

SANTÉ

PROFESSIONS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction de la sécurité sociale (DSS)

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des relations
avec les professions de santé (1B)

Instruction DSS/1B n° 2015-209 du 13 mai 2015 relative aux modalités de mise en œuvre des coopérations entre professionnels de santé concernant le bilan visuel

NOR : AFSS1514640J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP le 13 mai 2015. – Visa CNP 2015-85.

Résumé : la loi « hôpital, patients, santé, territoires » permet aux professionnels de santé d'élaborer et de présenter des protocoles de coopération. Afin de faciliter le financement de certains d'entre eux, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un collège des financeurs chargé de donner un avis sur leur modèle économique. La présente circulaire détaille la procédure de présentation des protocoles à l'avis du collège des financeurs. Par ailleurs, elle définit les modalités de mise en œuvre d'un des premiers protocoles validés par le collège et relatif au bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques.

Mots clés : coopération entre professionnels de santé – filière visuelle.

Références :

[Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009](#) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, et notamment son article 51 ;

[Décret n° 2014-919 du 18 août 2014](#) relatif à la composition et au fonctionnement du collège des financeurs des coopérations entre professionnels de santé ;

[Arrêté du 23 octobre 2014](#) modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé ;

[Arrêté du 12 janvier 2015](#) autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Annexes :

Annexe I. – Schéma de la procédure d'autorisation en collège des financeurs.

Annexe II. – Exemple d'un modèle de présentation médico-économique.

Annexe III. – Courrier type de notification des engagements aux professionnels de santé adhérant aux protocoles.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé.

Depuis 2009, les articles L. 4011-1 et L. 4011-2 du code de la santé publique ouvrent aux professionnels de santé la possibilité de soumettre à la Haute Autorité de santé (HAS) des protocoles de coopération. Si ce protocole est validé par la HAS, il peut faire l'objet d'une autorisation de mise en œuvre par une ou plusieurs agences régionales de santé.

Afin de favoriser le développement de ces protocoles en ambulatoire, l'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 ouvre une nouvelle procédure de « collège des financeurs ».

Les deux premiers avis du collège des financeurs, favorables, ont été rendus le 19 décembre 2014, sur les protocoles bilan visuel chez l'adulte et l'enfant et sur le protocole porté par l'association ASALEE. Deux arrêtés autorisant le financement de ces protocoles au niveau national ont été publiés le 12 janvier 2015.

La présente instruction a pour objet de présenter :

- la procédure de présentation de protocoles à l'avis du collège des financeurs ;
- les modalités de mise en œuvre des protocoles relatifs au bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques.

La mise en œuvre du protocole « ASALEE » a fait l'objet d'une instruction distincte.

1. Le collège des financeurs rend un avis sur le modèle économique et se prononce sur l'opportunité d'octroi d'un financement dérogatoire

1.1. Objet et fonctionnement du collège des financeurs

L'article 51 de la loi « hôpital, patients, santé, territoires » a laissé aux professionnels de santé l'initiative de l'élaboration d'un protocole de coopération. Ce protocole est adressé à l'agence régionale de santé, qui vérifie qu'il répond à un besoin de santé au niveau régional. L'ARS transmet le protocole à la HAS pour vérifier qu'il garantit la qualité et la sécurité des soins aux patients. Si la Haute Autorité de santé émet un avis favorable, l'ARS peut autoriser le protocole par arrêté, et le cas échéant décider de lui attribuer un financement sur l'enveloppe du fonds d'intervention régional (FIR).

En l'absence de financements spécifiques associés, ce dispositif s'est peu développé auprès des professionnels libéraux. De plus, la procédure d'avis de la Haute Autorité de santé était lourde (délai d'avis nécessaire avant la mise en œuvre du protocole dans chaque région), et ne se prononçait pas sur l'efficacité des protocoles.

L'article 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2014 a pour objectif de faciliter le financement de quelques protocoles de coopération par l'assurance maladie, sur une période limitée et sous réserve de leur évaluation.

En complément de l'avis de la Haute Autorité de santé, un collège des financeurs a pour mission de présenter un avis sur le modèle économique des protocoles de coopération, ainsi que sur l'opportunité d'une prise en charge financière par l'assurance maladie sur une durée définie.

