

COMMISSION PARITAIRE LOCALE DES INFIRMIÈRES

13 décembre 2022

Ordre du jour

- Approbation du PV du 21 juin 2022
- Examen des dépenses de santé au 31 août 2022
- Actualités conventionnelles et réglementaires
 - Avenant 9
 - BSI: 85 ans et +
- Actualités locales et régionales
 - Démographie
 - Contrôle ciblés/ contrôle à visée pédagogique
 - Protocole IK
 - Accompagnement GDR: Accompagnement DAM/CIS/ ES qualité prescription
 - Numérique en santé
 - Qualité de la facturation
- Points divers

Statistiques de dépenses au 31/08/2022

Tarifs conventionnels (en euros)

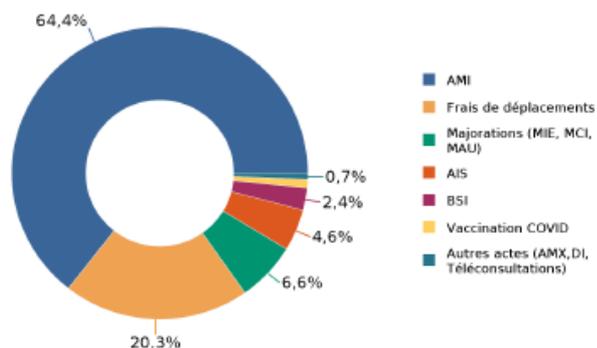
PREST.	25-mai 2012	18-avr 2009
AIS	2,65	2,65
AMI	3,15	3,15
DI	10,00	10,00
MAU	1,35	-
MCI	5,00	-
IF	2,50	2,30
IKP	0,35	0,35

Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2022 au 31/08/2022 (en date de remboursement)

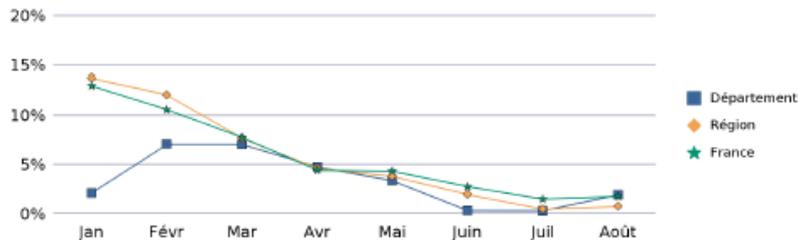
Montants des prestations en base de remboursement (hors dépassements)

Prestations	Régime Général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP	Montant	PCAP		
AIS	494 111	-15,6%	13 343	73,7%	1 947	-87,2%	509 401	-16,2%	-13,2%	-4,0%
AMI	6 820 794	6,0%	164 700	1,8%	134 680	-6,9%	7 120 174	5,6%	5,8%	5,0%
AMX	73 187	93,0%	2 183	-76,2%	598	113,3%	75 968	60,4%	30,9%	36,2%
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	8 954	65,7%	162	575,0%	123	392,0%	9 239	69,5%	241,6%	241,8%
BSI - Forfait	251 198	17,0%	658	-94,5%	8 228	-56,3%	260 284	5,2%	8,8%	14,0%
DI - Hors BSI	1 560	-71,8%		-100,0%	25	-78,3%	1 585	-72,5%	-70,1%	-69,6%
DIPA		-100,0%						-100,0%	-99,6%	-99,9%
MAU	490 660	4,6%	8 918	-11,0%	10 325	-10,5%	509 903	3,9%	4,5%	4,8%
MCI	196 455	-1,3%	7 450	5,3%	4 690	11,0%	208 595	-0,9%	2,3%	3,4%
MIE	6 212	47,8%	60	137,5%	38	0,0%	6 309	47,9%	57,0%	49,2%
Téléconsultations	20						20		-85,8%	-30,3%
Vaccination COVID	101 441	-56,4%	1 002	566,2%	714	154,3%	103 156	-55,7%	-66,1%	-59,5%
Total (Hors frais de déplacements)	8 444 592	2,2%	198 676	-6,2%	161 366	-17,3%	8 804 634	1,5%	0,0%	1,5%
Frais de déplacements	2 145 501	4,6%	55 316	-9,9%	44 364	-22,8%	2 245 181	3,4%	3,2%	3,1%
Total	10 590 093	2,7%	253 992	-7,0%	205 730	-18,5%	11 049 816	1,9%	0,7%	1,8%

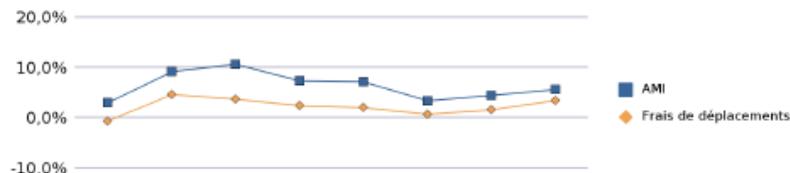
Répartition des montants par prestation



Evolution des montants (PCAP) - total poste



Evolution des montants par prestation (PCAP)



