Les mesures de valorisation issues de l'avenant 6 infirmier en vigueur au 1er décembre 2019 et au 1er janvier 2020

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

1ère valorisation

2019

Élargissement MAU

Surveillance de la prise médicamenteuse (évolution libellés)

Prélèvements sanguins (100%)

2ème valorisation

2020

Majoration jeune enfant

Prise en charge patients dépendants (1ère étape) + valorisation BSI + actes techniques

Surveillance de la prise médicamenteuse (revalorisation)

Pansements courants, lourds et complexes (évolution, revalorisation, nouveaux actes)

Télémédecine

Forfait structure

A- Evolution de la prise en charge des patients dépendants à domicile

à compter du 1er janvier 2020

Réforme majeure de la prise en charge par les infirmiers des patients dépendants à domicile avec la mise en place progressive :

1/ du bilan de soins infirmiers (BSI) en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI).

- ✓ outil permettant à l'infirmier de faire une évaluation de l'état de santé du patient dépendant afin d'établir un plan de soins infirmiers personnalisé qui sera transmis au médecin prescripteur en vue d'assurer une coordination des soins ;
- ✓ Bilan obligatoire avant toute facturation des soins infirmiers aux patients dépendants à domicile
- ✓ outil entièrement dématérialisé (téléservice) pour l'infirmier et le médecin (2 profils),accessible sous ameli pro avec accès carte CPS

A compter du 1er janvier 2020, tous les infirmiers libéraux devront disposer d'un compte ameli pro et d'un logiciel compatible pour utiliser le BSI

Réforme majeure de votre prise en charge des patients dépendants à domicile avec la mise en place progressive :

1/ du bilan de soins infirmiers (BSI) en remplacement de la démarche de soins infirmiers (DSI).

- ✓ **Fréquence :** 1 BSI par an sur prescription (sauf si la situation clinique du patient nécessite la réalisation d'un ou de deux bilans intermédiaires dans l'année- bilans intermédiaires ne nécessitant pas de nouvelle prescription médicale, à l'initiative de l'infirmier)

- ✓ **Valorisation du BSI** : 25 € BSI initial **(DI 2,5)** / 12 € BSI de renouvellement ou intermédiaire **(DI 1,2)**

⚠ une prescription indiquant le terme BSI n'est pas nécessaire dès lors que la prescription du médecin fait clairement référence à des soins infirmiers pour patient dépendant à domicile. Si des actes infirmiers sont nécessaires en sus des soins infirmiers pour dépendance, la prescription doit les mentionner (nature, fréquence, durée).

Bilan de soins infirmiers

ALLER SUR AMELIPRO

l'Assurance Maladie

BILAN DE SOINS INFIRMIERS

Prénom NOM

54 patients | Trier par

AJOUTER UN BSI +

DELAMARE Mireille

NIR : 2451075110085 - Né(e) : 18/11/1948

BSI attente de clôture

Le délai de 5 jours est dépassé.

DURAND Marie

NIR : 2451075110085 - Né(e) : 15/03/1982

BSI en brouillon créé le 11/10/2016 10:58

NOM Prénom

NIR : 2451075110085 - Né(e) : JJ/MM/AAAA

BSI attente de clôture

Commentaire MT disponible.

