



Comité de suivi Tiers Payant Généralisable – 28 mars 2018

Ministère de la Santé

Analyse et propositions de la FNCS

1. Les points d'amélioration dans la gestion du tiers payant par les centres de santé

Points de satisfaction	
Plate-forme CESI	Satisfaction des utilisateurs, cette plate-forme est une avancée importante par rapport à la situation qui prévalait antérieurement. Les dossiers sont bien suivis, les réponses adaptées et réactives.
Suppression des rejets liés au parcours de soins	Cela est effectif sur le terrain, et permet de diminuer les rejets.
Caisse pivot pour la transmission des bordereaux papier	La CPAM du département est désormais l'unique destinataire de tous les bordereaux (FSE dégradées) et pièces justificatives (prescriptions) du CDS, et se charge de dispatcher sur toutes les autres CPAM. Bémol : ne semble pas encore fluide partout + aucun accusé réception de nos courriers, avec parfois des inquiétudes sur des lots manquants au niveau de la CPAM destinataire final.

2. Les problèmes non résolus : 25 propositions pour un tiers-payant généralisable.

	Difficultés majeures	Nos propositions
Gouvernance du projet	<ul style="list-style-type: none"> - Absence du GIE Sésame Vitale du comité de suivi tiers payant et des commissions techniques paritaires nationale des centres de santé : les centres de santé ne sont pas suffisamment connus des techniciens du GIE et cela génère des dysfonctionnements (ex : fiches réglementaires aux éditeurs oubliant les CDS qui sont pourtant concernés par certaines évolutions) - Absence de l'ASIP également (or, acteur majeur dans le volet CPS). - Absence de la Fédération des éditeurs d'Informatique Médicale (FEIMA) : les CDS et les professionnels de santé sont dépendants des développements qu'ils réalisent, de leurs priorisations des projets et de leur communication interprétative des recommandations (ex : ADRI, Inter AMC) 	<p>1/ Associer le GIE SESAM Vitale, l'ASIP et la FEIMA au comité de pilotage Tiers Payant Généralisable.</p> <p>2/ Associer le GIE SESAM Vitale au Comité Technique Paritaire National des centres de santé.</p>
Cartes vitales / problématique des FSE dégradées et de délivrance des CV	<ul style="list-style-type: none"> - Oubli, pertes des cartes vitales : une proportion importante des patients viennent consulter sans carte vitale - Le CDS à l'obligation de faire du TP, donc dégradé => donc gestion papier des bordereaux ! - Délai de production d'une carte vitale inégaux selon les caisses : les patients de certains départements nous disent attendre près de 2 mois, dans d'autres, 1 mois maximum. - Diminution drastique des points d'accueil CPAM : le « tout-internet » est un véritable problème pour de nombreux usagers (personnes âgées notamment). 	<p>3/ Mettre fin à l'envoi papier des FSE dégradées qui est chronophage pour le CDS et pour les CPAM. Nous proposons que ces feuilles de soins soient simplement produites par le CDS à la demande, en cas de contrôle tout à fait légitime.</p> <p>4/ Rétablir des points d'accueil CPAM (éventuellement des maisons des services publics, mutualisés) pour permettre aux personnes vulnérables, avec des situations administratives complexes, ou aux personnes âgées qui se sentent stressées par les formulaires en ligne, de disposer d'un accueil physique (demande de carte vitale</p>

notamment).

5/ Renforcer la collaboration et la communication entre la CPAM et les médiateurs des centres de santé (pour les centres qui en disposent) qui font l'interface avec les usagers les plus vulnérables concernant leurs demandes de CV (but : régler rapidement les problèmes freinant la délivrance). Renforcer notamment la communication avec les services qui instruisent les demandes AME, ACS et avec la commission de recours amiable.

6/ verser une aide financière au centre de santé qui ont fait le choix de se doter de médiateurs santé pour renforcer l'accès aux droits.

CPS

- Pour les gestionnaires de plusieurs CDS : malgré des demandes explicites, les cartes des PS reviennent fréquemment sans être complètement mise à jour (certains FINESS manquent)
- Délais de traitement des demandes de nouvelles CPS ou d'actualisation très longs (cause : conseils de l'ordre ? ASIP ?)
- Outil de suivi des commandes de carte en ligne (TOM) est-il toujours actualisé ? connu ? non utilisable pour les IDE
- Les CPS ne sont pas envoyées aux bonnes adresses
- CPS des IDE : circuit passe par les ARS, fonctionnement complexe (formulaire papier, tampon etc...)

7/ Mettre en place une plate-forme informatique unique pour les demandes de CPS (médecins, chirurgiens-dentistes, infirmiers etc...), partagé entre tous les acteurs, permettant un suivi des demandes.

