

CAHIER DES CHARGES RELATIF A LA SUPPRESSION DU TAUX DE CONVERSION APPLIQUE A LA VALORISATION TRIMESTRIELLE DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PUBLICS ET PRIVES DESIGNES AUX a), b) ET c) DE L'ARTICLE L.162-22-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

I – Contexte

Dans l'attente de la mise à niveau des logiciels hospitaliers en vue de la facturation directe à l'assurance maladie, un dispositif transitoire a été mis en place en 2005 en même temps que la tarification à l'activité, dont les principales caractéristiques sont une facturation globale de l'activité à l'assurance maladie via les ARH, prenant en compte un taux moyen de prise en charge (ou taux de conversion) et le maintien du calcul de la part restant à la charge du patient sur la base du tarif journalier de prestation.

Le dispositif transitoire ayant été reconduit, il est nécessaire d'en améliorer les modalités de gestion tout en préparant le dispositif cible de facturation directe à l'assurance maladie intégrant une réforme du ticket modérateur. Les modifications envisagées consistent à :

- supprimer le taux de conversion et le remplacer par le taux réel de prise en charge de chaque prestation,
- asseoir les recettes des établissements in fine sur le GHS.

Une expérimentation a permis de vérifier la faisabilité technique de ce projet et il a été décidé de faire évoluer les logiciels hospitaliers dans ce sens afin d'appliquer ces nouvelles dispositions aux données d'activité de l'année 2006.

II - Objectifs

L'objectif est donc d'appliquer aux données d'activité le taux réel de prise en charge du patient pour chaque acte et consultation externes et pour chaque séjour pour calculer le remboursement de la part assurance maladie, au lieu d'appliquer un taux de conversion uniforme par établissement.

Ces mesures devront s'appliquer à l'ensemble des établissements publics et privés antérieurement en dotation globale, sur l'ensemble des données d'activité de 2006. Compte tenu des délais de développement et de déploiement, il est prévu que cette migration se fasse dans le courant du 3^{ème} trimestre et produise un effet rétroactif depuis le 1^{er} janvier 2006 à l'occasion de la transmission des données d'activité effectuée en octobre 2006. Cette échéance est commune aux séjours et à l'activité externe, le dispositif devant s'appliquer simultanément sur le champ MCO.

Techniquement, il s'agit d'apparier les données médico-économiques avec les données administratives du patient. Deux voies différentes sont retenues selon qu'il s'agit des séjours d'hospitalisation ou des actes et consultations externes.

Pour les séjours, cela revient à enrichir les informations médico-économiques sur l'activité issues du PMSI des informations administratives issues du système de facturation des établissements. Le fichier VID-HOSP doit donc être enrichi conformément au présent cahier des charges pour réaliser cette évolution, dont les effets financiers sont décrits ci-dessous.

Ainsi, pour chaque séjour, le taux du ticket modérateur à percevoir compte tenu des caractéristiques administratives du patient sera disponible. La recette d'assurance maladie, à 100% d'activité, est égale au tarif du séjour (GHS) auquel est appliqué le taux réel de prise en charge. Ainsi l'établissement reçoit un financement théorique calculé sur les bases suivantes (hypothèse d'un taux de T2A à 100%) :

- a) un ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle, calculé sur le tarif journalier de prestation, lequel couvre les charges financées à la fois par le tarif du GHS et par les dotations MIGAC et forfaits annuels : en acquittant un ticket modérateur, on peut donc considérer que le patient acquitte un TM sur le tarif de son séjour ou GHS, d'une part, et sur les différentes dotations reçues par l'établissement, d'autre part ;
- b) une part assurance maladie calculée sur le tarif du GHS et valorisée au taux réel de remboursement selon la situation de l'assuré (80 ou 100%) en 2006, alors qu'elle était valorisée au taux de conversion en 2005 ;
- c) la somme de ce TM et de la part assurance maladie (a+b), perçue par l'établissement, devrait, par construction, être supérieure au tarif du GHS, puisqu'elle inclut une fraction de TM sur les dotations MIGAC et forfaits annuels.

