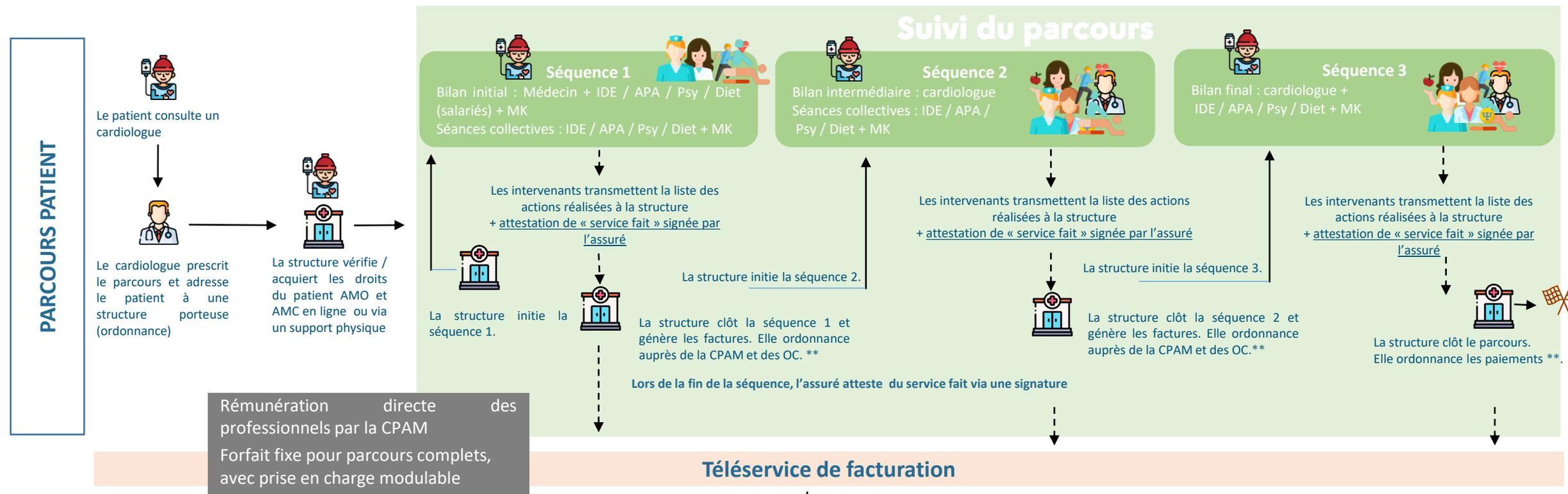
La validation du projet n'est pas irréfragable. En cas de manquement, l'ARS peut stopper la prise en charge.

Contenu du projet de décret en Conseil d'Etat

Règles de facturation des PCR

- Le parcours est **composé de « séquences de prise en charge »** : un parcours se scinde en séquences, ayant une justification médicale, encadrées par **des jalons qui correspondent à des points d'étapes nécessaires**, traçables dans les outils de suivi du parcours.
- Un **parcours « minimal »** définit le **seuil entre les parcours complets et incomplets**. Ce parcours minimal est l'outil qui **permet d'introduire de la variation** et de **l'adapter aux besoins du patient**.
- Lorsque la séquence est complète, la **structure responsable de la coordination ordonnance le paiement** via le téléservice de facturation (cf schéma) en déterminant la part de forfait revenant à chaque intervenant, ainsi que celle lui revenant pour ses activités de coordination. Les intervenants sont directement payés.
- **Le forfait couvre l'ensemble de la prise en charge** : aucun dépassement d'honoraire ou autre prestation ne peut être facturé au patient dans le cadre des activités relevant du parcours.

Un exemple: Parcours « réadaptation cardiaque en ville »



- > Flux d'informations
- - -> Flux financiers AMO
- - -> Emission bordereau pour AMC
- > Parcours

* Attestation papier AMO et/ou carte de tiers payant AMC

** Transmission des données AMO/AMC par rapport aux droits ouvert à la date d'entrée dans le PCR ou au début de chaque séquence de la sécurité sociale

Participation des OC

Le décret fixe **les cas d'exonérations de participation de l'assuré**, comme prévu au 5^e alinéa du L. 160-13 CSS :

- ALD
- Bénéficiaires de l'assurance maternité
- Bénéficiaires rente ATMP
- Bénéficiaires invalidité
- Pensionnés militaires ou blessés de guerre
- Victimes d'acte de terrorisme
- Pour les soins consécutifs aux sévices sexuels subis par les mineurs

Le montant de la participation sera fixé par arrêté :

- Souhait des organismes complémentaires de voir fixer le TM de manière proportionnelle et sur l'ensemble des actes composant le PCR (forfait structure + actes des professionnels)

1

Contexte

2

Contenu des projets de décrets

Contenu du DCE

Contenu du décret simple

3

Calendrier et prochaines étapes

Contenu du projet de décret simple

Le décret simple liste les catégories de structures autorisées à déployer un PCR. Ces catégories sont différentes entre chaque PCR.