Activité des infirmiers libéraux dont le cabinet principal est installé dans le département

Statistiques de dépenses au 31/08/2022

Tarifs conventionnels (en euros)		
PREST.	25-mai 2012	18-avr 2009
AIS	2,65	2,65
AMI	3,15	3,15
DI	10,00	10,00
MAU	1,35	-
MCI	5,00	-
IF	2,50	2,30
IKP	0,35	0,35

En volume

Activité des infirmiers libéraux du 01/01/2022 au 31/08/2022 (en date de remboursement)

Jan Févr Mar Avr Mai Juin Juil Août

Volume des actes

Prestations	Régime Général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
AIS	163 004	-16,3%	3 922	61,9%	677	-86,8%	168 503	-17,2%	-13,1%	-3,7%
AMI	1 811 072	6,9%	45 401	5,2%	35 644	-8,6%	1 892 118	6,6%	6,7%	5,8%
AMX	23 876	68,3%	693	-76,6%	192	115,9%	24 761	43,7%	29,8%	36,4%
DI - Hors BSI	157	-71,7%		-100,0%	3	-78,3%	160	-72,4%	-70,1%	-69,6%
DIPA		-100,0%						-100,0%	-99,6%	-99,9%
Téléconsultations	2						2		-85,0%	-32,0%
Vaccination COVID	4 770	145,1%	103	415,0%	72	71,4%	4 945	146,2%	40,5%	75,5%
Total	2 003 781	5,1%	50 119	3,2%	36 587	-15,8%	2 090 488	4,6%	3,7%	3,0%

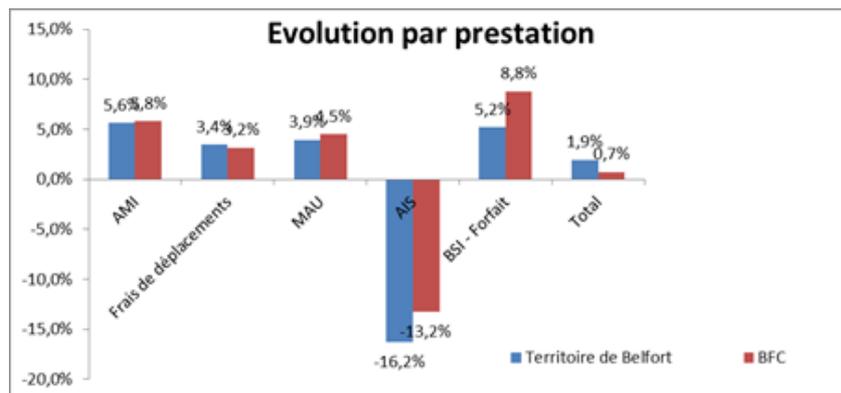
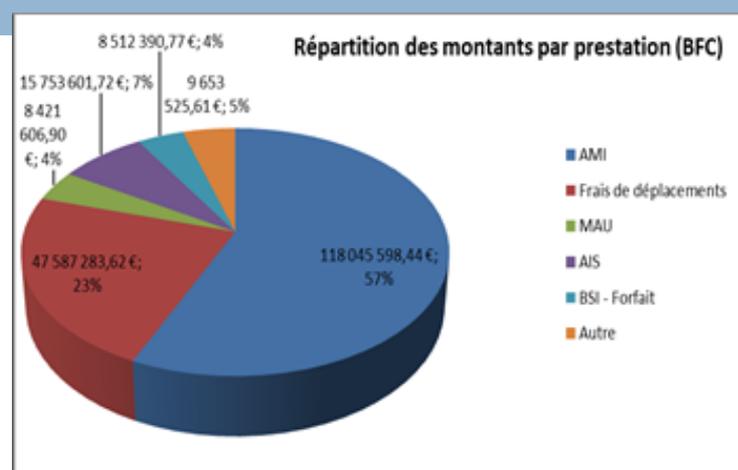
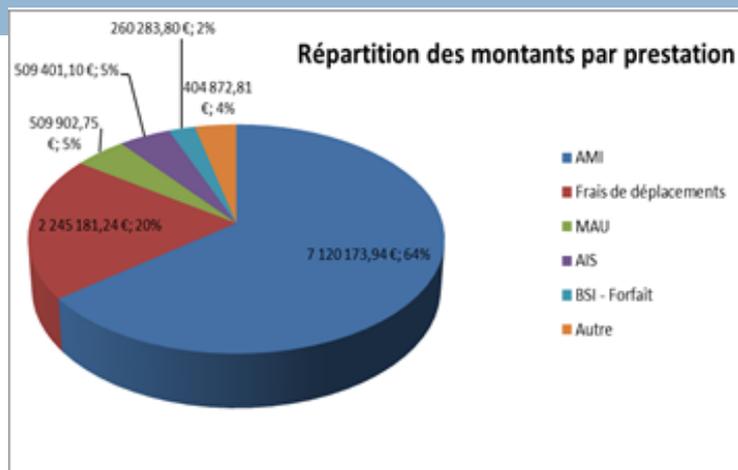
Volume des majorations

