



Septembre
2017

FACTURATION D'UN PLAN PERSONNALISÉ DE SANTÉ (PPS)

Comment facturer un PPS ?

> CONTEXTE

L'expérimentation sur le parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie (PAERPA) est lancée en 2017 dans le Doubs.

Elle a pour objectif d'améliorer la coordination entre les professionnels de santé qui interviennent auprès des personnes âgées, afin d'identifier les situations de risque de perte d'autonomie, de limiter le recours à l'hospitalisation et de mieux préparer le retour à domicile.

Les professionnels de santé de proximité travaillent ensemble au plus près de la personne âgée, et le plus en amont possible de la perte d'autonomie. Ce travail se met en œuvre dans le cadre d'une Coordination Clinique de Proximité (CCP), sous l'égide du médecin traitant. Cette coordination clinique de proximité est centrée sur une équipe de professionnels de santé impliquée dans la prise en charge des personnes âgées :

- Le médecin traitant,
- le pharmacien d'officine,
- l'infirmier (libéral, salarié d'un centre de santé infirmiers, coordinateur de SSIAD),
- un autre professionnel de santé, en fonction des besoins (masseur kinésithérapeute par exemple).

Ces professionnels de santé qui coordonnent leurs actions dans le cadre du PPS, perçoivent une rémunération globale par an et par personne âgée accompagnée. Cette rémunération est partagée entre les différents acteurs intervenant auprès d'une personne.



CODES « ACTES » LIÉS AU PPS

Suite aux négociations entre le Ministère de la Santé et les représentants des professionnels de santé, le PPS est rémunéré 100 €.

La solution retenue pour le paiement de ces forfaits a été la création de deux codes actes de prestation pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie et ce, quel que soit le régime d'affiliation du patient :

- Le code **PPS** avec des coefficients différents selon le nombre de PS intervenant
- Le code **PPH** pour les pharmaciens

Ces codes actes peuvent faire l'objet d'une facturation en tiers payant intégral sur feuille de soins papier ou télétransmis en FSE/B2.

> Pour les professionnels qui exercent de manière isolée, deux schémas sont possibles concernant la répartition de ce montant entre les PS ayant participé à l'élaboration du PPS :

SCHÉMA 1 :

2 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

60 € pour le médecin traitant,
40 € pour un deuxième PS (infirmier libéral, masseur-kinésithérapeute libéral ou pharmacien d'officine),

SCHÉMA 2 :

3 PROFESSIONNELS DE SANTÉ

40 € pour le médecin traitant,
30 € pour deuxième PS
et 30 € pour un troisième PS
Les deux PS pouvant être soit un infirmier libéral, masseur-kinésithérapeute libéral ou pharmacien d'officine).



Cas particulier des maisons de santé pluri-professionnelles (MSP)

Le PPS est le seul acte, pour les maisons de santé, qui peut être liquidé en tant que structure. Dans l'attente des évolutions du système de liquidation de l'Assurance Maladie, la transmission de cet acte se fera uniquement via une feuille de soins papier (FSP) à la CPAM du Doubs quel que soit le régime d'affiliation de l'assuré.



> TABLEAU RÉCAPITULATIF

Professionnels concernés	Composition de la CCP	Montant remboursé		Lettre-clé coefficient
MSP centre de soins polyvalent (CS)	Structure de soin porteuse de la CCP	MSP/CS	100 €	PPS 1
<ul style="list-style-type: none"> • Médecin traitant obligatoire <li style="text-align: center;">+ • Infirmier(e) ou CDS infirmiers • Masseur Kinésithérapeute • Pharmacien 	2 professionnels de santé :	MT	60 €	PPS 0,60
	Possibilités :	IDEL ou MK	40 €	PPS 0,40
	MT + IDEL			
	MT + MK	Pharmacien	40 €	PPH 40
	MT + Pharmacien			
	3 professionnels de santé :	MT	40 €	PPS 0,40
	Possibilités :	IDEL ou MK	30 €	PPS 0,30
	MT + IDEL + MK			
	MT + IDEL+ Pharmacien	Pharmacien	30 €	PPH 30
	MT + MK + Pharmacien			



L'association indemnité de déplacement et acte PPS est possible.

Par ailleurs, il n'existe pas de restrictions sur l'association du PPS avec d'autres actes.



PLAN PERSONNALISE DE SOINS (PPS) POUR PERSONNE ÂGÉE DE + 75 ANS

Pris en charge à 100 % et facturable en tiers payant intégral

TELETRANSMISSION

À l'exception des MSP, télétransmission en sélectionnant sur son logiciel de facturation SESAM-VITALE le code prestations adéquats du PSS avec sa carte CPS et la carte vitale de l'assuré (Feuille de soins sécurisée) sans la carte vitale (Feuille de soins dégradée).

FEUILLES DE SOINS PAPIER

Le professionnel remplit obligatoirement :

- les coordonnées de l'assuré et du bénéficiaire,
- une facturation unique PPS avec un coefficient sans autre code acte,
- un montant,
- les cases « l'assuré n'a pas payé la part obligatoire et part complémentaire » doivent être cochées,
- la signature du PS est obligatoire, celle de l'assuré facultative,
- dans la mesure du possible le régime de rattachement (régime général, RSI, MSA,...) et la caisse d'affiliation de l'assuré (CPAM Doubs...).



Quelque soit le mode facturation de l'acte (FSE/B2 ; Feuille de soins papier), le PPS n'est pas joint par le professionnel. Il est conservé par la coordination clinique de proximité et par la coordination territoriale d'appui. Ce n'est pas une pièce comptable.

Dans le cas d'une facturation via une feuille de soins papier, pour simplifier le processus et éviter que les PS aient à envoyer les feuilles de soins papiers aux adresses des différents régimes, la CPAM de rattachement du PS en assure la centralisation. Les PS envoient donc leur FSP à la CPAM du Doubs, qui le cas échéant, les ré-enverra, aux caisses des autres régimes.

CONTACTS UTILES

En cas de problème technique de facturation, vous pouvez contacter votre conseiller informatique service : cis@cpam-doubs.cnamts.fr

En cas de problème de remboursement d'un PPS, contacter la ligne dédiée aux professionnels de santé : **0 811 70 90 25** (prix d'un appel local depuis un poste fixe)