Le collège des financeurs est composé des trois directeurs généraux du ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes, ainsi que du directeur de l'Union nationale des caisses de l'assurance maladie. Il est présidé par le directeur de la sécurité sociale, et se prononce par majorité simple.

Le collège s'est installé le 10 octobre 2014, et a émis deux premiers avis le 10 décembre. Le secrétariat du collège des financeurs est assuré par la direction de la sécurité sociale, les demandes peuvent être adressées au bureau des relations avec les professions de santé : dss-college-financeurs@sante.gouv.fr.

1.2. Procédure de mise en œuvre d'un protocole

Cf. schéma de l'annexe I.

Modalités de constitution et d'examen des dossiers

En application des articles L.4022-1 et L.4011-2 du code de la santé publique, les professionnels de santé ont la possibilité de proposer un protocole de coopération à l'agence régionale de santé qui le soumet après examen, le cas échéant, à l'avis de la HAS.

L'ARS peut soumettre au collège des financeurs ce protocole, comme les protocoles ayant déjà reçu un avis favorable de la HAS.

L'agence régionale accompagne ces protocoles d'une présentation de leur modèle économique, qui présente obligatoirement :

- les éléments descriptifs du coût de la délégation incluant la formation du délégué, la rémunération du délégué pour l'acte et son mode de calcul, le coût de fonctionnement de la structure, la supervision par le délégant ;
- le nombre d'actes délégués prévus pour la période d'expérimentation ;
- le nombre d'actes faits par le délégant sur la période d'un an précédant l'expérimentation ;
- le tarif actuel de l'acte.

Un exemple de modèle économique est présenté de façon synthétique en annexe II.

Modes de financement des protocoles

En cas d'avis défavorable de la HAS, le protocole ne peut être mis en œuvre.

En cas d'avis favorable de la HAS et du collège des financeurs, un arrêté ministériel peut autoriser le financement du protocole de coopération par l'assurance maladie, pour une durée limitée.

En cas d'avis favorable de la HAS, mais d'avis défavorable du collège des financeurs, le protocole de coopération peut toujours être mis en œuvre dans la région, et peut être financé par le fonds d'intervention régional.

L'autorisation, par arrêté ministériel, de financement du protocole de coopération peut s'accompagner de l'extension de l'avis de la HAS au niveau national.

Prorogation de la durée de financement ou pérennisation

La HAS établit une évaluation médico-économique 6 mois avant la fin de la période de financement du protocole.

Le collège des financeurs se prononce alors sur la fin du financement par l'assurance maladie ou le maintien de ce financement pour une période complémentaire, dans la limite d'une durée totale fixée par la loi¹ ou enfin sur la mise en place d'une prise en charge pérenne, par une inscription des actes concernés à la nomenclature.

2. Présentation et mise en œuvre des protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour la réalisation du « bilan visuel »

L'arrêté du 12 janvier 2015 autorise le financement par l'assurance maladie, jusqu'au 31 décembre 2016, de deux protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes :

- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les enfants de 6 à 15 ans ;
- le bilan visuel réalisé par un orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 49 ans.

Ces protocoles ont été présentés par l'agence régionale de santé des Pays de la Loire, à partir d'une expérimentation conduite au Mans, au vu des délais moyens d'obtention de rendez-vous avec un ophtalmologiste.

L'objectif de ces protocoles de coopération est de réduire les délais de rendez-vous pour le renouvellement/adaptation des corrections optiques tout en optimisant la charge de travail de l'ophtalmologiste.

2.1. Les protocoles portent sur la délégation du bilan visuel établi par un orthoptiste et validé en différé par l'ophtalmologiste, dans le cadre d'un renouvellement ou d'une adaptation des corrections optiques.

Déroulement des protocoles

Les deux protocoles portent sur la réalisation d'un bilan médicalisé par un orthoptiste en l'absence d'un ophtalmologiste, qui est interprété en différé par l'ophtalmologiste.

L'orthoptiste est formé spécifiquement à ce type de consultation, selon la grille prévue dans le protocole.

Les protocoles sont mis en œuvre dans un lieu unique, regroupant ophtalmologistes et orthoptistes. Un ophtalmologiste est obligatoirement disponible pendant les actes des orthoptistes, sous la forme d'une astreinte, pour répondre aux questions des délégués et les aider à résoudre les problèmes auxquels ils seraient confrontés. En particulier, il doit pouvoir prendre en charge le patient en cas d'évènement indésirable grave (EIG). L'ensemble du matériel nécessaire est mis à disposition de l'orthoptiste², de même qu'un moyen de communication immédiat avec le délégué.