Prestations	Régime Général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP	Volume	PCAP		
MAU	363 453	4,6%	6 606	-11,9%	7 648	-10,5%	377 707	3,9%	4,5%	4,8%
MCI	39 295	-1,3%	1 490	5,3%	938	11,0%	41 723	-0,9%	2,3%	3,4%
MIE	1 872	47,8%	19	137,5%	12	0,0%	2 003	47,9%	57,0%	49,2%
Total	8 115	4,1%	8 115	-9,1%	8 598	-8,5%	421 433	3,6%	4,4%	4,8%

Nombre de bilans de soins infirmiers

Prestations	Régime Général		MSA		AUTRES		TOTAL		Région (PCAP)	France (PCAP)
	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP	Nombre	PCAP		
BSI - DI 1,2 et DI 2,5	393	73,9%	7	250,0%	7	600,0%	407	77,7%	191,7%	186,8%
BSI - Forfait	13 931	17,1%	66	-88,4%	494	-28,4%	14 491	10,2%	10,0%	14,3%

Analyse des dépenses

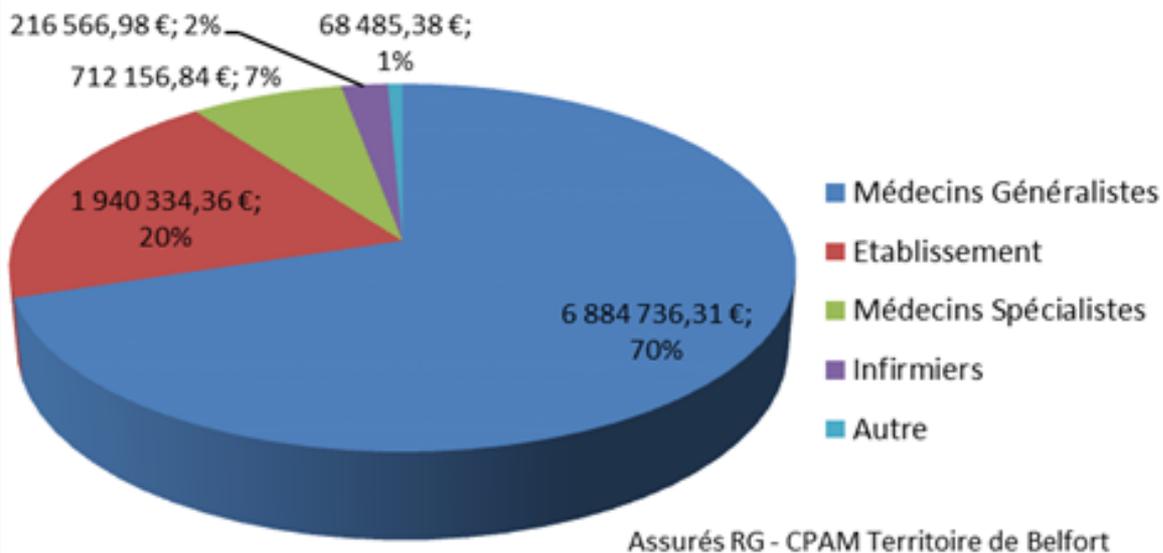


Code prestation B2	TOTAL 2022	Evolution €	Evolution %
BSC (PEC lourde)	79 955,5 €	-21 465,4 €	-21,2%
BSB (PEC intermédiaire)	84 149,8 €	18 272,9 €	27,7%
BSA (PEC légère)	96 178,5 €	16 013,8 €	20,0%

	2022	Evolution nb	Evolution %
Nb assuré	42153	-7074	-14,4%
Montant moyen	234,22 €	30,97 €	15,2%

Analyse des dépenses

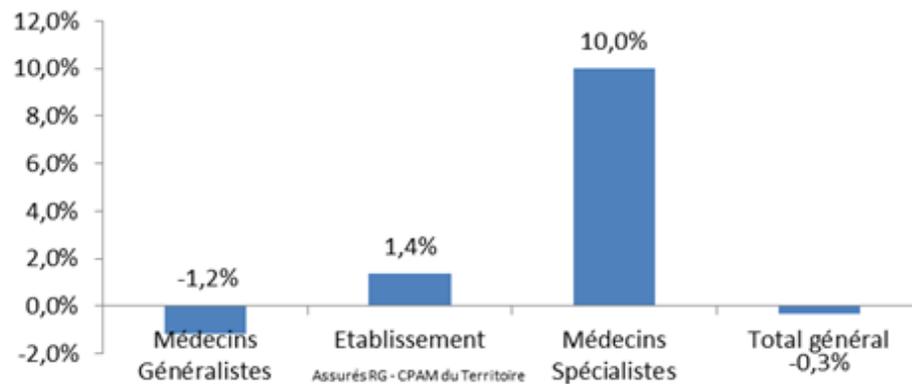
Soins infirmiers selon le type de prescripteur



