Le parcours de soins coordonné

Comment facturer en SESAM-Vitale ?

Le dispositif du médecin traitant entre en application à compter du 1er juillet 2005.

Dès lors, les médecins doivent préciser dans leurs feuilles de soins si leur patient suit un parcours de soins coordonné ou non.
Suivant la situation, les modalités de facturation sont différentes : application de majorations, de dépassements...

- 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 ?

Comme la Feuille de soins papier, SESAM-Vitale s'adapte à ce nouveau dispositif. Voici les règles à suivre pour l'élaboration d'une Feuille de Soins Electronique (FSE). Elles permettront de répondre à vos principales interrogations.

Sécurité sociale
L'Assurance Maladie

La réforme en pratique

vitale

Le parcours de soins

À partir du 1er juillet 2005, le dispositif du parcours de soins coordonné s'applique à l'ensemble des actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste.
Ne sont pas concernés par les nouvelles règles de facturation :

- les soins antérieurs à cette date,
- les soins d'urgence,
- les actes de dépistage de la campagne nationale « cancer du sein »,
- les actes en P des anatomo-cyto-pathologistes,
- les IVG médicamenteuses.

Déterminez si votre patient est concerné par le dispositif…

- Certains de vos patients ne sont pas concernés par le parcours de soins coordonné 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), comme aujourd'hui, sans changement.

- 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
déclaré à la caisse d'assurance maladie du patient,
ou son remplaçant.

⇨ Remplissez la FSE comme aujourd'hui (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.

2. Dans les autres cas

Déterminez la situation adéquate et saisissez un code coordination pour indiquer le parcours de soins suivi dans la FSE, en complément du code acte habituel de la prestation (C, CS, V…), comme précisé ci-dessous.

Code coordination + **Code acte prestation habituel**

- **Le patient vous sollicite pour être son médecin traitant** à l'occasion de la consultation en cours. ⇨ Saisissez le code MTN. 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.

… Dans les situations qui suivent, votre ***patient doit avoir déclaré son médecin traitant à sa caisse***…

- Le patient vous a été adressé par son médecin traitant.
- Le patient vous a été adressé par son médecin correspondant.
- Le patient vous a été adressé par un spécialiste à accès direct spécifique.
- Vous êtes médecin spécialisé, le patient a pris son rendez-vous avant le 1/07/2005.

⇨ Saisissez le code MTO. Patient orienté

- Vous êtes gynécologue, ophtalmologiste ou psychiatre (ou neuropsychiatre, neurologue) et consulté directement par le patient. ⇨ Saisissez le code MTD. Accès direct spécifique
- Le patient vous consulte alors qu'il est éloigné de sa résidence habituelle (par exemple en voyage). ⇨ Saisissez le code MTH. Hors résidence habituelle
- Le patient vous consulte à la place de son médecin traitant, en son absence. ⇨ Saisissez le code MTR. 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.

… Dans la situation qui suit, **il n'est pas indispensable que votre patient ait déclaré un médecin traitant…**

- Le patient vous consulte dans le cadre d'une urgence médicale. ⇨ Saisissez le code MTU. Urgence

Remarque : L'urgence est définie comme une situation non prévue plus de 8 heures auparavant, pour une affection ou la suspicion d'une affection, mettant en jeu la vie du patient ou l'intégrité de son organisme et entraînant la mobilisation rapide du médecin. Ni les dépassements maîtrisés, ni les majorations de coordination ne sont autorisés.

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 et les codes actes prestation hors parcours.