¹ Le financement dérogatoire peut avoir une durée maximale de 3 ans, renouvelable une fois (article L. 4011-2-2 du code de la santé publique).

² Le délégué doit ainsi disposer *a minima* du matériel suivant : projecteur de test pour mesurer AV et réfraction, tonomètre à air, appareil à caméra numérique permettant de réaliser des photographies du fond de l'œil (ou rétinographies), ainsi qu'un système d'information permettant au délégué d'enregistrer les résultats des examens réalisés.

Ces protocoles prévoient que l'orthoptiste réalise les actes suivants, de façon dérogatoire :

- l'interrogatoire du patient, afin d'éliminer les contre-indications à l'application du protocole ;
- la réfraction sans que l'examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;
- le bilan des déséquilibres oculomoteurs sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale ;
- la mesure du tonus oculaire avec un tonomètre à air, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale, et en l'absence d'un médecin ophtalmologiste en mesure d'en contrôler l'exécution et d'intervenir immédiatement ;
- la prise de rétino-graphies avec un rétino-graphe non mydriatique, sans que cet examen ait fait l'objet d'une prescription médicale.

Les patients s'inscrivant dans les protocoles sont les patients entre 6 et 15 ans, ou entre 16 et 50 ans, connus et suivis par le cabinet d'ophtalmologie, dont la dernière consultation avec l'ophtalmologiste date de moins de cinq ans, sans autre pathologie oculaire associée, sans œil rouge et douloureux, sans baisse de l'acuité visuelle profonde, durable et récente.

L'information des patients sur la possibilité d'entrer dans le protocole de coopération est délivrée par le secrétariat médical lors de la prise de rendez-vous. Les patients habituellement suivis par le cabinet se voient offrir au moment de la prise de rendez-vous différentes possibilités :

- prise de rendez-vous avec l'ophtalmologiste dans la file d'attente normale ;
- prise de rendez-vous pour un bilan réalisé par l'orthoptiste dans un délai de quinze jours, suivi de l'envoi dans les huit jours de l'ordonnance de renouvellement : le patient est également informé du caractère dérogatoire de cet acte, des modalités d'organisation du bilan, et du caractère volontaire de la participation à ce bilan ;
- pour les patients dont la dernière visite date de moins de trois ans et disposant de leur ordonnance initiale, d'aller chez un opticien.

Lors de la consultation, l'orthoptiste vérifie la bonne compréhension de l'information délivrée au moment de la prise de rendez-vous et recueille le consentement oral du patient.

En cas de contre-indication repérée par l'orthoptiste au début³, ou lors du bilan⁴, il contacte l'ophtalmologiste pour l'orientation du patient vers une prise en charge par un ophtalmologiste, en urgence ou dans un délai raisonnable compatible avec son état de santé.

L'orthoptiste renseigne l'ensemble des résultats de l'examen dans le logiciel du cabinet médical. Ces données sont interprétées de façon différée par l'ophtalmologiste dans un délai de huit jours (48 heures en cas de bilans signalés comme anormaux par l'orthoptiste). L'ordonnance est transmise au patient par courrier.

En cas d'anomalie identifiée lors de l'analyse du bilan, le patient est convoqué par l'ophtalmologiste.

Diffusion des protocoles en région

Le déploiement des protocoles est encouragé, aussi les ARS qui ne les ont pas encore autorisés sont invitées à examiner leur pertinence au regard de l'offre de soins régionale dans le domaine ophtalmologique et autoriser leur diffusion, le cas échéant.

Lorsque l'agence régionale de santé a autorisé le protocole de coopération sur son territoire, les professionnels de santé concernés peuvent s'engager à appliquer ce protocole après avoir déposé une demande d'adhésion auprès de l'ARS qui l'enregistre et vérifie le respect des conditions fixées à l'article L. 4011-3.

Accompagnement de la diffusion des protocoles auprès des professionnels de santé

Afin de faire connaître et d'inciter les professionnels de santé à s'engager dans ces pratiques, notamment dans les territoires où existent des tensions pour couvrir les besoins de soins d'ophtalmologie, des actions d'accompagnement doivent être menées par les ARS en lien avec l'assurance maladie.