Action qualité à initier

- 21 937,19€ facturé sur le numéro établissement CH Bouloche 25000011
- 86 298,19€ facturés avec l'ancien numéro du Dr MASSON 90100829

Evolution selon le type de prescripteur





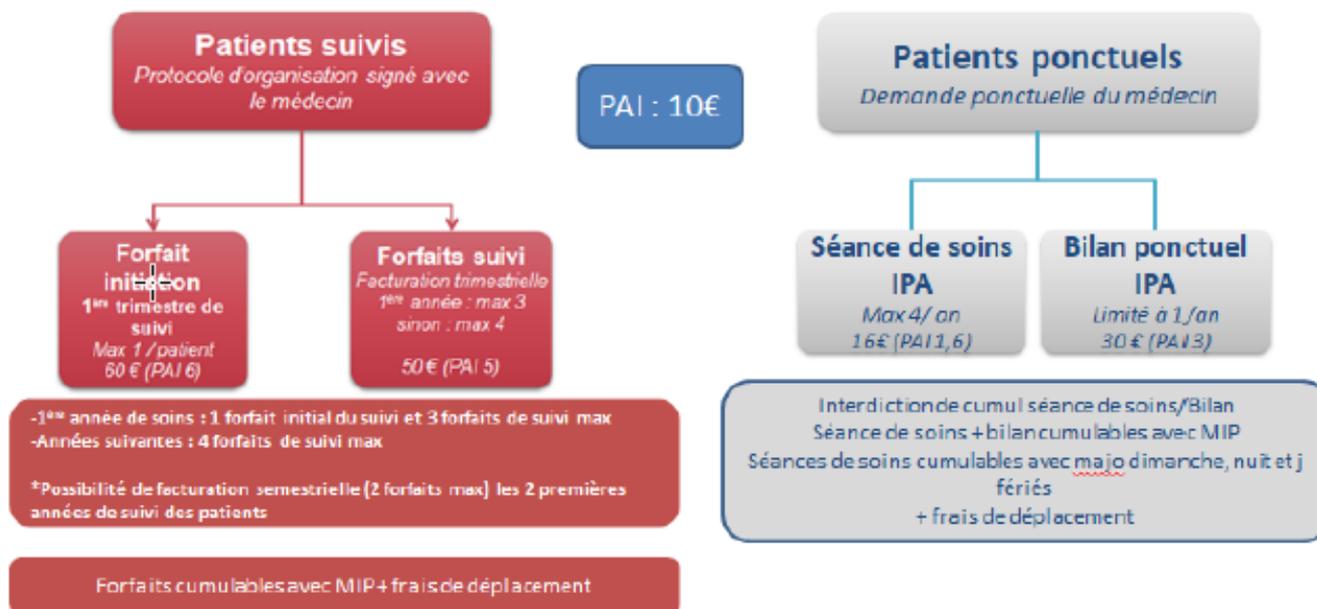
Actualités conventionnelles

Avenant 9

L'avenant 9 a été signé le 27 juillet 2022 par l'UNCAM, la FNI, le SNIL et CI.

L'avenant revalorise de manière significative l'accompagnement des patients par les IPA à travers la mise en place d'un nouveau modèle de rémunération qui intègre désormais deux filières d'orientation du patient vers l'IPA :

- orientation par le médecin au titre d'un suivi régulier,
- orientation par le médecin dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle.



Avenant 9

L'avenant 9 revalorise :

• **les aides prévues pour le démarrage de leur activité libérale** - *au 23 septembre 2022*

Sont éligibles à cette aide :

- les infirmiers en pratique avancée conventionnés s'installant en libéral ;
- les infirmiers libéraux conventionnés installés en libéral qui informent leur caisse de rattachement de leur souhait de consacrer leur activité à la pratique avancée.

Nouveauté : ces aides ne sont plus destinés aux seules IPA exclusives

Montant de l'aide :

- Option 1 : IPA conventionné exerçant en zone sous dense médicale qualifiée de ZIP : 40 000 € (30 000 euros 1ère année et 10 000 euros 2ème année)
- Option 2 : IPA conventionné exerçant en dehors de ces zones : 27 000 € (20 000 la 1ère année, 7 000 € la 2ème année)
- + Bonus pour les 2 options : l'IPA maître de stage pourra bénéficier de 200 € supplémentaire par mois (durant la durée du stage)

Avenant 9

- **Valorisation de la vaccination :** au 23 mars 2023

- lorsque le patient dispose pour la vaccination d'une prescription préalable établie par un PS ou que la délivrance du vaccin ne nécessite pas de prescription : **AMI 2,4 soit 7,56 €**

- lorsque le patient ne dispose pas d'une prescription préalable établie par un autre PS (alors que le vaccin est à prescription obligatoire) : **AMI 3,05 soit 9,61 €**

Possibilité de facturer les actes de vaccination sans prescription médicale depuis le 4/11(décision UNCAM 29/09) aux tarifs actuels (6,30€ pour la grippe et 3,15 les autres injections - Facturation avec les nouveaux tarifs au 23 mars 2023).

