

Le parcours de soins coordonnés

COMMENT FACTURER EN SESAM-VITALE ?

Réforme : palier du 1^{er} janvier 2006



Version 3 (02/01/06)

Le dispositif du médecin traitant est entré en application depuis le 1^{er} juillet 2005.

À compter du 1^{er} janvier 2006, de nouvelles règles de prise en charge s'appliquent pour les patients sans médecin traitant ou consultant en dehors du parcours de soins coordonnés.

Suivant la situation, les modalités de facturation sont différentes : baisse du remboursement de votre patient, dépassements...

Les médecins doivent donc systématiquement préciser dans leurs feuilles de soins si leur patient suit un parcours de soins coordonnés ou non.

- ▶ Tous les patients sont-ils concernés par cette évolution ?
- ▶ Quel code saisir dans les logiciels pour qualifier le parcours de soins du patient ?
- ▶ Comment facturer vos actes dans le cadre de la coordination des soins ?
Hors coordination ?

Voici les règles à suivre pour l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique (FSE). Elles permettront de répondre à vos principales interrogations.

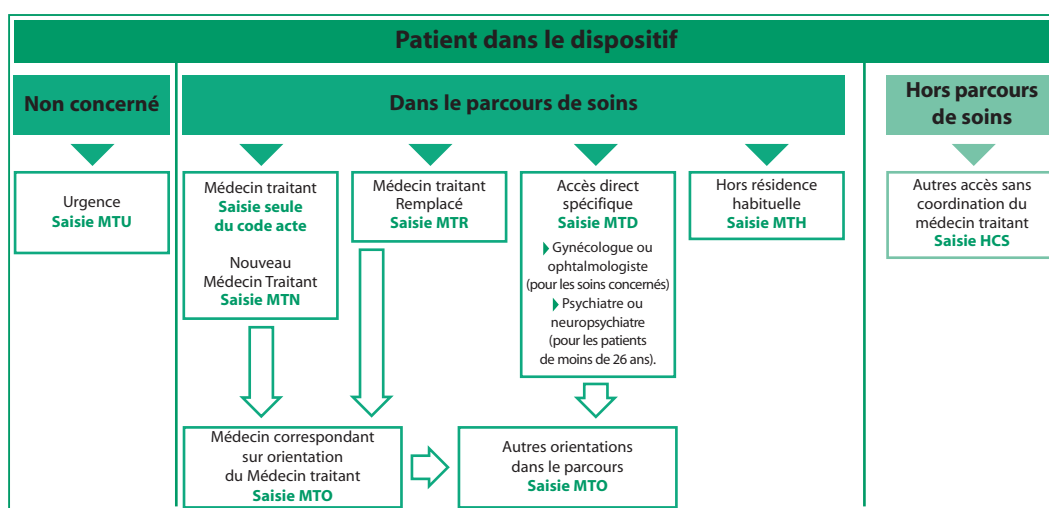
Le parcours de soins

Le dispositif du parcours de soins coordonnés s'applique à la majeure partie des actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste.
Cependant, certaines personnes et certains actes sont exclus du dispositif.

► Déterminez si l'acte ou votre patient est concerné par le dispositif...

- Ne sont pas concernés par les règles de facturation qui suivent, les actes ci-dessous :
 - les campagnes nationales de dépistage organisé,
 - les consultations des médecins biologistes,
 - les soins palliatifs,
 - les expertises,
 - les IVG médicamenteuses,
 - les actes en P des anatomo-cyto-pathologistes,
 - les soins d'urgence :
actes et consultations intervenant dans le cadre de la permanence des soins, actes et consultations de nuit (20h-8h), le dimanche et les jours fériés. En dehors de ces cas, l'urgence est définie comme une situation non prévue plus de 8h avant, mettant en jeu la vie du patient ou son intégrité physique et nécessitant la mobilisation rapide du médecin.
- Certains de vos patients ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés et ne doivent donc pas déclarer de médecin traitant. Ce sont :
 - **les personnes de moins de 16 ans,**
 - les migrants de passage,
 - les bénéficiaires de l'aide médicale d'état (AME).**=> Dans ces situations, établissez les feuilles de soins électroniques (FSE) sans mention de parcours de soins (codes prestations seuls).**
- Les autres patients entrent dans le dispositif de coordination des soins...