La CNAMTS a été sollicitée pour diffuser dans les prochaines semaines à tous les ophtalmologistes ayant des orthoptistes salariés un courrier d'information sur les objectifs et la présentation générale du dispositif.

³ Œil rouge et/ou douloureux, BAV profonde, brutale et récente.

⁴ BAV profonde (2/10), tonus très élevé (> 28 mm Hg), trouble oculomoteur (paralysie oculomotrice), image suspecte en rétino-photo (hémorragie maculaire).

Ce courrier renvoie les professionnels intéressés aux services de l'ARS concernés dont les coordonnées doivent figurer dans le courrier afin d'apporter les précisions nécessaires ainsi que le texte complet des protocoles, disponible sur le site internet : <https://coopps.ars.sante.fr/coopps/init/index.jsp>. L'ARS est invitée à fournir aux CPAM ces éléments d'information.

Suivi et retours d'expérience prévus dans le protocole

Le protocole fait l'objet d'un suivi incluant notamment des indicateurs d'activité, de qualité et sécurité des nouvelles modalités de prise en charge, de satisfaction des acteurs, et d'impact sur l'activité et l'organisation. Des indicateurs spécifiques sont également inclus.

Il fait également l'objet d'un retour d'expérience et d'une concertation régulière entre le délégant et le délégué, notamment concernant les EIG et le taux d'erreurs, afin d'apporter des solutions adaptées (par exemple formation) et d'assurer une traçabilité.

En outre, certains éléments doivent être traçables et archivés, il s'agit notamment de :

- la date de la consultation ;
- le nom du délégant et du délégué ;
- le formulaire d'interrogation ;
- le consentement ;
- les résultats de l'AV, de la réfraction, de la tonométrie, du bilan des déséquilibres oculomoteurs ;
- les clichés ;
- les EIG survenus et les solutions apportées ;
- l'interprétation du bilan par l'ophtalmologiste ;
- l'ordonnance.

2.2. Déroulement de la procédure d'inclusion dans le dispositif et engagements des professionnels

Pour participer au dispositif, les professionnels de santé doivent effectuer une demande d'adhésion aux protocoles auprès de leur ARS, dans les formes prévues à l'arrêté du 31 décembre 2009 modifié relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé. Ils joignent à cet effet toutes les pièces jointes requises.

L'ARS instruit la demande et vérifie la complétude du dossier et la faculté des demandeurs (diplômes requis, etc.), en vue de l'enregistrement de la demande, conformément à l'arrêté précité.

L'ARS procède à l'inscription des professionnels de santé dans les protocoles de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes pour la réalisation du « bilan visuel », sur le site COOPS-PS.

Elle transmet à la CPAM les informations permettant d'identifier les professionnels adhérents.

Un courrier conjoint de l'ARS et de la CPAM est envoyé par l'ARS à chaque professionnel adhérent au protocole (*cf.* modèle en annexe III). Il a pour objet de notifier l'enregistrement de l'adhésion et de préciser les exigences qui l'accompagnent.

Ce courrier comporte les objectifs et modalités de la coopération, les droits et les engagements de chacune des parties, ainsi que le rythme et les modalités de transmission des informations, les modalités de financement, de contrôle et d'évaluation.

L'ARS a vocation à assurer le suivi de la mise en œuvre du protocole de coopération. Elle a notamment en charge, conjointement avec la CPAM, l'évaluation des impacts organisationnels sur son territoire, notamment du temps libéré par l'ophtalmologiste pour la validation des dossiers et les impacts sur la nature de son activité.

2.3. Modalités de financement et de suivi

Tarif

L'avis du collège des financeurs a porté sur un modèle économique, permettant l'attribution d'un montant de 23 € versé à l'ophtalmologiste pour la totalité de l'acte effectué par les deux professionnels (bilan et interprétation différée). Il s'agit d'un tarif sans dépassement.

Les modalités actuelles de rémunération ne sont à ce stade adaptées qu'aux ophtalmologistes libéraux exerçant avec des orthoptistes salariés.

Une réflexion est en cours pour permettre l'adaptation du dispositif aux délégations entre deux libéraux, soit en se fondant sur une répartition du coût de l'acte, soit en créant une structure juridique adaptée pour recevoir l'argent.

L'inscription de professionnels de santé libéraux exerçant dans des locaux partagés n'est donc pas exclue à moyen terme.