Code hors coordination HCS + **Code acte prestation hors parcours**

Code acte prestation habituel dans le parcours	Code prestation hors parcours	Libellé du code prestation
C	LC	Consultation
CNP	LNP	Consultation neuropsychiatre
CS	LCS	Consultation spécialiste
CSC	LSC	Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire cardiologie et affection vasculaire
CST	LST	Complément surveillance thermale
ID	LID	Indemnité de déplacement
K	LK	Acte de spécialité
KC	LKC	Acte de chirurgie ou de chirurgie dentaire pour stomato
KCC	LCC	Acte chirurgical par un médecin spécialiste
KE	LKE	Acte d'échographie, échotomographie ou doppler
KFA	LFA	Forfait chirurgie KC ou KCC inférieur ou égal à 120
KFB	LFB	Forfait chirurgie KC ou KCC supérieur à 120
KFD	LFD	Forfait radiologie/échographie
KMO	LMO	Acte de phoniatrie par médecin
KTH	LTH	Pratique médicale complémentaire en cure thermale
MD	LMD	Majoration de déplacement critères médicaux
MDD	LDD	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de dimanche ou jours fériés
MDE	LDE	Majoration de déplacement critères environnementaux
MDI	LDI	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux en milieu de nuit 24 h à 6 h
MDN	LDN	Majoration de déplacement critères médicaux ou environnementaux de nuit de 20h à 24h et de 6 h à 8h
MM	LMM	Majoration de milieu de nuit
MPC	LPC	Majoration provisoire clinicien
MTC	LTC	Majoration transitoire chirurgien
ORT	LRT	Orthopédie dento faciale par stomatologue
PRA	LRA	Majoration d'honoraires pour produits radiopharmaceutiques
PRO	LRO	Prothèse dentaire par stomatologue
SCM	LCM	Soins conservateurs par médecin
SES	LES	Suite examen de santé
STH	LFH	Forfait surveillance médicale thermale
THR	LHR	Demi forfait surveillance médicale thermale
V	LV	Visite
VNP	LVP	Visite neuro-psychiatre
VS	LVS	Visite spécialiste
Z	LZ	Acte de radiologie
ZM	LZM	Acte de radiologie mammographie
ZN	LZN	Acte de médecine nucléaire

Les majorations de coordination

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 habituelle).

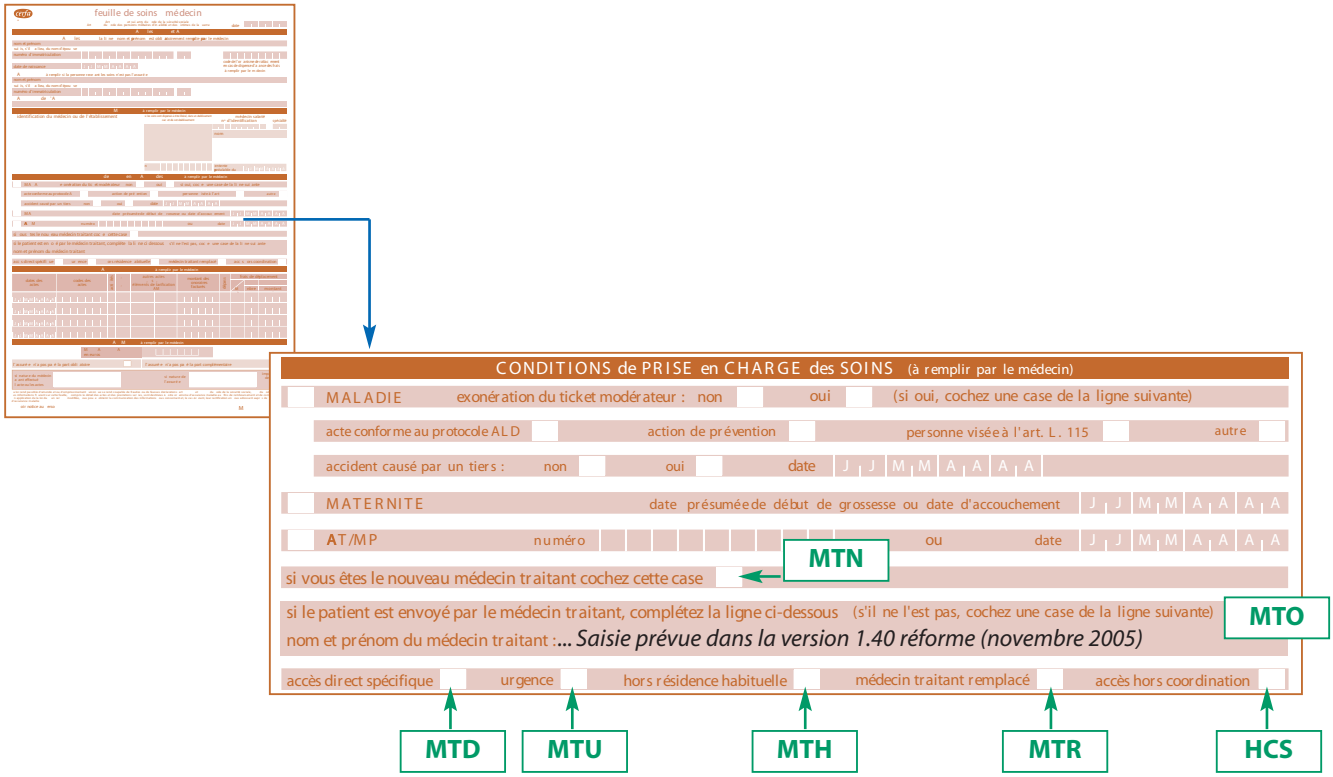
Les dépassements autorisés et maîtrisés, prévus par la Convention