- Facturation à taux plein avec d'autres actes si la vaccination est réalisée à domicile.

- **Actes de télésoin:**

Une liste restrictive des actes pouvant être réalisés à distance sur des patients déjà suivis par le cabinet a été établie. Les actes doivent représenter au maximum 20% de l'activité globale et être réalisés par un infirmier de proximité. Le compte rendu est intégré dans « Mon Espace Santé » du patient. Actes non cumulables avec BSA, BSB, BSC, AIS, AMX, DI, injection, vaccination, perfusion, pansement (à l'exception du suivi de pansement). Actes cumulables avec MIE et MAU. Facturation en mode dégradé uniquement.

- Création d'un acte de suivi d'un pansement - au 23 mars 2023

Acte valorisé dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présentiel – code TMI 3,15€

- **Téléexpertise :**

possibilité pour l'infirmier et l'IPA d'être requérant d'une téléexpertise auprès d'un médecin ou d'une SF - au 23 mars 2023

Acte valorisé à hauteur de 10€/téléexpertise – lettre clé RQD dans la limite de 4 par an/ infirmier pour un même par patient.

Focus sur la facturation du télésoin

Les actes en télésoin sont valorisés dans les mêmes conditions que les actes réalisés en présence du patient auxquels ils se substituent. Ces actes sont facturés avec le code TMI, dont la valeur est identique à celle de la lettre clé AMI.

CUMUL AUTORISES :



- Majorations nuit/dimanche/jours fériés
- Majoration jeunes enfants (MIE)
- Majoration d'acte unique (MAU)

CUMUL NON AUTORISES :



- Les frais de déplacements
- La majoration de coordination infirmière (MCI)
- Les actes et forfaits en rapport avec la dépendance (forfaits BSA, BSB, BSC, actes en AIS, actes en AMX, BSI)
- Les actes de prélèvement, d'injection, de vaccination, de perfusion, de pansement (à l'exception de l'acte de suivi de pansement) ainsi que les actes d'accompagnement à la téléconsultation.



Modalités de facturation:

- En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation peut être réalisée en mode SESAM sans Vitale
- Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé »
- Appel à ADRI afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

Focus sur la facturation du télésoin

Actes en séries (un ou plusieurs actes à distance et en présentiel):

- L'infirmier peut facturer l'ensemble de la série dans le seul cas où le dernier acte facturé est réalisé à distance. La transmission de la facture est alors effectuée :
 - en mode SESAM sans Vitale par les logiciels agréés télémédecine
 - en mode dégradé conformément aux dispositions précitées par les logiciels non agréés télémédecine
- L'infirmier n'est pas autorisé à facturer l'ensemble de la série comprenant des actes à distance et en présentiel, dans le cas où le dernier acte est réalisé en présence du patient. La transmission en mode sécurisé SESAM Vitale (sécurisation avec la carte Vitale du patient) d'une facture d'actes en série comprenant des actes réalisés à distance n'est pas autorisée. Dans ce cas, deux facturations sont alors nécessaires:
 - les actes réalisés en présentiel sont facturés en SESAM Vitale (présence de la carte Vitale du patient)
 - les actes à distance sont facturés en SESAM sans Vitale ou en mode dégradé conformément aux dispositions précitées.

Focus sur la facturation de la téléexpertise

Rémunération de l'acte de téléexpertise:

Le travail de coordination de l'infirmier requérant sollicitant, pour une meilleure prise en charge de son patient, une téléexpertise auprès d'un professionnel médical est valorisé dans les conditions suivantes :

- l'acte de demande de téléexpertise est valorisé à hauteur de 10€ par téléexpertise
- et dans la limite de 4 actes par an, par infirmier, pour un même patient.

Ces actes sont facturés avec la lettre-clé RQD.

Focus sur la facturation de la téléexpertise

Modalités de la téléexpertise:

- Si le patient est connu du PS requis : les données administratives nécessaires à la facturation sont enregistrées dans le logiciel de ce professionnel.
- Si le patient n'est pas connu du PS requis : les données administratives du patient (nom, prénom, NIR et pour les ayants droit, en sus la date de naissance et le rang gémellaire) sont transmises par l'infirmier requérant.
- Dans tous les cas, l'infirmier requérant doit également communiquer au professionnel médical requis son numéro d'identification de professionnel de santé qui doit être renseigné dans la feuille de soins du professionnel médical requis.
- L'infirmier requérant doit obligatoirement mentionner dans la feuille de soins le numéro d'identification du professionnel médical requis que celui-ci lui aura préalablement communiqué.
- En l'absence du patient au moment de la facturation de l'acte de demande de téléexpertise par l'infirmier requérant, un appel au web service ADRi est réalisé afin de récupérer les données de droits actualisées du patient et ainsi de fiabiliser la facturation.