Financement pour une période de deux ans

Le protocole est financé par l'assurance maladie dans des conditions dérogatoires, jusqu'au 31 décembre 2016.

Le remboursement d'actes par l'assurance maladie est conditionné à la création d'un code-acte, qui est créé par l'UNCAM de façon dérogatoire aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatives aux modalités d'inscription sur la liste des actes et prestations.

La mise à disposition du code acte «RNO», qui va servir à la facturation, est en cours. Les éléments nécessaires à l'implémentation de ce nouveau code sur les postes de travail par les éditeurs de logiciels vont être diffusés prochainement.

Dans cet intervalle, il vous est possible de poursuivre le financement de protocoles de coopération avec des professionnels de santé dans le cadre d'un avenant aux conventions antérieures au 21 janvier 2015⁵, associées à un financement par le fond d'intervention régional (FIR).

Modalités de paiement des actes réalisés

Le tarif ci-dessus est versé aux professionnels de santé par les caisses d'assurance maladie *via* sesam vitale. La facturation du code acte «RNO» s'effectuera *via* la carte CPS de l'ophtalmologiste. Les modalités de facturation seront précisées dans une lettre-réseau de la CNAMTS.

Des contrôles seront effectués par l'ARS *a posteriori* pour vérifier que le professionnel bénéficiant de cette rémunération a adhéré aux protocoles et respecte bien l'intégralité des engagements prévus.

2.4. Suivi et évaluation

Le suivi du protocole est effectué par l'ARS, en lien avec les professionnels de santé volontaires et la CPAM sur la partie facturation, réunis semestriellement pour évaluer le déploiement des protocoles, les difficultés rencontrées ou procéder à des partages d'expérience.

Un comité de pilotage régional, qui associe l'ARS, la CPAM et des représentants des professionnels de santé concernés, définit les orientations à donner au déploiement, établit la synthèse régulière de son avancée en région et remonte les informations au niveau national.

Ces éléments de bilan seront mis à disposition par les ARS auprès des professionnels de santé. Ils seront transmis à la Haute Autorité de santé ainsi qu'à la direction de la sécurité sociale avant le 1^{er} septembre 2016.

À la fin du premier semestre 2016, les professionnels de santé devront transmettre à l'ARS les éléments nécessaires à l'évaluation des protocoles. À la même échéance, l'assurance maladie fournira, à partir des données de remboursement de l'acte créé, les données qui relèvent de son ressort.

Les indicateurs de suivi et leur responsable sont détaillés dans le tableau ci-dessous :

INDICATEURS DE SUIVI	RESPONSABLE DU SUIVI de l'indicateur		
	ARS	CPAM	Professionnels de santé
Activité			
Nombre de patients et nombre d'actes de bilan visuel pour lesquels le code RNO est facturé		X	
Part de patients suivis dans le cadre des protocoles sur le nombre de patients éligibles			X
Évolution du nombre de patients reçus par l'ophtalmologiste depuis le début des protocoles, dont la part de nouveaux patients (c'est-à-dire des patients n'ayant pas fait l'objet d'une consultation par le professionnel durant les trois années précédant son adhésion aux protocoles)			X
Typologie des patients		X	
Comparaison de la consommation de soins des patients en ophtalmologie avant et après la facturation de l'acte de bilan visuel		X	
Qualité et sécurité			
Taux brut d'alertes du délégué au déléguant			X
Taux d'EIG (tonométrie, corrections optiques non adaptées, pathologies non vues)			X

⁵ Lendemain de la date de publication de l'arrêté ministériel autorisant le financement des protocoles de coopération par l'assurance maladie.

INDICATEURS DE SUIVI	RESPONSABLE DU SUIVI de l'indicateur		
	ARS	CPAM	Professionnels de santé
Organisation			
Délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué (par sondage)			X
Durée médiane de prise en charge par le délégué (par sondage)			X
Pourcentage de patients convoqués par l'ophtalmologiste au vu des résultats du bilan et donc avant de faire l'ordonnance			X
Transmission optionnelle:			
Délai de rendez-vous pour ces patients reconvoqués			
Taux de nouvelles corrections optiques non adaptées et nécessitant un bilan par l'ophtalmologiste			
Taux de bilan comportant une erreur (erreur de mesure de la réfraction ou erreur en saisissant le bilan)			X
Taux d'envoi des ordonnances dans un délai inférieur ou égal à 8 jours			
Satisfaction des acteurs (éventuellement par sondage)			
Taux de satisfaction des délégués vis-à-vis de la formation suivie	X		
Taux de satisfaction générale des délégués vis-à-vis de la nouvelle prise en charge	X		
Taux de satisfaction générale des délégants vis-à-vis de la nouvelle prise en charge	X		
Taux de satisfaction générale des patients	X		
Taux de retour des questionnaires patient	X		