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.

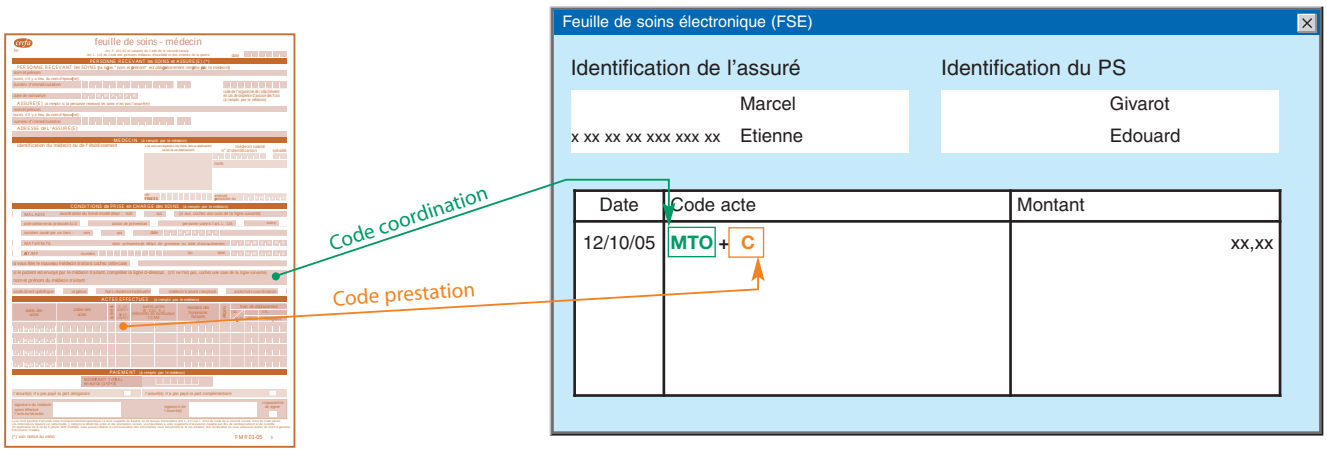
Correspondance avec la feuille de soins papier

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



Correspondance de saisie dans la FSP et la FSE



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

Les évolutions...

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.
Néanmoins, une évolution des logiciels 1.40 va prochainement être proposée pour améliorer l'ergonomie de votre logiciel, permettre la saisie du nom et prénom du médecin traitant de votre patient, la qualification des dépassements autorisés et maîtrisés.

Sources

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

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.

Conception – Réalisation – Rédaction : Mission SESAM-Vitale / Infographie : Diag 4 — Juin 2005

Sécurité sociale
l'Assurance Maladie
LA RÉFORME EN PRATIQUE
Vitale

Le parcours de soins coordonné
COMMENT FACTURER EN SESAM-VITALE ?

