

AVANT PROJET PLFSS 2017 – ARTICLE 47 - TELEMEDECINE

Depuis 3 mois, la mission FHF-Télémédecine conduit une campagne de sensibilisation visant à déverrouiller le mécanisme de financement des activités de télémédecine, actuellement cadenassé dans un cadre forfaitaire (FIR). Ce mécanisme, largement dépassé et non incitatif, constitue un obstacle au déploiement stable et pérenne de l'activité alors que la télémédecine est pleinement reconnue par le législateur comme d'une pratique médicale à part entière, depuis la loi Hôpital, Santé, Patient, Territoire de 2009.

Soucieuse de lever ce paradoxe, la FHF continue de mener une opération de valorisation des projets pilotes menés par les établissements de soins et médico-sociaux. Avec plus de 100 remontées recensées à ce jour, la FHF souhaite que ce déverrouillage puisse se traduire dès le PLFSS 2017.

Une première avancée significative semble désormais acquise avec la présente rédaction de l'article 47 de l'avant-projet du PLFSS pour 2017 relatif au dispositif expérimental des projets de télémédecine, introduit initialement par l'article 36 de la LFSS pour 2014. Cet article prévoit ainsi un élargissement du périmètre géographique avec une généralisation des expérimentations à toute la France et autorise désormais les patients en consultations externes ou pris en charge par les services d'urgence à l'hôpital à pouvoir bénéficier des actes de télémédecine. Les structures requérantes, engagées dans une activité de télémédecine pourront, en outre, bénéficier d'un financement forfaitaire incitatif notamment pour lever les freins liés à l'investissement matériel et organisationnel.

Si cette avancée constitue un premier pas vers le déverrouillage, le chemin qu'il reste à parcourir pour atteindre l'objectif de déverrouillage complet nécessite de poursuivre la forte mobilisation portée par la mission FHF-Télémédecine (Pierre Simon, Elodie Hemery, Céline Wasmer).

La présente rédaction de l'article 47 de l'avant-projet du PLFSS pour 2017 prévoit :

- 1) L'élargissement du périmètre géographique des expérimentations de télémédecine au **territoire national**, y compris :
 - la Corse
 - les DOM : Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte
 - les collectivités de Saint-Barthélemy, Saint Martin, Saint-Pierre et Miquelon et dans les îles de Wallis et Futuna

- 2) L'élargissement de la cible des patients pouvant bénéficier des expérimentations des actes de télémédecine **aux patients ambulatoires à l'hôpital (public et privé)**, c'est-à-dire :
 - Aux patients pris en charge à l'hôpital dans le cadre de consultations ou d'actes externes,
 - Ou encore, pris en charge par les services d'urgence des hôpitaux.

Jusqu'à présent, seuls pouvaient en bénéficier les patients en médecine de ville et des structures médico-sociales.

- 3) L'introduction d'un mécanisme de financement forfaitaire –imputé sur le FIR- pour les

établissements requérant des actes de télémédecine dont le montant sera fixé par arrêté « sur la base de critères d'efficacité organisationnelle ». Autrement dit, **les structures hospitalières et médico-sociales, accueillant et prenant en charge un patient et demandeuses d'un acte de téléconsultation, pourront bénéficier d'un financement**. Cette mesure vise à lever les freins financiers relatifs aux coûts liés à l'investissement des structures souhaitant engager un projet de télémédecine.

- 4) La suppression du principe de conventionnement obligatoire à l'entrée dans l'expérimentation. Cette modalité répond à une volonté d'alléger les procédures administratives à l'initiation de toute expérimentation.
- 5) L'exclusion de la liste autorisant le remboursement de droit commun par la sécurité sociale, pendant toute la durée de l'expérimentation, de tout dispositif médical, utilisé dans la « transmission de données permettant à un professionnel de santé d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient » dès lors que son utilisation relève d'une indication visant le traitement d'une pathologie prévue par le cahier des charges fixant les conditions de mise en œuvre des expérimentations. Cette mesure vise, selon l'exposé des motifs, à éviter un circuit de prise en charge qui « conduirait à limiter la portée de l'expérimentation et les conclusions pouvant en être tirées ».
- 6) La prorogation d'un an de la durée des expérimentations. Celles-ci sont donc possibles jusqu'au 1er janvier 2019 (et non plus jusqu'au 1er janvier 2018)

En revanche, les modalités suivantes sont maintenues :

- 1) La fixation des conditions de mise en œuvre des expérimentations dans un cahier des charges (fixé par arrêté) ;
- 2) Le financement par mécanisme forfaitaire des FIR des dépenses résultant de la mise en œuvre des expérimentations ;
- 3) La possibilité pour les ARS et les caisses de recueillir les informations issues des expérimentations « à des fins d'évaluations ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention »
- 4) La remise d'un rapport d'évaluation par la HAS au Parlement (avant le 30/09/2017)