

<https://ressources.anap.fr/numerique/publication/1580-organiser-la-permanence-de-soins-avec-la-tele-imagerie-medicale>

La Télémédecine en action : permanence de soins en imagerie médicale - Eléments de constats et d'analyse

Sommaire

1. Introduction
2. La permanence de soins en i...
3. Retours d'expérience
 - 3.1. Région Picardie
 - 3.2. Région Lorraine
 - 3.3. Région Pays-de-la-Loire
4. En vue d'un déploiement rég...
 - 4.1. Organisations régionales
 - 4.2. Processus de réalisation...
5. Aspects organisationnels de...
 - 5.1. Gouvernance
 - 5.2. Pilotage et Gestion de pr...
 - 5.3. Ressources humaines
 - 5.4. Formation
 - 5.5. Communication
 - 5.6. Système d'information
 - 5.7. Logistique et matériel
 - 5.8. Post-déploiement
 - 5.9. Modèle économique**

↪ 5. Aspects organisationnels de la mise en oeuvre des projets

↪ 5.9. Modèle économique

Enjeux

Même si le projet relève d'une priorité de santé publique et que sa mise en oeuvre doit dépasser les enjeux économiques, le modèle doit être anticipé et évalué pour permettre de définir les équilibres qui en assurent sa pérennité.

L'aspect économique du projet constitue un sujet auquel les acteurs sont attentifs, eu égard notamment aux différences dans les modalités de rémunération des praticiens hospitaliers et des professionnels libéraux.

Il est à noter que la DGOS a lancé une étude nationale de coûts/recettes pour identifier et objectiver les éventuels besoins d'évolution du modèle de financement de cette activité.

Principales actions à mener

La mise en place du projet de télémédecine nécessite de **réfléchir en amont au modèle économique** et ce, dans une approche transversale, pour identifier notamment les postes de mutualisation possibles à différentes échelles (locale, territoriale, régionale) et optimiser les investissements. En effet, les services offerts par la télémédecine peuvent être déployés dans différents contextes pour des usages de même nature.

Pour organiser la PDS, l'ARS peut mobiliser **le dispositif d'intervention des médecins libéraux** dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés sans but lucratif prévu par les articles L. 6146-2 et L. 6161-9 du CSP et ainsi conduire à intervenir dans ces établissements pour participer à la PDS et être indemnisés pour cette participation.

Illustration en Picardie

Le schéma de facturation de l'activité est le suivant : l'établissement requérant facture un acte d'imagerie

à l'Assurance maladie, il reçoit l'intégralité de l'acte CCAM et reverse le forfait intellectuel à l'établissement requis et garde la partie technique pour la rémunération du manipulateur en électroradiologie et pour la maintenance des appareils. Sur cette partie technique, chaque établissement (requis et requérant) participe aux frais liés à l'exploitation du service porté par le GCS et délivré par l'industriel.

Un relevé d'activité, issu de la solution technique, adressé par le CHU d'Amiens permet de procéder à une facturation au CH de Montdidier.

Il convient d'évaluer l'activité de télémédecine par acteur pour identifier les situations de déséquilibre potentiel, leur impact, et déterminer les solutions qui vont permettre le déploiement du projet.

Les modalités de fonctionnement entre les acteurs sont consignées dans une convention qui prévoit le suivi des activités et les éventuels accords de compensation.

Points de vigilance et recommandations

Il est important de définir dès le lancement du projet les modalités de suivi de l'activité tant pour permettre l'évaluation régulière du dispositif que pour mesurer l'impact des organisations sur le modèle économique. (cf. fiche « **Pilotage** »).

Les choix organisationnels en matière de garde et d'astreinte et l'impact du repos compensateur vont influencer le modèle économique et sont également à évaluer régulièrement. La réflexion initiale doit prendre en compte le temps dédié à la coordination et au pilotage.

Rémunération des radiologues

L'un des enjeux est de proposer une rémunération attractive permettant de **compenser d'une part la baisse du nombre de gardes ou astreintes et d'autre part l'augmentation du nombre de cas traités** lors des gardes et des astreintes mutualisées.

Il existe en effet un risque de fuite des radiologues publics dont la rémunération baisserait du fait de la perte de lignes de garde.

Illustration en Lorraine

Une des pistes transitoires étudiées est de recourir à l'indemnité pour exercice dans plusieurs établissements prévue par l'arrêté du 17 octobre 2001 qui permet d'augmenter la rémunération des praticiens hospitaliers de près de 400€ brut par mois, sachant que cette indemnité est financée par une enveloppe fermée de l'ARS.

Le recours au statut de clinicien hospitalier prévu par le décret n°2010-1218 du 14 octobre 2010, qui permettrait d'augmenter la rémunération des professionnels, pose pour sa part plusieurs problèmes :

- ce statut ne peut être conservé que pour une durée limitée,
- il modifie le rapport à l'établissement,
- il pose enfin un problème de couverture sociale pour les praticiens qui l'adoptent.

Parallèlement, les radiologues privés ne souhaitent généralement pas se contenter de la rémunération à l'acte prévue dans le cadre de la PDS d'autant que cela peut créer des disparités en fonction de l'activité en garde. Ils peuvent estimer que la profession sera moins attrayante pour leurs jeunes collègues s'ils doivent participer à la PDS.

Illustration Pays de la Loire

Pour y répondre, le GIE envisage de redistribuer à tous les libéraux les gains de l'ensemble des lignes de garde.

Un autre enjeu est **d'assurer un équilibre des rémunérations** quel que soit le statut du radiologue qui participe à la PDS. Les praticiens hospitaliers souhaitent bénéficier dans ce cadre d'un traitement équivalent à celui des radiologues libéraux et en particulier d'une rémunération à l'acte, ce que ne leur permet pas leur statut.

Les radiologues privés perçoivent en effet des honoraires composés de deux parties :

- l'une fonction de la nature de l'acte (crâne, thorax...),
- l'autre correspondant à un supplément nuit ou week-end.

Les praticiens hospitaliers perçoivent une astreinte à laquelle s'ajoutent des indemnités de déplacement jusqu'à 3 déplacements.

Illustration en Pays de la Loire

Les acteurs du projet travaillent à la définition d'un forfait transitoire qui serait identique pour les radiologues publics et libéraux. Ce forfait permettrait de garantir et de sanctuariser l'activité pendant un an avec une compensation du revenu pour les radiologues libéraux qui souhaitent aujourd'hui un forfait investissement à chaque acte.

Illustration en Lorraine

Les établissements font appel pour la mise en œuvre de la PDS soit à des PH soit à des libéraux. Il est apparu intéressant d'effectuer une comparaison en termes de coût en s'appuyant sur le profil type d'une astreinte en termes d'actes réalisés. Ce profil type a été constitué sur la base des rapports d'activité remis par la société IMADIS au CH de Verdun dont elle assure la PDS. Il en résulte que les astreintes réalisées par les radiologues privés sont plus économiques s'il y a moins de 9 actes réalisés au cours de la période.

Ressources associées**DÉMARCHE**

Dossier patient informatisé interopérable

DÉMARCHE

Résultats d'imagerie, de laboratoire et d'anapath

Glossaire

[acteur](#)

[ARS](#)

[CH](#)

[CHU](#)

[CCAM](#)

[CSP](#)

[DGOS](#)

[GCS](#)

[imagerie](#)

[maintenance](#)

[mutualisation](#)

[pilotage](#)

[risque](#)

Date de parution : 10/02/2015

Télécharger la production