- Les établissements sanitaires ;
- Les centres de santé, les maisons de santé constituées en SISA, les cabinets de groupe constitués en SEL, les CPTS ;
- Concernant les parcours médico-sociaux, et en raison de leur grande diversité, il est proposé d'ouvrir aux établissements référencés sur Finess la possibilité de facturer des PCR sous réserve de respect des autres conditions fixées par l'arrêté et de la présence de professionnels de santé en leur sein. Cela conduit à créer des flux de facturation pour ces établissements qui ne facturent pas à l'Assurance maladie ou aux organismes complémentaires aujourd'hui.

1

Contexte

2

Contenu des projets de décrets

Contenu du DCE

Contenu du décret simple

3

Calendrier et prochaines étapes

Calendrier

2024



Publication LFSS pour 2024

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
DCE et DS			Elaboration méthode accompagnement		
JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
Lancement accompagnement		Réhabilitation respiratoire Occitanair (01/24)	Rééducation cardiaque SLL (04/24)	Adossement à la plateforme art 51 pour facturation [100% AMO]	

2025

Appui au choix aides techniques Eqlaat (03-24)

Obésité 2d recoursEMNO (01/24)

JANVIER	FEVRIER	MARS	AVRIL	MAI	JUIN
Adossement à la plateforme art 51 pour facturation [100% AMO]					Troubles de l'apprentissage 7-12 ans TSLA (01/24)
JUILLET	AOUT	SEPTEMBRE	OCTOBRE	NOVEMBRE	DECEMBRE
Téléservice [participation AMC]			As du cœur (10/24)	Eva Corse (05/24)	

Dates de potentielle inscription droit commun.
 Les dates d'inscription en droit commun des différents PCR sont les dates de fin de période transitoire, qui ont une durée maximum de 18 mois après la fin d'expérimentation, sauf pour certaines expérimentations dont le calendrier pourrait être raccourci .

Echanges-discussion



Avis rendus et à rendre en 2024

La sortie du cadre expérimental

Biosimilaires : Expérimentation pour l'incitation à la prescription hospitalière de médicaments biologiques similaires, lorsqu'ils sont délivrés en ville

CESOA : Centre de soins osteo- articulaires en ambulatoire en Ile de France

Depist C pharma : Simplification du parcours de soins hépatite c dans les populations à risque

DI@PASON : Parcours de soins intégrant la biologie délocalisée pour des patients chroniques sous AVK

DNUT : Parcours de la personne âgée de plus de 60 ans dénutrie à domicile

(15) **Ecoute Moi** : expérimentation visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes

FRU : forfait de réorientation des urgences

GHT- Cher : Dépistage et diagnostic des problèmes de santé bucco-dentaire des télémédecine personnes âgées à mobilité réduite dans les établissements sanitaires et médico sociaux du cher en utilisant des outils de télémédecine

Liste en sus : expérimentation faisant évoluer les modalités de l'utilisation et de la prise en charge des médicaments onéreux administrés par les établissements de santé

Microstructures post covid

PAERPA : expérimentation relative au parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie

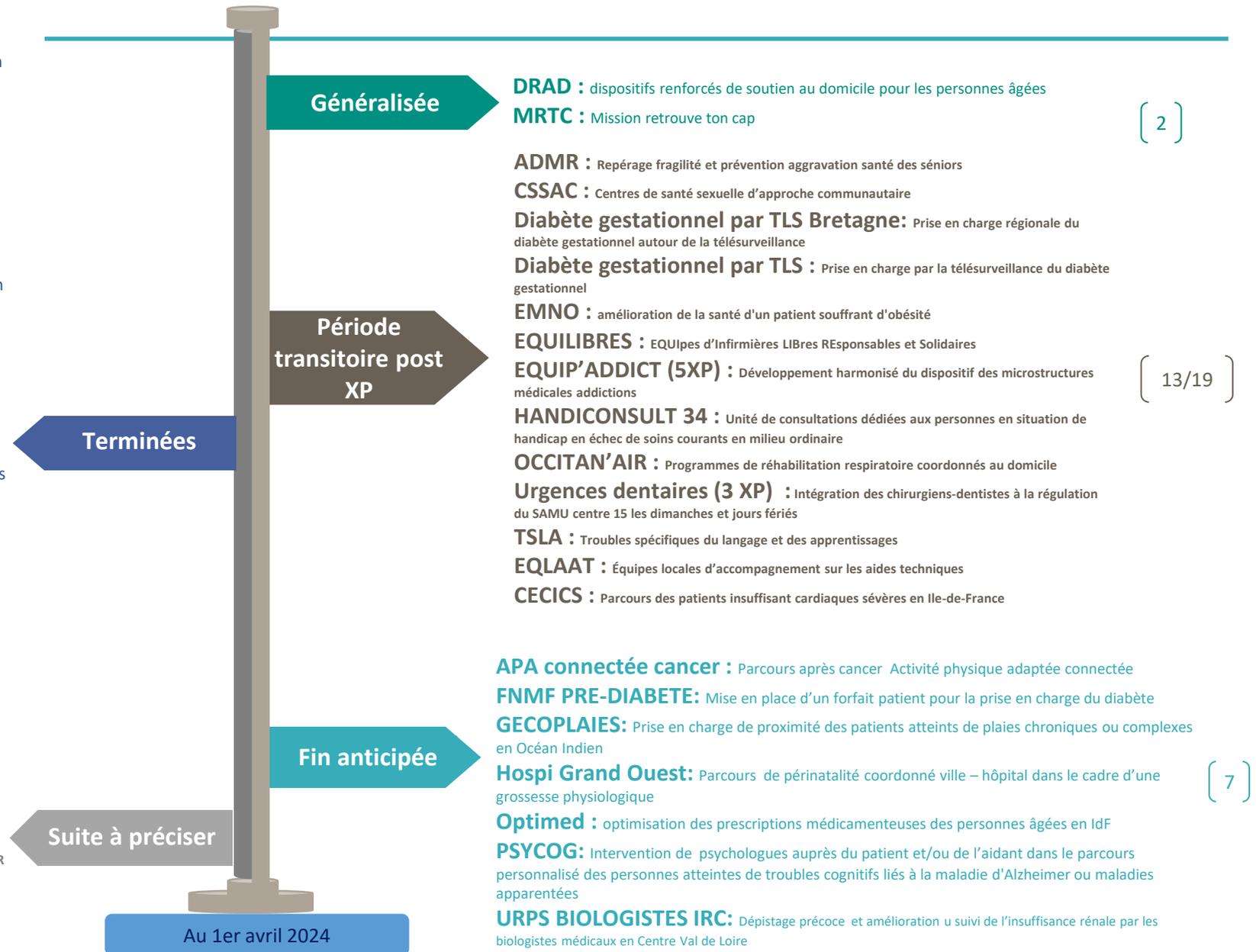
PAP DOP : Paiement d'un parcours coordonné pour une correction de la Dénutrition pré opératoire des patients

REPAP : Référent Parcours périnatalité

Test and Treat : Simplification du parcours de soins hépatite c dans les populations vulnérables

TOKTOKDOC : policlinique mobile

(1) **DIVA** : DIVA (DIJON VASCULAR PROJECT) DE SUIVI INTENSIF COMMUN DES ACCIDENTS VASCULAIRES CÉRÉBRAUX ET DES INFARCTUS DU MYOCARDE PAR DES INFIRMIÈRES, MÉDECINS ET PHARMACIENS, HOSPITALIERS ET LIBÉRAUX, DANS LE GHT 21-52



Activité rétrospective entre mai 2023 et mars 2024

13 avis rendus

5 avis rendus

2023

Trimestres 2 et 3

- MyDiabby (01/06)
- GHT Cher (13/07)
- Centres de santé sexuelle (25/08)

2023

Trimestre 4

- Candiss (03/10)
- Toktokdoc (09/10)
- ADMR (25/10)
- Di@pason (25/10)
- Occitan'air (15/11)
- Equilibres (27/11)
- EMNO (27/11)
- Equip' addict GE, HDF, Occ, IDF, BFC (27/11)
- FRU (27/10)
- Handiconsult 34 (27/11)

