

A partir de la version 6.2, LOGOSw est agréé SESAM-Vitale sur la base du cahier des charges « 1.40 addendum 6 erratum mars 2012 » (socle 1.40.9.1).

Ce niveau d'agrément permet à tous les utilisateurs médecins stomatologistes et chirurgiens-maxillo-faciaux de transmettre les données du parcours de soins conformément aux obligations et aux normes les plus récentes.

Ce qui change

Les lettres-clés de coordination ne doivent plus être utilisés : **MTD MTH MTN MTO MTR MTU**

La lettre-clé **HCS** d'acte hors coordination ne doit plus être utilisée.

Les lettres-clés modifiées utilisées dans le cas du hors parcours de soins ne doivent plus être utilisées : **LCS LSC LNP LK KZ LKC LCM LRO LRT et LPC.**

A l'utilisation de ces majorations particulières doit se substituer la facturation d'un dépassement particulier lors de la saisie de l'acte. Il s'agit des motifs de dépassement **DA** et **DM**. Ces motifs de dépassements doivent être **indiqués lors de la saisie des actes en tant que qualification de votre dépassement** (au même titre que DE, ED...) :

- Pour les médecins spécialistes en secteur 1 :
Le non-respect du parcours coordonné de soins par le patient autorise à pratiquer le « Dépassement Autorisé » (**DA**), qui n'est pas couvert par le régime obligatoire. Son montant est actuellement plafonné à 17,5% du tarif opposable.
- Pour les médecins spécialistes en secteur 2 ou en secteur 1 avec dépassement permanent, ayant signé l'option de coordination :
Pour les actes techniques effectués lorsque le patient est orienté ou en Hors résidence habituelle du patient, vous pouvez pratiquer le « Dépassement Maîtrisé » (**DM**). Ce dépassement n'est pas couvert par le régime obligatoire. Son montant est actuellement plafonné à 20% du tarif opposable.

Certains motifs de dépassement peuvent être cumulés comme cela vous est proposé lors de la saisie d'un acte.

Les lettres clés **MCS** et **MPC** peuvent toujours être utilisées pour majorer vos prestations.

Le préambule à l'avenant numéro de la convention médicale prévoit par ailleurs que « le taux de dépassement à 150 % du tarif opposable pourra servir de repère » comme tolérance maximale au-delà de laquelle les dépassements peuvent être considérés comme abusifs. Ce n'est pas une limitation par acte (précisées ci-dessus) mais un repère portant sur les majorations sur l'activité globale du cabinet.

La gestion du parcours de soins par LOGOSw

Périmètre et exclusions

La convention médicale a été modifiée par l'arrêté du 22 septembre 2011 pour la gestion de l'accès direct spécifique. La convention précise :

Définition de l'accès spécifique

Article 14.1 *Les médecins relevant de certaines spécialités et pour des actes précisés (soins de première intention) **peuvent être consultés sans consultation préalable** du médecin traitant tout en restant dans le parcours de soins et être rémunérés comme tels.*

Ces médecins veillent en conséquence à tenir informé, avec l'accord du patient, le médecin traitant de leurs constatations et lui transmettre, dans les délais raisonnables, nécessaires à la continuité des soins et compatibles avec la situation médicale du patient, les éléments objectifs utiles à la prise en charge du médecin traitant.

Les conditions de l'accès spécifique du médecin spécialiste

Article 14.2 [...] *Pour la stomatologie, les soins pouvant donner lieu à un **accès spécifique** sont les soins bucco-dentaires (actes thérapeutiques et radiographiques) incluant :*

- les soins de prévention bucco-dentaire ;
- les soins conservateurs : obturations dentaires définitives, soins d'hygiène bucco-dentaire ;
- les soins chirurgicaux : extractions dentaires, lésions osseuses restant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et lésions gingivales ;
- les soins de prothèse dentaire ;
- les traitements d'orthopédie dento-maxillo-faciale.

Les autres actes dispensés par le stomatologue sont intégrés dans le parcours de soins coordonnés, lorsque le patient est adressé par son médecin traitant ou son chirurgien-dentiste et que le stomatologue procède à un retour d'informations au médecin traitant.