Patient hors dispositif

Les patients
- moins de 16 ans,
- migrants de passage,
- bénéficiaires de l'AME.

Les actes
- soins antérieurs au 1/07/05,
- soins d'urgence,
- actes de dépistage de la campagne nationale du « cancer du sein »,
- actes en P des anatomo-cyto-pathologistes,
- IVG médicamenteuses.

=> Non soumis à la déclaration du médecin traitant

SAISIE

Remplir la FSE comme avant

Cas particulier hors dispositif
Urgence **Saisie MTU**

MTU + **Code habituel de la prestation**

Patient dans le dispositif

=> Soumis à la déclaration du médecin traitant

Dans le parcours de soins

- Consultation du médecin traitant ou de son remplaçant **Saisie habituelle**
- Déclaration du médecin traitant lors de la consultation **Saisie MTN**
- Consultation orientée par le médecin traitant **Saisie MTO**
- Consultation orientée par le médecin correspondant **Saisie MTO**
- Consultation orientée par un spécialiste à accès direct spécifique **Saisie MTO**
- Consultation d'un médecin spécialisé, le patient ayant pris son rendez-vous avant le 1/07/2005 **Saisie MTO**
- Médecin traitant déclaré mais pas d'orientation par celui-ci
  - Accès direct spécifique **Saisie MTD**
    Gynécologue, ophtalmologiste, psychiatre (ou neuropsychiatre, neurologue)
  - Hors résidence habituelle **Saisie MTH**
  - Médecin traitant remplacé **Saisie MTR**

SAISIE

Code coordination + **Code habituel de la prestation**

Hors parcours de soins

- Médecin traitant non déclaré **Saisie HCS**
- Consultation sans orientation par le médecin traitant ou correspondant et hors accès direct spécifique **Saisie HCS**

Code coordination HCS
+ **Code acte prestation en « L »**

Conception – Réalisation – Rédaction : Mission SESAM-Vitale / Infographie : Diag 4 — Juin 2005

Sécurité sociale L'Assurance Maladie
LA RÉFORME EN PRATIQUE
vitale

Le parcours de soins coordonné

Les mises à jour indispensables des logiciels SESAM-Vitale au 1er juillet 2005

En attendant la mise à jour fournie par l'éditeur de votre logiciel, voici les éléments indispensables à saisir dans votre logiciel : les codes coordination des soins, leurs valeurs et leurs taux de remboursement.

Le parcours de soins coordonné	Code coordination	Valeur	Taux de remboursement
Accès direct spécifique	MTD	0 €	0 %
Patient hors résidence habituelle	MTH	0 €	0 %
Nouveau médecin traitant	MTN	0 €	0 %
Patient orienté par son médecin traitant ou par son médecin correspondant ou par un spécialiste à accès direct spécifique. Consultation d'un médecin spécialisé, le patient a pris son rendez-vous avant le 1/07/05.	MTO	0 €	0 %
Médecin traitant remplacé	MTR	0 €	0 %
Urgence	MTU	0 €	0 %
Hors parcours de soins	HCS	0 €	0 %

Les majorations	Code coordination	Valeur	Taux de remboursement
Majoration de coordination Généraliste	MCG	2 €	70 %
Majoration de coordination Spécialiste	MCS	2 €	70 %
Majoration de coordination Cardiologue	MCC	2,27 €	70 %

Les dépassements	
	Vous indiquez le montant des nouveaux dépassements (DA, DM) directement dans le montant total des honoraires. Vous n'avez pas à les qualifier lors de la saisie de la FSE et n'avez pas d'acte à créer. Cela sera fait automatiquement par les systèmes informatiques des caisses.

Conception – Réalisation – Rédaction : Mission SESAM-Vitale / Infographie : Diag 4 — Juin 2005

Sécurité sociale L'Assurance Maladie
La réforme en pratique
Vitale