► Indiquez le parcours suivi : critères et saisie dans la Feuille de Soins Électronique



► Les actes exécutés dans le parcours de soins

1. Vous êtes le médecin traitant ou vous le remplacez en son absence

- Vous êtes le médecin traitant déclaré à la caisse d'assurance maladie du patient, ou son remplaçant déclaré.



Remplissez la FSE sans mention particulière en renseignant uniquement le code de l'acte réalisé

Remarque : Dans les caisses, votre numéro assurance maladie, transmis dans la FSE, est rapproché de la déclaration du médecin traitant de votre patient. Leur correspondance permet d'indiquer que les soins sont dans le parcours coordonné.

- **Le patient vous consulte à la place de son médecin traitant**, en son absence.



Saisissez le code **MTR** en plus du code de l'acte réalisé.
Médecin traitant remplacé

Remarque : Ce code doit être porté uniquement lorsque votre patient vous consulte en l'absence de son médecin traitant et que vous n'utilisez pas son numéro d'assurance maladie en tant que médecin remplaçant.

- **Le patient vous sollicite pour être son médecin traitant**, à l'occasion de la consultation en cours.



Saisissez le code **MTN** en plus de l'acte réalisé.
Nouveau médecin traitant

Remarque : N'oubliez pas de remplir la déclaration de médecin traitant et assurez-vous qu'elle est transmise rapidement à la caisse d'assurance maladie.

2. Le patient vous est adressé par son médecin traitant ou un médecin correspondant

- Le patient vous a été adressé par son médecin traitant.

- Le patient vous a été adressé par un médecin correspondant du médecin traitant.

Ex. : patient adressé par son médecin traitant vers un premier spécialiste qui, à son tour, l'adresse à un confrère (séquences de soins, soins itératifs ...).

- Le patient vous a été adressé par un spécialiste à accès direct spécifique (gynécologue, ophtalmologiste ou psychiatre).



Saisissez le code **MTO** en plus du code de l'acte réalisé.
Patient orienté

3. Autres cas de patient dans le parcours de soins

- Vous êtes gynécologue ou ophtalmologiste (pour les soins concernés) et consulté directement par le patient.
Vous êtes psychiatre ou neuropsychiatre et consulté directement par le patient de moins de 26 ans.



Saisissez le code **MTD** en plus de l'acte réalisé.
Accès direct spécifique

- Le patient vous consulte alors qu'il est éloigné de sa résidence habituelle (par exemple en voyage).



Saisissez le code **MTH** en plus de l'acte réalisé.
Hors résidence habituelle

► Cas particulier : l'urgence

- Le patient vous consulte dans le cadre d'une urgence médicale.



Saisissez le code **MTU** en plus de l'acte réalisé.
Urgence

Remarque : Les actes d'urgence ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonnés ; mais il convient de les repérer en inscrivant le code MTU.

▶ Les actes exécutés hors parcours de soins

Le patient vous consulte **sans orientation** de son médecin traitant ou du médecin correspondant et hors accès direct spécifique, ou le patient **n'a pas de médecin traitant** : dans la FSE, saisir le code coordination HCS, en plus du code de l'acte réalisé.

Remarque : Certains logiciels SESAM-Vitale vous proposent automatiquement des codes actes prestation en « L » lorsque les soins sont hors parcours (choix du code HCS). Que votre logiciel utilise les codes actes (NGAP et CCAM) habituels ou les codes en « L » dans la facturation, le code prestation sera correctement interprété par les caisses d'Assurance Maladie.

Correspondance avec la feuille de soins papier

Au préalable, avant toute saisie, vous devez mettre à jour les tables de codes actes de votre logiciel SESAM-Vitale (version 1.40 ou précédente). Cette mise à jour est à réaliser selon la procédure habituelle par vous-même ou par votre éditeur.