Focus sur la facturation de la téléexpertise

Modalités de la téléexpertise:

- En l'absence de possibilité de lire la carte Vitale du patient, la facturation de l'acte de requérant d'une téléexpertise s'effectue en mode SESAM sans Vitale
- Si le logiciel SESAM-Vitale n'est pas à jour vis-à-vis des évolutions au cahier des charges SESAM-Vitale des modalités de facturation des actes de télésanté, l'infirmier a la possibilité de facturer en mode SESAM « dégradé »

A ce titre, les partenaires conventionnels conviennent que seuls les actes de téléexpertise (RQD) et les actes de télésoin (TMI) transmis en mode SESAM sans Vitale sont pris en compte au titre du calcul de l'indicateur relatif au taux de FSE du forfait d'aide à la modernisation et à l'informatisation du cabinet.

Avenant 9 FAMI

- Intégration des évolutions portant sur les IPA – FAMI 2023 au titre de l'année 2022

Majoration d'exercice coordonné IPAL		
	Zone sous-dense en médecin	Hors zone sous dense en médecin
Montant de la majoration	1 020 €	300 €

- Intégration de l'indicateur exercice coordonné au sein des indicateurs socles - FAMI 2023 au titre de l'année 2022
- Fin de la valorisation accordée au titre de l'ouverture par les infirmiers des DMP liée à la création pour tous les patients du service mon espace santé.

BSI: assurés de 85 ans et +

La facturation en BSA / BSB / BSC est possible depuis le 5 septembre.

Pour les patients dépendants de 85 ans et plus : l'outil BSI affiche le niveau du forfait journalier à facturer à l'assurance maladie en fonction des interventions saisies dans le volet médical de l'outil BSI (forfaits BSA/BSB/BSC).

Les déplacements réalisés au titre d'une séquence de soins pour dépendance sont facturés en IFI (+/- IK). Les actes techniques (ceux autorisés en plus du forfait BSI) réalisés au cours d'une séquence de soins pour dépendance sont facturés en AMX.

Pour les patients dépendants de moins de 85 ans : l'outil BSI permet à l'infirmier de renseigner dans le volet facturation la cotation en AIS. Les déplacements réalisés sont facturés en IFD (+/- IK) et les actes techniques (ceux autorisés en plus de la séance en AIS 3) réalisés au cours d'une séquence de soins pour dépendance sont facturés en AMX.

Pour rappel, la saisie d'un BSI est facturée selon les modalités suivantes :

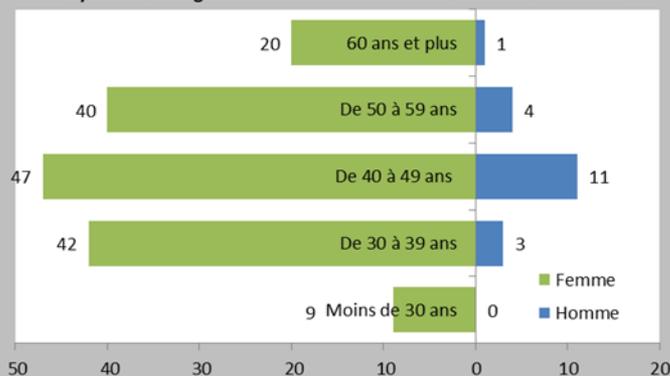
- BSI initial (25 euros - DI 2,5)
- BSI renouvelable après un an (12 euros - DI 1,2),
- BSI intermédiaires (évolution de la situation clinique du patient au cours de l'année impactant la prise en charge infirmière - jusqu'à 2 BSI intermédiaires possibles sur un an - 12 euros - DI 1,2).



Actualités locales

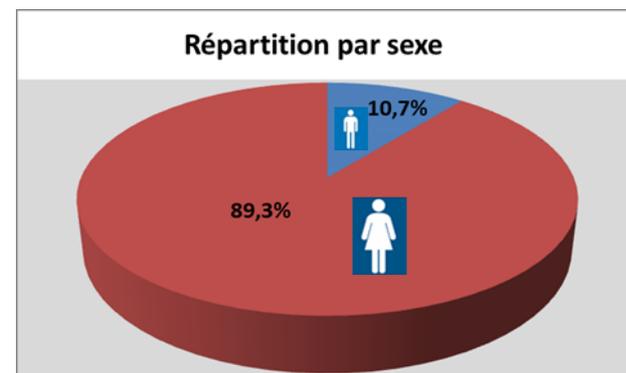
Démographie

Pyramide des âges des infirmières libérales du Territoire de Belfort



Au 1^{er} décembre 2022, **177 IDE libérales** exercent sur le Territoire de Belfort. 89% sont des femmes et la moyenne d'âge est de 46 ans. La répartition par classe d'âge est plutôt homogène.

Répartition par sexe



	2021	2022
Installation	21	12
dont primo-installation	18	11
Cessation	12	4
Différentiel Installation/Cessation	9	8

Département	Zone très-sous ou sous dotée	3-Zone intermédiaire	Zone très ou sur dotée
58	70,0%	27,4%	2,3%
39	43,6%	44,9%	8,0%
89	42,4%	52,3%	3,9%
21	23,8%	74,9%	1,1%
71	16,3%	76,1%	7,0%
25	4,3%	89,7%	4,8%
70	1,5%	73,1%	25,2%
90	0,0%	73,5%	26,5%
Total général	24,5%	66,4%	8,1%

	Zone intermédiaire	Zone très dotée
Nombre de commune	75	27
Part des communes	73,5%	26,5%
Nombre d'infirmière	119	58

Contrôle national facturation

Comme indiqué à l'occasion de la dernière commission, le contrôle national facturation a été décliné.