Par ailleurs, une estimation de l'impact de la création de cet acte sur l'évolution de la patientèle des ophtalmologistes et de leur structure d'activité (par type d'actes) pourra être menée à l'issue de l'expérimentation.

Ces éléments seront transmis au collège des financeurs et à la Haute Autorité de santé, pour lui permettre de réaliser une évaluation médico-économique sur les protocoles et de rendre un avis sur son efficacité.

Enfin, les ARS devront renseigner spécifiquement auprès de la DSS un tableau de bord relatif à la diffusion des protocoles comportant les informations suivantes :

- nombre de professionnels ;
- type d'exercice ;
- secteur de conventionnement ;
- lieu d'exercice.

L'ensemble de ces informations permettra au collège des financeurs de prendre une décision, soit pour la prorogation de l'expérimentation, soit pour sa généralisation, soit pour son abandon.

Pour la ministre et par délégation :

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*

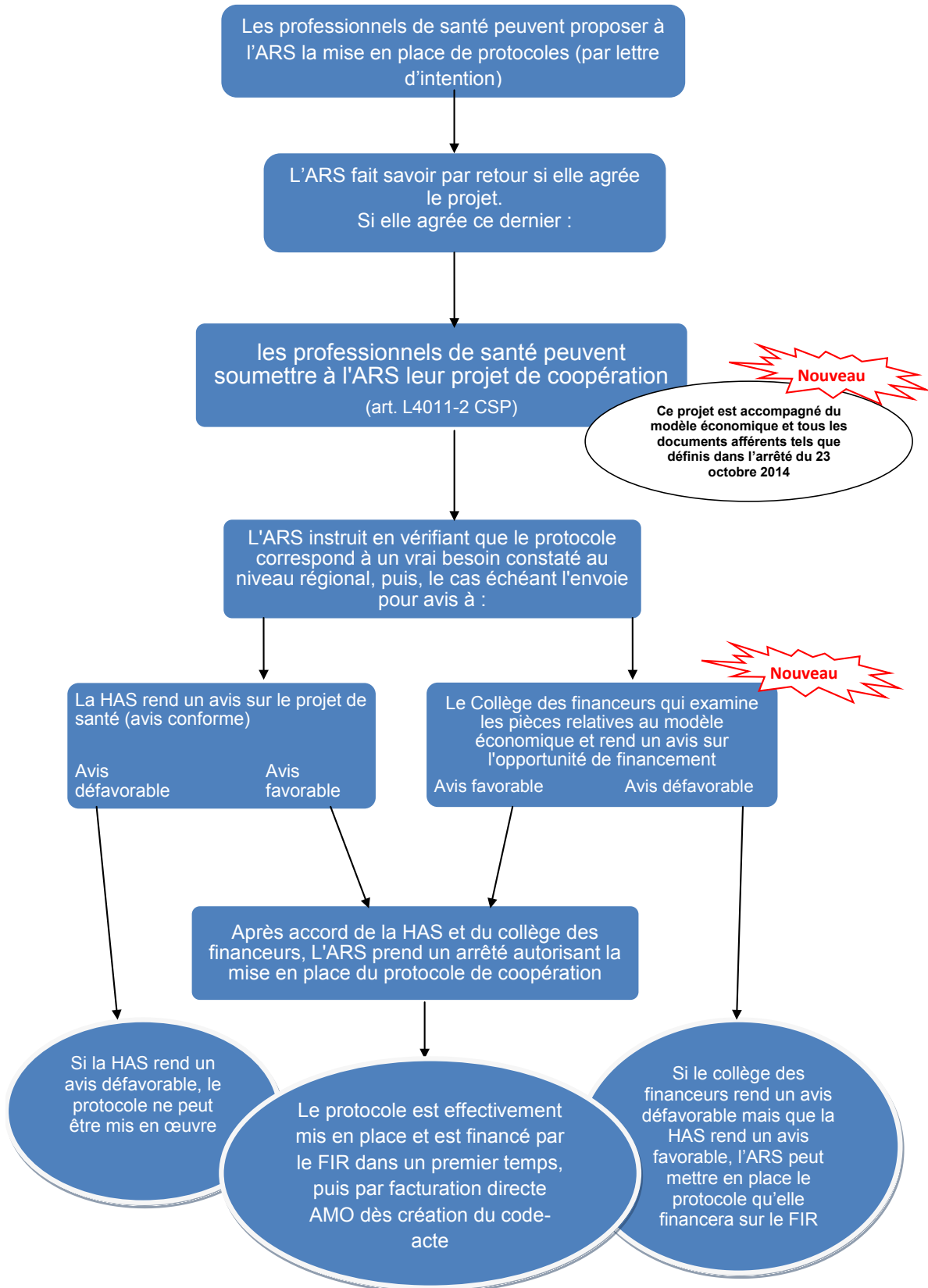
P. RICORDEAU

Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME

ANNEXE I

PROCÉDURE DE DÉLIVRANCE D'UNE AUTORISATION DE PROTOCOLE



ANNEXE II

MODÈLE ÉCONOMIQUE D'UN PROTOCOLE DE COOPÉRATION
PRÉSENTÉ EN COLLÈGE DES FINANCEURS

Exemple type

Les activités réalisées par les professionnels paramédicaux suivant ce protocole sont :

- acte 1: description des actes réalisés;
- acte 2: description des actes réalisés.

Ces activités sont réalisées par un professionnel paramédical, en lien avec un médecin, pour deux cents patients par an. Les protocoles se répartissent de la façon suivante :

- acte 1: 100 actes;
- acte 2: 100 actes.

Les actes ont une durée moyenne de 30 minutes pour les paramédicaux (15 minutes en moyenne pour les médecins). Le temps de travail délégué par un médecin est donc de 50 heures dans l'année, pour 100 heures de travail annuel réalisé par le professionnel paramédical.

Ces activités sont accompagnées d'une formation annuelle des professionnels paramédicaux (500 € par an et par professionnel).