Lecteurs carte vitale	<ul style="list-style-type: none"> - Coût d'achat et de maintenance (mise à jour des versions) à la charge du gestionnaire. - Or, même si les praticiens ne facturent pas directement dans le cabinet, leur usage devient indispensable (messagerie sécurisée, DMP). - Technologie USB source de problèmes de connexion 	8/ Verser aux centres de santé un forfait couvrant l'achat des lectures Vitale – CPS, au prorata de leur effectif médical, paramédical et dentaire.
ADR i	<ul style="list-style-type: none"> - Permet de réduire les rejets si utilisation systématique, il s'agit d'un outil très appréciable. <p><u>MAIS :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le cahier des charges prévoit leur utilisation lors de l'élaboration de la FSE, et non en mise à jour du dossier patient (base de données du professionnel) sur le logiciel métier. Cela limite l'intérêt de son usage. - Il manque des organismes dans ADR i (régimes étudiants, MGEN ...) - Il manque le nom et RPPS du médecin traitant. - Certains centres font remonter des rejets sur des FSE ADRisées même si semble marginal (ex : AME, exonération 100%, régime local Alsace Moselle) - Par défaut, en consultation, la fenêtre ADR ne s'ouvre pas forcément sur la période du jour, ce qui peut générer des erreurs (ex : les exonérations peuvent être sur la période 2 ou 3 d'ADR i) - Le service rencontre des pannes (impossibilité de connexion) 	<p>Tenir compte des spécificités des centres de santé en termes de facturation (volume important, équipe pluri-professionnelle, tiers payant obligatoire pour tous)</p> <p>En conséquence :</p> <p>9/ Améliorer les fonctionnalités de l'outil ADRi en concertation avec les utilisateurs centres de santé (plus complet, plus intuitif).</p> <p>10/ Inclure les références du médecin traitant dans ADRi.</p> <p>11 / Supprimer purement et simplement certains motifs de rejet (comme cela a été fait avec efficacité pour le parcours de soins) .</p> <p>Les centres de santé ne doivent pas être financièrement pénalisés par des difficultés de droit (changement de numéro d'affiliation pour des ayants droit, etc...).</p>

- Ergonomie à revoir => est-ce « éditeur dépendant » ?
- Non-respect par certains éditeurs des 3 modes de fonctionnement de l'ADRI (ex : fonctionnement sans carte vital impossible)
- Des différences incompréhensibles entre les bases de données : amelipro, CDR, ADR. Quelle est la situation qui doit prévaloir ? Génère de la confusion, et une difficulté quant à l'information à donner aux patients

Transmission des prescriptions

- L'outil SCORE proposé pour la dématérialisation des envois de prescriptions n'a pas été adopté par beaucoup de centres de santé pour l'instant. Il semble qu'il soit chronophage (peu ergonomique, tableau à remplir dans un ordre précis, sortir l'ordonnance de nos logiciels métier pour le faire) et que la menace d'une sortie du dispositif si le taux de numérisation est trop faible ne permette pas « d'essayer pour voir ». (c'est tout ou rien)
- Il semblerait que cet outil dispense aussi de l'envoi des FSE dégradées (par signature électronique praticien) / positif, à confirmer avec les éditeurs.
- Actes en série : l'ordonnance doit être transmise à chaque facturation (variable selon les CPAM)

12 / Accompagner les centres de santé dans l'utilisation de SCORE et améliorer l'outil en fonction des retours de terrain.

OU

Faire évoluer le cahier des charges SESAM Vitale pour permettre la transmission des prescriptions lors de la télétransmission (pièce jointe à la FSE) en lieu et place de SCORE

13/ Actes en série : harmoniser les pratiques entre caisses en vue d'autoriser les PS à ne transmettre la prescription que lors de la 1^{ère} facture.

Tiers Payant complémentaire

- La signature des contrats avec l'Inter-AMC n'est pas encore suivie d'effets dans les centres de santé faute d'outils informatiques adapté (les éditeurs nous évoquent des développements en cours, problèmes rencontrés par plusieurs logiciels sur le téléchargement des tables de convention).

14 / Intégrer le tiers-payant RC au cahier des charges SESAM Vitale pour contraindre les éditeurs à développer des outils efficaces et conformes aux recommandations.