3 infirmiers feront l'objet d'une vérification de leur facturation sur un échantillon de 125 factures par infirmier.

Les notifications ont été adressées le 28 octobre 2022 pour un montant total de 4857,08€

Principales anomalies détectées:

- Actes non prescrits : 381€ (8 factures)
- Majoration de jour férié/ nuit non mentionnée sur la PM : 499,25€ (16 factures)
- Acte réalisé au-delà de la validité de la prescription : 20,9€ (1 facture)
- Pièce justificative non conforme (PM incomplète: durée de traitement, absence date, signature...) : 2459,85€ (14 factures)
- Absence DAP : 991,93€ (6 factures)
- Cotation erronée : 504€ (10 factures)

Contrôle à visée pédagogique: point d'avancement

Etat des lieux de l'accompagnement à visée pédagogique

Pour rappel cela concerne toutes les primo installations à compter du 1^{er} septembre 2021

A ce jour, 11 IDEL ont fait l'objet d'un courrier et d'un accompagnement.

353 factures ont été analysées et 22 ont présenté des anomalies avec impacts financiers pour un total de 902,97€- Taux d'anomalie compris entre 0 et 13%

Les principales anomalies sont les suivantes (25 anomalies)

Anomalie	Nb de facture
Cumul à tort d'actes à taux plein au cours de la même séance	4
Facturation de majorations nuit ou fériés pour des actes réalisés de jour ou en semaine	1
Facturation de soins infirmiers non conformes à la prescription	4
Facturation de soins non prescrits	9
Facturations de soins ou de majorations de soins infirmiers non remboursables ou non prescrits	2
Surfacturations et/ou surcotations d'actes infirmiers	5

Un second contrôle est engagé avant la fin de la première année d'installation. Cette seconde étape est en cours

Un questionnement sur les pratiques car absences de facturation durant plusieurs mois en début d'exercice

Protocole IK

Le protocole local est entré en vigueur 2 mois après sa signature à savoir le **7 août 2022**

Nous vous avons annoncé la mise en place d'un contrôle de la bonne appropriation dans les 2-3 mois suivant sa date d'application.

Cependant, les mesures dérogatoires prises pendant la crise du COVID sont toujours en cours. Cela ne permet pas la mise en œuvre complète du protocole IK.

La CPAM a toutefois souhaité vérifier certains éléments de bonne application. Il en ressort:

- ❖ Facturation IK montagne/ plaine
 - ❖ Facturation à tort d'IK montagne pour 1 IDEL => indu potentiel 252,96€
 - ❖ Facturation d'IK plaine pour 14 IDEL alors que possibilité de facturation IK montagne => montant rappel total 354,90€
- ❖ IK et agglomération
 - ❖ Facturation IK alors que commune patient/ infirmier similaire
 - ❖ Concerne 14 infirmiers => montant potentiel de l'indu total 68,34€ (entre 0,36€ et 15,12€)

Quelle suite à donner?

Accompagnement GDR

Accompagnement DAM/ CIS/ RPS/ PC/ ES:

- Accompagnement en cours auprès de services identifiés de l'HNFC sur les prescriptions de soins infirmiers avec mise à disposition de modèle type de prescription- beaucoup d'intérêt pour les modèles types de prescription

- Courrier à destination des prescripteurs étant à l'initiative d'un indu IDEL pour mauvaise qualité de la prescription (janvier 2021- octobre 2022)
 - courriers adressés le 11 décembre à 9 prescripteurs pour un montant total de 25 737,15€
 - Action complémentaire pour les établissements afin d'identifier le service
 - Focal mis sur les indus > 200€
 - Principales anomalies:

Type Anomalies	Médecin
Absence de DAP	15 530,37 €
Majoration nuit/JF	2 923,18 €
PJ non conforme	7 283,60 €
Total général	25 737,15 €

Campagne de vaccination grippe

Les dates de campagne : 18 octobre 2022 au 31 janvier 2023

- **Objectifs de santé publique :**

Augmenter la couverture vaccinale des populations à risque de grippe grave pour éviter les complications et hospitalisations Protéger les personnes fragiles contre une co-infection grippe/ Covid-19 potentiellement sévère.

- **Stratégie de la campagne : Articulation des campagnes de vaccination grippe et Covid-19.**

La HAS recommande de procéder à la vaccination concomitante contre la grippe et le rappel contre le Covid-19 dès lors qu'une personne est éligible aux 2 vaccinations.

- **Extension des compétences vaccinales des professionnels de santé pour élargir l'offre de vaccination (nouveau)**

Possibilité pour les pharmaciens et infirmiers de vacciner contre la grippe, sans prescription médicale préalable, à partir de 16 ans et pour les SF de vacciner les mineurs.