NOM Prénom

NIR : 2451075110085 - Né(e) : JJ/MM/AAAA

BSI clôturé le 11/10/2016 10:58

Version 1 - Créer le 11/10/2016 10:58

Version 2 - Créer le 11/10/2016 10:58

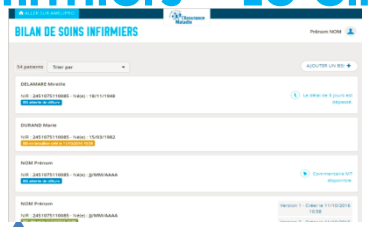
Renouveler | Supprimer

Bilan de soins infirmiers – Le circuit

➢ **IDEL**	• **Se connecte sur le portail Ameli pro à l'aide de sa carte CPS et clique sur le téléservice bilan de soins infirmiers. Il créé un dossier patient**
	• **Saisit, pour chacun de ses patients dépendants son évaluation en ligne,** sur l'outil BSI en cochant les diagnostics infirmiers et interventions qu'il réalise parmi les items proposés par l'outil et, le cas échéant, en remplissant en texte libre certains de ces items à titre de complément
	• **Valide la synthèse du BSI générée pour la rendre accessible au médecin prescripteur et** l'enregistre sur son poste de travail
	Le médecin prescripteur (MP) titulaire d'un compte ameli pro est averti sur sa messagerie professionnelle de la disponibilité de la synthèse d'un BSI ***Dans l'attente de l'avis du médecin, l'infirmier peut débuter ou poursuivre les soins auprès du patient sur la base du plan de soin proposé***
➢ **MP**	• Consulte sur le téléservice BSI (profil médecin) la synthèse et **donne son avis sur le plan de soins proposé dans un délai de 5 jours (possibilité de valider en l'état le BSI et/ou d'émettre des observations)** l'infirmier peut clôturer le BSI en l'absence de retour du médecin dans un délai de 5 jours
➢ **IDEL**	• **Consulte l'avis du MP** sur le téléservice
	• **Modifie le cas échéant le plan de soins infirmiers** dans le BSI selon les observations du MP et adresse pour information au MP la synthèse modifiée,
	• **Clôture le BSI** qui devient alors accessible à l'organisme local d'assurance maladie. (plus d'entente préalable)
	• **Facture le BSI** – 25 € BSI initial / 12€ BSI intermédiaire ou de renouvellement et ensuite • Facture ses interventions selon le forfait journalier déterminé par l'outil (BSA, BSB ou BSC)

Bilan de soins infirmiers – Le circuit

AMELI PRO



Patient dépendant

Prescription de soins infirmiers

Le MP consulte la synthèse sur le téléservice (sous un profil médecin) et **émet si besoin des observations sur le plan de soins proposé** dans un délai de 5 jours via le téléservice
(à défaut d'avis sous 5j, avis réputé rendu – alerte temps de l'idel)

1

IDEL se connecte à l'aide de sa carte CPS sur le Ameli pro: elle identifie son patient (NIR ou carte vitale) puis clique sur le téléservice BSI pour **Saisie du BSI du patient dépendant**

A l'issue de la saisie, une synthèse des éléments saisis est générée **. L'infirmier valide la synthèse pour la rendre accessible au MP**

Médecin prescripteur (MP)

2

Infirmier (IDEL)

3

4

CPAM+ELSM

Le MP est averti sur sa messagerie professionnelle **de la disponibilité de la synthèse d'un BSI**

IDEL modifie le cas échéant le BSI et le **clôture via le téléservice**

IDEL retourne dans son logiciel de facturation pour
Facturation du bilan réalisé
+ facturation des soins infirmiers réalisés en suivant

BSI clôturé devient accessible à la CPAM (profil administratif – volet adm et facturation) **+ ELSM** (profil médical – tous volets)

Réforme majeure de votre prise en charge des patients dépendants à domicile avec la mise en place progressive :

2/ d'une rémunération au forfait : remplacement progressif de la tarification à l'acte en AIS par 3 nouveaux forfaits journaliers de prise en charge des patients dépendants selon la charge en soins nécessitée par le patient :

Forfait journalier prise en charge légère - **13€ code acte BSA**
Forfait journalier prise en charge intermédiaire - **18,20€ code acte BSB**
Forfait journalier prise en charge lourde - **28,70€ code acte BSC**

-le niveau du forfait est déterminé par l'outil BSI

-seul un infirmier peut facturer le forfait journalier (même si le patient est pris en charge par plusieurs infirmiers)

Possibilité de facturer en sus du forfait journalier BSI des actes techniques

Les actes autorisés à taux plein -code acte AMX – 1er janvier 2020 :

- ✓ perfusions
- ✓ pansements lourds et complexes
- ✓ surveillance clinique et de prévention suite à une hospitalisation pour épisode de décompensation d'une insuffisance cardiaque ou d'exacerbation d'une bronchopathie chronique obstructive (BPCO)
- ✓ prélèvement sanguin

Possibilité de facturer à chaque passage en sus du forfait journalier les indemnités de déplacement et les majorations - code acte IFI- 1er janvier 2020