Les éléments du modèle économique présentés au collège des financeurs peuvent se résumer de la façon suivante :

COÛT DE LA COOPÉRATION				DÉPENSES ÉVITÉES			
	Coût de l'acte du professionnel	Nombre d'actes	Coût total	Actes inscrits dans le champ de la coopération	Coût de l'acte des professionnels médicaux	Nombre d'actes	Dépenses évitées
Acte 1	20 €	100	2 000 €	Activité 1	30 €	100	3 000 €
Acte 2	10 €	100	1 000 €	Activité 2	15 €	100	1 500 €
Formation annuelle 500 €							
TOTAL	3 500 €			4 500 €			

D'après les estimations présentées, la coopération a un impact financier net de 1 000 € par protocole et par an.

ANNEXE III

COURRIER TYPE DE NOTIFICATION DES ENGAGEMENTS AUX PROFESSIONNELS DE SANTÉ ADHÉRANT AUX PROTOCOLES RELATIFS AU BILAN VISUEL RÉALISÉ PAR UN ORTHOPTISTE DANS LE CADRE DU RENOUELEMENT / ADAPTATION DES CORRECTIONS OPTIQUES

Vous avez présenté une demande d'adhésion aux protocoles de coopération relatifs à la réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement / adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans et chez l'enfant de 6 à 15 ans. Après examen, votre adhésion est autorisée.

Ces protocoles, dont l'objectif est de réduire les délais de rendez-vous pour le renouvellement/adaptation des corrections optiques tout en optimisant la charge de travail de l'ophtalmologiste, font l'objet d'une autorisation de financement à titre dérogatoire par l'assurance maladie, du 1^{er} janvier 2015 jusqu'au 31 décembre 2016.

Vous trouverez ci-dessous des précisions sur les rôles respectifs des professionnels adhérents, de l'ARS et de la CPAM, en ce qui concerne leur financement et leur évaluation.

1. Références législatives et réglementaires

Arrêté du 23 octobre 2014 modifiant l'arrêté du 31 décembre 2009 relatif à la procédure applicable aux protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Avis favorable rendu par la Haute Autorité de santé le 6 mars 2013 sur les deux protocoles de coopération Ophtalmologiste/orthoptiste.