► Les 7 codes coordination utilisés dans la FSE et leur correspondance avec la feuille de soins papier

CONDITIONS de PRISE en CHARGE des SOINS (à remplir par le médecin)

MALADIE exonération du ticket modérateur : non oui (si oui, cochez une case de la ligne suivante)

acte conforme au protocole ALD action de prévention personne visée à l'art. L. 115 autre

accident causé par un tiers : non oui date J J M M A A A A

MATERNITE date présumée de début de grossesse ou date d'accouchement J J M M A A A A

AT/MP numéro ou date J J M M A A A A

si vous êtes le nouveau médecin traitant cochez cette case **MTN**

si le patient est envoyé par le médecin traitant, complétez la ligne ci-dessous (s'il ne l'est pas, cochez une case de la ligne suivante) **MTO**

nom et prénom du médecin traitant : ... Saisie prévue dans la version 1.40 réforme (2006)

accès direct spécifique urgence hors résidence habituelle médecin traitant remplacé accès hors coordination

MTD **MTU** **MTH** **MTR** **HCS**

► Correspondance de saisie dans la FSP et la FSE

Feuille de soins électronique (FSE)

Identification de l'assuré : Marcel Etienne
 Identification du PS : Givart Edouard

Date	Code acte	Montant
12/10/05	C + MTO	xx,xx

Code coordination (pointing to MTO)
 Code prestation (pointing to C)

Ex. : **C + MTO** : Un patient vous consulte sur orientation de son médecin traitant, vous saisissez MTO et le code prestation habituel de l'acte pratiqué (C, CS...).

C OU LC + HCS : Le même acte est réalisé dans le cadre d'une consultation hors coordination, sans recommandation d'un médecin traitant, vous saisissez HCS et le code acte pratiqué (C, CS...) ou le code acte modifié hors parcours (LC, LCS...).

La facturation et le parcours de soins suivi par le patient

Actes hors dispositif	Actes dans le parcours de soins	Actes hors parcours de soins	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Patients exclus : Patient < 16 ans... ■ Actes exclus : prévention campagne nationale... ■ L'Urgence (MTU) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Médecin traitant (Pas de code) ■ Autres situations (MTN, MTO, MTD, MTH, MTR) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ (HCS) 	
<ul style="list-style-type: none"> ■ Valeur des actes et taux de remboursement habituel ■ Pas de majoration de coordination ■ Pas de dépassement maîtrisé ou autorisé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Valeur des actes et taux de remboursement habituel ■ Majoration de coordination : sous certaines conditions ■ Dépassements maîtrisés : sous certaines conditions 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Remboursement diminué ■ Dépassements autorisés 	Exceptions et cas particuliers AT/MP Maternité

► Les majorations de coordination facturables

Les majorations de coordination (MCG, MCS, MCC) peuvent être facturées, en complément d'actes cliniques (C, CS...), sous réserve de réaliser un retour d'information vers le médecin traitant. Elles ne sont compatibles qu'avec les situations MTO (patient orienté), MTD (accès direct spécifique), MTH (hors résidence pour les médecins spécialistes).

► Les dépassements maîtrisés et autorisés, prévus par la convention

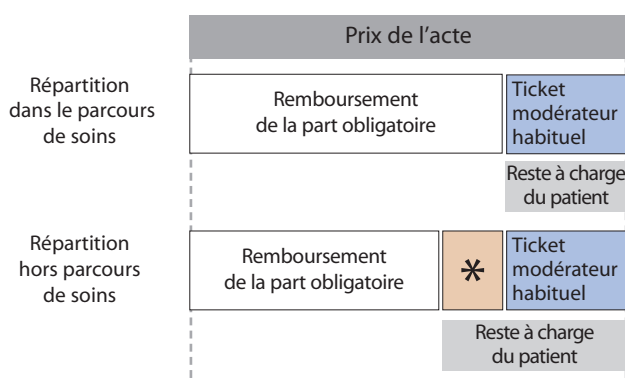
- **Dépassements maîtrisés (DM)** : peuvent être facturés, dans le parcours de soins, pour les actes techniques, par les professionnels de santé (généralistes ou spécialistes) en secteur 1 DP ou 2, ayant signé l'option de coordination.
- **Dépassements autorisés (DA)** : peuvent être facturés, hors parcours de soins, pour les actes techniques et cliniques, par les spécialistes en secteur 1.

Vous incluez le montant de ces dépassements dans le montant total des honoraires. Vous n'avez pas à les qualifier lors de la saisie dans la FSE.