NB : chaque infirmier prenant en charge le patient dépendant peut facturer lors de son passage ses éventuels actes techniques, ses déplacements et ses majorations (contrairement au forfait journalier facturé par un seul infirmier)- La MAU ne peut pas être facturée

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Une mise en place progressive :

Compte tenu du caractère novateur de cette mesure et de son impact financier, le BSI et les forfaits journaliers seront mis en place par étapes, **avant une généralisation à l'ensemble des patients dépendants prévue au 1er janvier 2023 :**

- ✓ **Patient 90 ans et +** ▶ 1er janvier 2020
- ✓ **Patient 85 ans et +** ▶ 1er janvier 2021
- ✓ **Patient 78 ans et +** ▶ 1er janvier 2022

Le passage d'une étape à l'autre est soumis à un accord entre les syndicats représentatifs des infirmiers et l'Assurance Maladie.

Facturation des soins infirmiers - période de mise en œuvre progressive

	Patients éligibles au forfait BSI	Patients non éligibles au forfait BSI
Actes/forfaits	Forfaits journaliers : -léger : **BSA** -intermédiaire : **BSB** -lourd : **BSC** *1 fois par jour par un seul infirmier*	**AIS 3** *Chaque infirmier facture sa séance de soins*
Actes techniques externalisés « autorisés » au titre de la dépendance/ Déplacements/Majorations	**AMX** **IFI** + éventuelles **IK** + éventuelles majorations	**AMX** **IFD** + éventuelles **IK** + éventuelles majorations
Actes techniques hors cadre de la dépendance / Déplacements/Majorations	**AMI** **IFD** +éventuelles **IK** + éventuelles majorations	**AMI** **IFD** + éventuelles **IK** +éventuelles majorations
BSI/DSI	Réalisation BSI : **DI 2,5** (initial) **DI 1,2** (intermédiaire ou renouvellement annuel)	Réalisation DSI : **DI 1,5** (initial) **DI 1** (renouvellement)

B- Evolution de la prise en charge des pansements

à compter du 1er janvier 2020

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Présentation des principales mesures – pansements – 1er janvier 2020

Pansements courants :

- Revalorisation des actes de pansements de stomies, trachéotomie et de changement de canule – AMI 3
- Création des actes de pansement de plaies opératoires étendues ou multiples, après abdominoplastie ou chirurgie mammaire et de pansement postopératoire d'exérèses multiples de varices et /ou de ligatures multiples de veines perforantes avec ou sans stripping. – AMI 3
- Évolution de libellés

Pansements lourds et complexes :

- Évolution de libellés
- Création d'un acte de pansement brûlure suite à radiothérapie – AMI 4

SÉCURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Présentation des principales mesures – pansements – 1er janvier 2020

Pansements lourds et complexes : création à la NGAP d'un acte de bilan initial de prise en charge de plaie nécessitant un pansement lourd et complexe par épisode de cicatrisation – AMI 11

Contenu : *évaluation de la situation du patient, établissement d'une fiche descriptive de la plaie, élaboration d'un projet de soins et réalisation du pansement*

NB :

- ✓ pour une plaie dont la durée est inférieure à 1 an, un deuxième bilan pourra être facturé dans l'année en cas de récidive (*la récidive étant définie par une reprise des pansements après une interruption de soins de pansements d'au moins 2 mois*).
- ✓ pour une plaie dont la durée de prise en charge est supérieure à 1 an, cet acte pourra être facturé qu'une seule fois par an

⚠ une prescription du bilan n'est pas nécessaire dès lors que la prescription du médecin comprend des pansements complexes

SECURITÉ SOCIALE
L'Assurance Maladie
Caisse Nationale

C- Prise en charge des enfants de moins de 7 ans

à compter du 1er janvier 2020

- **Création d'une majoration conventionnelle** (non inscrite NGAP) **d'un montant de 3,15 € par séance** réalisée auprès des enfants de moins de 7 ans – **Code acte MIE**

NB :

- ✓ majoration cumulable avec l'ensemble des autres majorations applicables au regard de l'acte effectué (MCI, majoration dimanche et jours fériés…..)
- ✓ Majoration cotable jusqu'à la veille du 7ème anniversaire de l'enfant