Les règles du parcours de soins coordonnés ne s'appliquent pas aux actes de radiodiagnostic portant sur la tête et la bouche qui sont effectués par le radiologue lorsqu'ils sont demandés par le stomatologue ou le chirurgien-dentiste.

Mais la mention « **accès spécifique** » ci-dessus est une notion différente de « **l'Accès Direct Spécifique** » utilisée par la réglementation SESAM-Vitale.

C'est sans doute pour cela que nombre de stomatologues pensent que leur spécialité fait partie de celles bénéficiant de l'Accès Direct Spécifique (comme les ophtalmologistes par exemple) alors que ce n'est pas le cas, au sens où l'entend l'Assurance Maladie.

Comme la plupart des autres spécialistes, les stomatologues sont donc assujettis au parcours de soins.

L'ensemble de règles de gestion de ce parcours est vaste et complexe.

Certains patients sont exclus du parcours de soins :

- patients de moins de 16 ans à la date des soins,
- patients bénéficiaires de l'aide médicale d'état,
- migrants de passage

De la même façon, **certains actes sont exclus du parcours de soins** :

- les actes et consultations de nuit, le dimanche et les jours fériés, d'urgence
- d'une manière générale, tous les actes correspondant à des soins bucco-dentaires, à de l'ODF,
- Les actes CCAM d'implantologie, imagerie, soins, prothèses,
- Les lettres clés KC, ORT, PRO, SCM et bilans bucco-dentaires,
- la lettre clé Z uniquement en cas d'exonération ALD ...

La gestion du parcours de soins intégré dans LOGOSw version 6.2 a été vérifiée et **agréée conformément au cahier des charges SESAM Vitale**. Cette gestion correspond donc à la seule manière dont elle doit être réalisée pour les stomatologues.

Détection du parcours de soins

C'est par cette liste d'exclusions que le GIE SESAM-Vitale a décidé d'appliquer l'article 14.2 de la convention rappelé ci-dessus.

Les indications de parcours de soins transmises au sein des feuilles de soins électroniques, sont renseignées au niveau de la facture et non au niveau des actes.

Autrement dit, **si, au sein d'une même FSE, il y a à la fois des actes assujettis au parcours de soins et des actes exclus du parcours de soins, les premiers l'emportent et le logiciel doit obligatoirement demander au professionnel de santé de renseigner les données correspondantes.**

Par exemple :

- si vous réalisez une FSE contenant seulement une consultation :
vous devrez renseigner le parcours de soins.
- si vous réalisez une FSE contenant seulement une extraction :
vous n'aurez pas à renseigner le parcours de soins
- si vous réalisez une FSE contenant à la fois une consultation et une extraction :
vous devrez renseigner le parcours de soins.

La situation du patient

Au moment de la création de la feuille de soins électronique, LOGOSw vérifie les conditions de facturation.

Dans les cas où le parcours de soins est applicable, le logiciel vous demande d'indiquer la situation du patient vis-à-vis du parcours de soins.

Les cas suivants sont possibles :

- **Patient orienté par le médecin traitant** : le patient a été orienté par son médecin traitant, dont vous devrez préciser le nom. Cette donnée sera automatiquement enregistrée dans le dossier du patient.
- **Patient orienté par un médecin autre que le médecin traitant** : le patient a été orienté par un médecin qui n'est pas son médecin traitant. Vous devrez alors préciser le nom du médecin orienteur.
- **Hors résidence habituelle du patient** : le patient est en déplacement, ce qui justifie qu'il ne peut pas respecter le parcours de soins.
- **Médecin traitant** : si vous êtes déjà le médecin traitant déclaré du patient.
- **Nouveau médecin traitant** : vous venez d'être désigné comme le médecin traitant du patient.
- **Médecin traitant de substitution** : le médecin traitant déclaré est indisponible et vous vous substituez à lui.
- **Situation d'urgence** : il s'agit d'une situation d'urgence mettant en jeu la vie ou l'intégrité physique du patient.
- **Non-respect du parcours de soins** : le patient ne respecte pas le parcours de soins : il n'a pas déclaré de médecin traitant et/ou il vous consulte sans être orienté, hormis pour les cas précédents.

Suivant les cas et les actes réalisés, le logiciel calculera automatiquement les modulations réglementaires applicables au ticket modérateur.