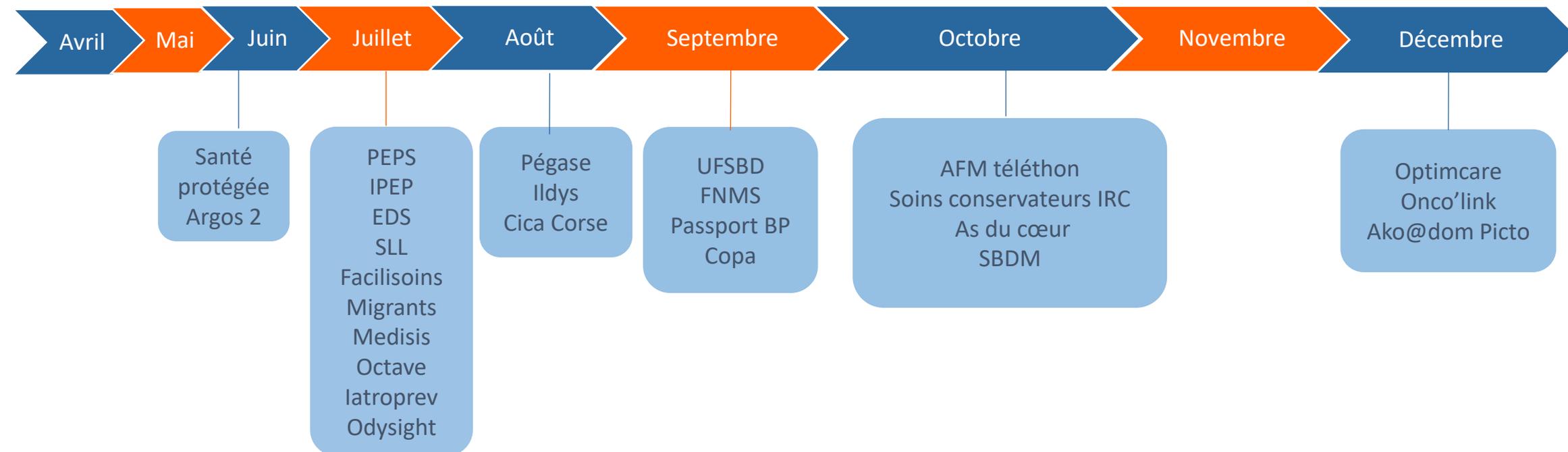
2024

Trimestre 1

- Urgences dentaires GE, ARA, Bre (24/01)
- Pap Dop (24/01)
- TSLA (02/02)
- Eqlaat (16/02)
- CECICS (16/02)

Entre 0 et 10 avis
reçus par XP

Calendrier prévisionnel des fins d'expérimentation en 2024



Légende :



Calendrier théorique des fins d'XP sous réserve de disponibilité du rapport final d'évaluation

26 avis à venir pour 2024 sous réserve de disponibilité des rapports finaux d'évaluation

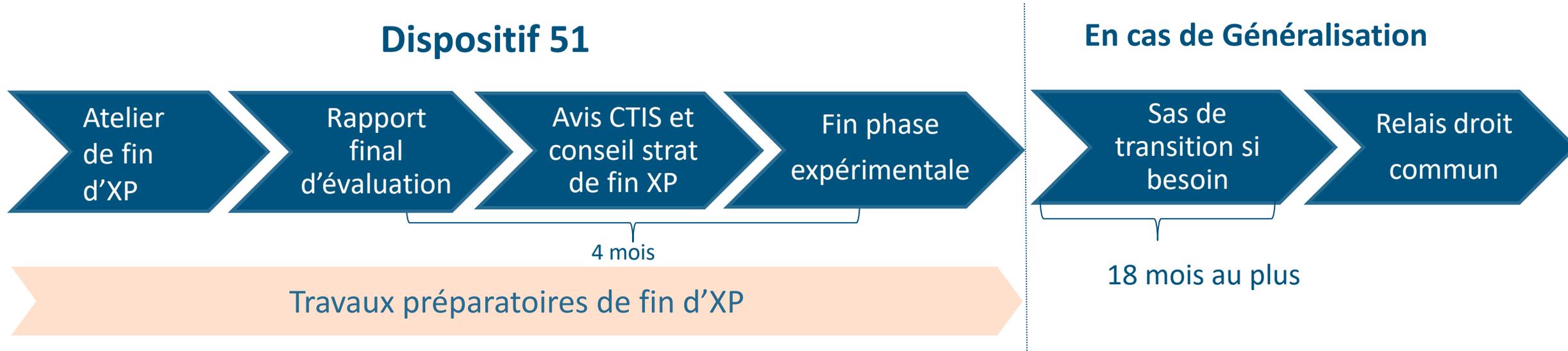
NB : 6 avis restants pour des expérimentations terminées en 2023 et 2024



Merci de votre attention !

Annexe

Séquence générique de fin d'expérimentation



LFSS pour 2022

Avis favorable du CTIS et du CSIS

Possibilité d'un financement après échéance XP par le FISS selon mêmes modalités (i.e.. arrêté, cdc et avis CTIS)