D- Accompagnement du patient à la téléconsultation

à compter du 1er janvier 2020

Présentation des principales mesures – téléconsultation – 1er janvier 2020

- **création de nouveaux actes à la NGAP visant à permettre l'accompagnement par l'infirmier du patient dans le cadre de téléconsultations (TLC) organisées à la demande du médecin.**

Ces 3 actes d'accompagnement sont valorisés différemment selon que l'acte est réalisé :

- lors d'un soin infirmier déjà prévu (**code TLS -10€**)
- dans un lieu dédié aux téléconsultations (**code TLL -12 €**)
- ou organisé de manière spécifique à domicile (**code TLD -15 €**)

NB : -aide financière prévue dans le « forfait structure » pour l'équipement en vidéotransmission et en appareils médicaux connectés (cf. ci-après)

-pas de prescription pour l'acte de téléconsultation

-le numéro du médecin téléconsultant est indiqué dans la zone médecin prescripteur lors de la facturation

-possibilité de facturer des frais de déplacement y compris pour l'acte TLL*

**applicables qu'1 fois lorsque l'infirmier accompagne plusieurs patients au cours de téléconsultations réalisées successivement dans un même lieu dédié.*

2 déplacements dans un lieu dédié aux téléconsultations, au plus, sont facturables par jour

E- Evolution des actes de surveillance et observation d'un patient à domicile

à compter du 1er décembre 2019

- **Evolution de l'acte d'administration et de surveillance d'une thérapeutique orale à domicile**
  - ✓ avec l'inclusion des patients avec troubles cognitifs

- **Evolution de l'acte de surveillance et d'observation d'un patient lors de la mise en œuvre d'un traitement à domicile ou lors de la modification de celui-ci**
  - ✓ avec la modification de la règle du passage quotidien (en conservant la notion de 15 passages maximum)
  - ✓ et la suppression de la restriction pour les patients diabétiques insulino-dépendants

F - Les autres mesures de valorisation

à compter du 1er décembre 2019

SÉCURITÉ SOCIALE
l'Assurance Maladie
Caisse Nationale

Présentation des principales mesures – divers- 1er décembre 2019

- **Prélèvements sanguins** : possibilité pour les infirmiers d'associer à taux plein l'acte de prélèvement sanguin avec AMI et les séances de soins infirmiers pour les patients dépendants

  ⚠ pour l'association avec le forfait BSI à compter du 1er janvier 2020

- **Extension du champ de la MAU :** extension du champ de la majoration pour acte unique aux actes AMI dont les coefficients sont inférieurs ou égaux à 1,5

G - Forfait structure infirmier

à compter du 1er janvier 2020

Forfait structure infirmier – 1er janvier 2020

➢ Mise en place d'une aide à l'informatisation et à la modernisation

Le forfait sera versé pour la 1ère fois aux infirmiers en 2021*(sur observation de l'équipement de l'infirmier au 31 décembre 2020)*. Dans l'attente, les précédentes aides à la télétransmission (aide SCOR, à la télétransmission et à la maintenance…) restent en vigueur.

Indicateurs	Montant versé
Socles : -utiliser un logiciel métier, compatible DMP, -être doté d'une version du cahier des charges SESAM -Vitale à jour, -utiliser la solution SCOR, -taux de télétransmission supérieur ou égal à 70%, -disposer d'une MSS.	490 €
Complémentaire : implication de l'infirmier dans la prise en charge coordonnée des patients (Appartenance MSP, CPTS, ESP ou autres formes d'organisations pluriprofessionnelles capables d'apporter une réponse coordonnée de proximité aux besoins de prise en charge des patients) ***Indicateur socle à partir de 2022***	100 €
TOTAL	**590 €**

Forfait structure infirmier – 1er janvier 2020

➢ mise en place d'une aide à l'informatisation et à la modernisation

Indicateurs	Montant versé
Socles - Scor, MSS, télétransmission…	490 €
Complémentaire – exercice coordonné	100 €
TOTAL	**590 €**
+Optionnel - Aide à l'équipement télémédecine : *-Aide financière à l'équipement de vidéotransmission* *- Appareils médicaux connectés*	 ***350 €*** ***175 €***
+Optionnel – ouverture de DMP	***1€ par DMP ouvert***