Avis favorable du collège des financeurs du 19 décembre 2014.

Arrêté du 12 janvier 2015 autorisant le financement dérogatoire de protocoles de coopération entre professionnels de santé.

Arrêté ARS-XXX du XXX autorisant la mise en œuvre dans la région XXX des protocoles de coopération relatifs à la « réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez les adultes de 16 à 50 ans » et à la « réalisation d'un bilan visuel par l'orthoptiste dans le cadre du renouvellement/adaptation des corrections optiques chez l'enfant de 6 à 15 ans ».

2. Modalités de paiement des professionnels de santé

Conformément au modèle économique du protocole soumis à l'avis du collège des financeurs, les professionnels adhérents sont rémunérés sur la base d'un montant forfaitaire de 23 € versé à l'ophtalmologiste pour la totalité des actes effectués par l'ophtalmologiste et l'orthoptiste salarié (bilan et interprétation différée). Il s'agit d'un tarif opposable (pas de dépassement autorisé) et facturé en tiers payant. La prise en charge est effectuée à 100 % par l'assurance maladie obligatoire.

L'acte coté par les professionnels correspond au code « RNO » qui est créé par l'UNCAM de façon dérogatoire aux dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, relatives aux modalités d'inscription sur la liste des actes et prestations.

La facturation de cet acte par les professionnels de santé est conditionnée à leur enregistrement auprès de l'ARS. La facturation s'effectue *via* la carte CPS de l'ophtalmologiste.

3. Contrôle des conditions de mise en œuvre

Une vérification sur place des conditions de mise en œuvre du protocole de coopération sera réalisée par l'ARS au plus tard avant la fin du premier semestre de la mise en place du protocole. L'ARS ou la CPAM pourront effectuer, à tout moment, sur pièces ou sur place le contrôle du respect des conditions de facturation des actes et la vérification des éléments nécessaires à l'évaluation du dispositif.

4. Suivi coordonné de la mise en œuvre

Le suivi du programme est placé sous la responsabilité du directeur général de l'agence régionale de santé.

À la fin du premier semestre 2016 au plus tard, le professionnel de santé s'engage à transmettre à l'ARS les éléments suivants, qui sont nécessaires à l'évaluation du protocole :

- part de patients suivis dans le cadre du protocole sur le nombre de patients éligibles ;

- évolution du nombre de patients reçus par l'ophtalmologiste depuis le début du protocole, dont la part de nouveaux patients (c'est-à-dire des patients n'ayant pas fait l'objet d'une consultation par le professionnel durant les trois années précédant son adhésion au protocole);
- taux brut d'alertes du délégué au déléguant;
- taux d'EIG (tonométrie, corrections optiques non adaptées, pathologies non vues);
- délai médian d'obtention de rendez-vous avec le délégué (par sondage);
- durée médiane de prise en charge par le délégué (par sondage);
- pourcentage de patients convoqués par l'ophtalmologiste au vu des résultats du bilan et donc avant de faire l'ordonnance.

La transmission est optionnelle pour ces indicateurs prévus dans les protocoles :

- délai de rendez-vous pour ces patients reconvoqués;
- taux de nouvelles corrections optiques non adaptées et nécessitant un bilan par l'ophtalmologiste;
- taux de bilan comportant une erreur (erreur de mesure de la réfraction ou erreur en saisissant le bilan);
- taux d'envoi des ordonnances dans un délai inférieur ou égal à 8 jours.

L'ARS, en lien avec la CPAM, réunit semestriellement les professionnels de santé qui le souhaitent pour évaluer le déploiement des protocoles, les difficultés rencontrées ou procéder à des partages d'expérience.

Un comité de pilotage régional, qui associe l'ARS, la CPAM et des représentants des professionnels de santé concernés, définit les orientations à donner au déploiement, établit la synthèse régulière de son avancée en région et remonte les informations au niveau national.

5. Secret professionnel

Les professionnels de santé engagés dans les protocoles, ainsi que toutes les personnes qui auront participé au programme sont tenus au secret professionnel pour tout ce qui a trait aux renseignements et documents qu'ils auront pu recueillir au cours de leurs travaux.

Les services de l'ARS et de l'assurance maladie se tiennent à votre disposition pour toute demande de renseignements complémentaires.

*Le directeur général
de l'agence régionale de santé*

*Le directeur de la caisse primaire
d'assurance maladie*