- **Priorisation des personnes éligibles:**

pendant les 4 premières semaines de campagne (jusqu'au 15 novembre) les doses de vaccin seront réservées aux personnes éligibles .

À noter : Pour les personnes non éligibles, le vaccin et l'injection ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie

CAMPAGNE DE VACCINATION GRIPPE : ORGANISATION NATIONALE

- **Envoi d'un courrier+ bon de prise en charge aux personnes éligibles et aux professionnels de santé libéraux ***: en début de campagne
- **Envoi d'email et SMS d'information aux femmes enceintes** : envoi hebdomadaire pendant toute la campagne
- **Campagne de relance des assurés non vaccinés** : 28 novembre (campagne email / sms / messages vocaux)
- **Communication médias propriétaires** : enews, ameli.fr (assurés et professionnels de santé)
- **Mise à disposition de bons de prise en charge vierge sur ameliPro médecins pharmaciens , IDEL, SF** : début de campagne
- **Mise à disposition de mémos sur ameli.fr « facturation » médecins pharmaciens , IDEL, SF** : début de campagne

Numérique en santé

- **Taux de télétransmission au 30/11/2022: 98,60%** (-1,08%)
- **SCOR: 99%** des infirmiers utilisent SCOR (+2,75%)
- **ADRI utilisation: 84,71%** (-2,47%)
- **MSS: 92%** en possède une (+5,3%) .

e-CARTE VITALE

L'appli « carte Vitale » : version dématérialisée de la carte Vitale sur le smartphone des assurés qui vient en complément de la carte Vitale physique, qui continue d'exister

Afin de pouvoir lire la carte Vitale de son patient, le professionnel de santé doit:

- Avoir un logiciel de facturation agréé Addendum 8 (ou 7 Ségur)
- Acquérir un dispositif de lecture, pour QR Code ou NFC

Calendrier de déploiement:

- Octobre 2022: déploiement auprès d'assurés ciblés dans 8 départements, dont la Saône et Loire
- Généralisation France entière progressivement à partir de 2023, selon les résultats de l'expérimentation

Avantages pour les professionnels de santé:

- A partir de 2023, la garantie de paiement pour la facturation en tiers payant
- En télésanté, l'appli carte Vitale permettra de fiabiliser les données du patient et de sécuriser la facturation à distance.



Qualité de la facturation

■ Délai de traitement (mai à octobre 2022)

- FSE: 5,33 jours en moyenne (+0,13)
- Flux non sécurisés: 4,17 jours en moyenne (-0,16)
- FSP: 13,4 jours en moyenne (-0,6)

■ Taux de rejets: **1,21%** (-0,1%)

■ Typologie des principaux rejets de facturation (sur 111 268 factures)

- L'exonération du ticket modérateur est absente au référentiel bénéficiaire : 238 factures (187 sur la période précédente) = **0,21%**
- Le prescripteur est inconnu au fichier national des professionnels de santé: 75 (148 factures sur la période précédente) = **0,07%**

pour rappel, les prescriptions avec un prescripteur salarié sont à saisir avec le numéro de l'établissement (+ éventuellement numéro RPPS salarié)

- LE CONTRAT CMU-C/C2S OU ACS TRANSMIS EST DIFFERENT DE CELUI PRESENT AU REFERENTIEL 146 factures (143 sur la période précédente)= 0,12%



Points divers

Annuaire de l'accessibilité des cabinets

⇒ Objectif : faciliter l'accès aux soins des patients à besoins spécifiques

Nous vous invitons à décrire sur le site *Santé.fr* l'accessibilité de votre cabinet:

- Rampe d'accès
- Consultation en langue étrangère
- Accueil d'un public obèse
- Pratique du langage des signes

Cela ne vous prendra que quelques minutes. Vous seuls, professionnels de santé, avez la main sur l'information qui concerne votre lieu d'exercice. L'annuaire vous aidera également dans l'orientation de vos patients vers des confrères.

Rendez-vous ici : www.sante.fr/annuaire-accessibilite-pro

Les données seront disponibles pour le grand public à compter du 4^{ème} trimestre 2022.

Nouvelles modalités d'accueil sur le 3608

Nouvelles modalités d'accueil sur le 3608

- Afin d'améliorer la prise en charge de vos demandes, l'Assurance Maladie fait évoluer son accueil téléphonique et vous proposera, à compter du 4 octobre 2022, d'exprimer verbalement par une phrase simple la raison de votre appel sur le 3608.

Exemple : « j'appelle au sujet d'un rejet » ou encore « Je voudrais des renseignements concernant mon installation ».

- Ce nouveau service permettra une analyse plus fine de vos questions et facilitera la mise en relation avec le conseiller compétent pour les traiter.

* Mailing adressé le 28/09/2022



Merci de votre attention

Prochaine CPD *le 4 juillet 2023*

à 14h pour la section sociale

à 14h30 pour la section professionnelle