► La baisse du remboursement de votre patient pour les actes réalisés hors parcours de soins

La facturation des actes et des consultations s'effectue en appliquant une baisse de remboursement de votre patient correspondant à 10 % de la valeur de l'acte : si l'acte est une CS à 23 €, la baisse sera de 2,3 €. Cette baisse de remboursement est applicable quel que soit le taux de remboursement de l'acte, y compris si l'assuré est couvert à 100 %, 90 % ou 80 %. Elle est néanmoins plafonnée à hauteur de 2,5 € par acte.

► **Hors parcours de soins : calcul de la baisse du remboursement de votre patient (voir fiche du même intitulé)**



* **Baisse du taux de remboursement**

S'il est hors parcours de soins, votre patient sera moins bien remboursé. Cette baisse de remboursement n'impacte pas le prix de l'acte que vous lui facturez.

► **Hors parcours de soins : calcul et facturation de la baisse du remboursement de votre patient dans les logiciels déployés**

1. Hors tiers payant : L'information essentielle dans la FSE

est le code coordination spécifiant le parcours suivi par le patient.

Le patient paye la totalité des actes et attend son remboursement de l'Assurance Maladie. Quel que soit le calcul de la prise en charge, hors parcours de soins, fait par votre logiciel, le remboursement est recalculé par les systèmes informatiques des régimes obligatoires en s'appuyant sur le code coordination indiqué par le médecin.

2. En tiers-payant : La facturation doit s'effectuer sur feuille de soins papier et non en FSE.

En effet hors parcours de soins, le logiciel ne calcule pas correctement la part restant à la charge de l'assuré : la baisse du remboursement de votre patient (10 % de l'acte plafonné à 2,5 €) n'est pas déduite par le logiciel. Le remboursement attendu par le médecin est alors supérieur au remboursement dû par la caisse. Cette situation provoque un rejet de la FSE.

3. Cas particuliers

■ **AT/MP et maternité** : hors parcours de soins, pas de baisse de remboursement pour les soins réalisés hors parcours de soins. La facturation s'effectue en spécifiant le code HCS en plus du code prestation dans la FSE et le calcul est juste puisqu'il s'appuie sur les valeurs et taux de remboursement habituels.

■ **ALD**

(Calcul sur une base de remboursement pour un patient du régime général pris en charge à 70 % ou 100 % en ALD)

	Actes dans le parcours de soins coordonnés	Actes hors parcours de soins coordonnés	
		Avec MT* déclaré	Sans MT* déclaré
Soins non conformes au protocole ou sans rapport avec ALD	70 % Taux actuel	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 70 %	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 70 %
Soins conformes au protocole ou en rapport avec ALD	100 %	100 %	Diminution du remboursement sur une base de référence de remboursement à 100 %

* MT = Médecin Traitant

► Les patients en ALD, dont les soins sont en rapport avec le protocole, sont soumis à la baisse de remboursement s'ils consultent hors parcours de soins coordonnés et n'ont pas désigné de médecin traitant.

Pour appliquer rapidement les mesures visant à l'amélioration de la coordination des soins, une adaptation « a minima » des progiciels SESAM-Vitale 1.31 et 1.40 a été demandée aux éditeurs. Cette adaptation permet de renseigner les codes coordination qui précisent le parcours de soins suivi par le patient.

L'application d'un reste à charge plafonné pour les soins hors parcours nécessite une modification en profondeur des logiciels SESAM-Vitale. Les éditeurs réalisent les évolutions nécessaires sur la base de la nouvelle version logicielle dite 1.40.

Cette évolution spéciale « réforme » va permettre de résoudre l'impossibilité temporaire de facturer en tiers payant les soins hors parcours coordonné, améliorer l'ergonomie de votre logiciel, permettre la saisie du nom et prénom du médecin traitant de votre patient, la qualification des dépassements.

Sources

- ▶ Connectez-vous sur le site de la réforme en pratique : www.ameli.fr
- ▶ Convention nationale des médecins généralistes et spécialistes (arrêté 3/02/2005 – JO 11/02/2005)
- ▶ Mémo FSE : Principes et codes
Mémo remplissage de la feuille de soins.

Pour en savoir plus...

- ▶ Contactez votre correspondant SESAM-Vitale. Ses coordonnées sont disponibles sur le site du GIE SESAM-Vitale : www.sesam-vitale.fr
- ▶ Adressez-vous à l'éditeur de votre logiciel.
- ▶ Plate-forme téléphonique médecins : 0 820 77 30 30 (0,118 €/mn).