15/ Intégrer les données de la complémentaire sur la carte vitale pour une mise à jour unique du

- En l'absence d'outil informatique efficace pour la gestion TP complémentaire : pertes financières importantes (retards de paiement, rejets, temps humain de traitement). Il est urgent d'avancer.
- Traitement des rejets en DRE : le traitement papier s'impose pour ne pas renvoyer une FSE.
- Saisie des données de la complémentaire sur le dossier patient : la normalisation des cartes ne nous semble pas si évidente.
- Le flash code est-il réellement la solution ? Quel coût ? Quelle maintenance des appareils (cf coût des lecteurs cartes vitale qui est important, 1 par cabinet médical et par accueil), technologie USB fragile du point de vue de la connexion
- DRE : problème important sur les numéros de sécurité sociale répertoriés dans les bases de données des complémentaires qui sont parfois différents de ceux des bases de données du régime obligatoire. Avec la généralisation des complémentaires employeurs, ce problème augmente car les RC attribuent par défaut aux ayants droit le numéro de SS du salarié. Rejets réitérés à chaque passage du patient, impossible à « prévenir »

Certaines complémentaires demandent au centre de renvoyer un duplicata de Feuille de soins modifié manuellement (en rayant le numéro de SS ayant permis le remboursement RO pour indiquer celui référencé par le RC)

- Difficulté dans la gestion du TP RC lié au double interlocuteur « liquidateur » et « complémentaire ». Les liquidateurs ne

dossier patient.

16/ contraindre les complémentaires à intégrer les informations du régime obligatoire pour mettre à jour leurs bases de données dès lors que ces infos conditionnent le remboursement d'actes aux professionnels de santé, le maintien ou le déploiement du tiers payant intégral

17/ Revoir les termes de la collaboration entre les liquidateurs et les complémentaires pour que les seconds donnent aux premiers les moyens de rembourser correctement les professionnels des santé (respect des délais, traitement dématérialisés des relances et des impayés, accès aux BDO pour la modification des données adhérents)

18/ Modifier le cahier des charges SESAM Vitale pour que les FSE rejetées par les mutuelles puissent être refacturées électroniquement (à une autre mutuelle notamment en raison de la multiplication des adhésions/mutations)

disposent pas toujours des bases de données de leurs adhérents.

- Relances sur les impayés des complémentaires : certains organismes (Almerys) exigent des duplicatas de toutes les factures pour lesquels le CDS effectue une relance impayé, en plus du bordereau. Cela demande un temps de travail colossal.
- Certaines AMC pratiquent des rejets sur des demandes de remboursement de factures hors parcours de soins.

Informations à destination des CDS

- Trop peu de flash infos, ou des flashes info trop tardifs (ex : un flash info transmis le 12/01 pour une mesure applicable au 01/01 => peut générer des rejets évitables, tenir compte de la logistique propre aux CDS pour implémenter dans leurs logiciels des mises à jour avec une période de test, et la disponibilité des services informatiques)

19 / développer les lettres d'info « tiers payant » à l'usage de tous les PS et des CDS, pour accompagner de façon pédagogique et régulière la facturation TP en prenant appui sur l'analyse des difficultés.

20/ Enrichir « compagnon flux tiers » pour que les agents du tiers payant qui utilisent ce document tous les jours soient informés en temps réel des points de vigilance en matière tarifaire, réglementaire etc.)

21/ Mettre en place un partenariat gagnant-gagnant entre CPAM et centres de santé pour la formation des personnels chargés d'accueil et de facturation (connaissance des dispositifs de couverture sociale, fonctionnement du tiers-payant). Fédéforma (organisme de formation des centres de santé) a initié ce travail, il faut poursuivre et renforcer cette démarche en collaboration.

22 / Systématiser « les flashes-info CPAM » en amont des modifications réglementaires (tarifications, exonérations etc...)

Facturation d'activités nouvelles

- Le circuit d'information et de validation d'activités nouvelles pour un centre de santé ne fonctionne pas bien, générant des rejets sur des facturations de nouvelles activités (ex : sage-femme).
- CDS envoie le projet de santé actualisé à l'ARS => qui informe la CPAM du département pour ouvrir les remboursements sur cette spécialité => qui informe les autres CPAM (?)

23/ Mettre en place un formulaire informatique sur les sites des ARS permettant de déclarer de nouvelles activités (avec transmission parallèle du projet de santé actualisé), pour une prise en compte réactive et un suivi par tous les acteurs concernés (gestionnaire CDS, ARS, CPAM pour ouverture de la facturation sur la nouvelle activité).

Rapprochement des règlements

- Temps de travail pour assurer le rapprochement des règlements avec les factures reste à ce jour important (à suivre avec la mise en œuvre opérationnelle de la norme Noémie 580, censée faciliter ce travail).
- Difficulté spécifique des Centres de santé municipaux dans leur lien avec les trésoreries : le titrage des recettes devrait pouvoir se faire en interface.

24/ Construire une passerelle informatique permettant de gagner du temps dans le rapprochement bancaire et le titrage des recettes par le Trésor Public (Centres de santé Municipaux).

25/ Libellés des règlements AMC parvenant sur les comptes bancaires des centres : imposer un libellé de virement commun à toutes les mutuelles qui permet d'identifier celle à l'origine du règlement