Pour les actes et consultations externes, l'obligation faite aux établissements de produire en 2006 des fichiers B2 afin de permettre aux caisses d'assurance maladie de prélever la participation forfaitaire de 1€ auprès des assurés permet de recueillir toutes les informations nécessaires à la suppression du taux de conversion. Le dispositif transitoire de transmission aux ARH des données trimestrielles à valoriser est maintenu, la facturation directe des actes et consultations externes n'étant pas envisagée avant 2007. Les établissements devront transmettre leur fichier FICH-SUP pendant les trois premiers trimestres, puis transmettre des RSFA (résumés de facturation anonyme) avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2006 lors de la transmission d'octobre 2006.

Les modalités techniques ci-dessous décrivent plus précisément les processus de production et d'appariement des données.

III – Architecture du futur dispositif

Cf. schéma ci-joint

IV – Modalités techniques

1. Activité Externe

Les activités externes sont collectées sur la base du cahier des charges établi par la CNAM dans le cadre la LAM : transmission en norme B2 des consultations externes pour information.

Le champ des bénéficiaires est identique.

Les informations produites dans ce cadre sont constituées selon le format RSF (Résumé standard de facturation), présenté en annexe 1, déjà utilisé dans le cadre de la remontée des données PMSI des établissements exOQN. De la même manière que pour les établissements exOQN un utilitaire incluant une fonction permettant de récupérer des informations individualisées anonymes sera diffusé par l'ATIH afin de produire des RSFA (Résumé de facturation anonyme) présenté en annexe 2.

La présentation du format RSF en annexe 1, indique pour chaque variable son origine dans la norme B2.

Certaines informations sont à ce stade sans objets et leur consigne de remplissage figure dans la zone commentaire du format RSF.

La transmission de ces données n'est pas conditionnée à la mise en place du dispositif de remontées des informations du un euro vers l'assurance maladie. Ces deux transmissions sont donc déconnectées. En particulier les contraintes liées à la télétransmission des fichiers normes B2 aux caisses ne doivent pas impacter la production des fichiers de RSF (limitation du nombre d'enregistrements par lots,

sécurisation, ...). Chaque trimestre le fichier de RSF doit contenir la totalité de l'activité depuis le premier janvier de l'année en cours.

Le champ des RSF est le même que celui des fichiers norme B2, c'est-à-dire qu'il couvre :

- l'ensemble des actes et consultations externes y compris les forfaits techniques non facturés par ailleurs à l'assurance maladie, l'ATU et le FFM¹.
- L'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour tous les risques : maladie, AT/MP et maternité.

2. Séjours

Les données médico-économiques issues du PMSI sont appariées avec les données administratives de manière à disposer du taux de prise en charge réel du patient par l'assurance maladie.

Cet appariement se fera par le truchement de la procédure de chaînage.

Les modifications à prévoir dans cette procédure de chaînage consistent à enrichir le fichier VID-HOSP qui est mis en entrée du logiciel MAGIC. Le nouveau format de ce fichier est présenté en annexe 3.

Les montants devant être renseignés dans VID-HOSP correspondent au dernier état de la facturation du séjour.

La constitution du fichier VID-HOSP doit suivre la règle de production des fichiers de RSS à savoir que chaque trimestre comporte les données de l'ensemble des séjours sortis depuis le premier janvier. Le champ d'application est celui du PMSI MCO et HAD, y compris l'activité de radiothérapie externe.

En l'absence d'appariement les séjours correspondant ne feront pas l'objet de valorisation. Cette situation correspond uniquement à des anomalies de constitution du fichier VID-HOSP : absence d'un numéro identifiant séjour dans VID-HOSP alors qu'il est présent dans le fichier de RSS.

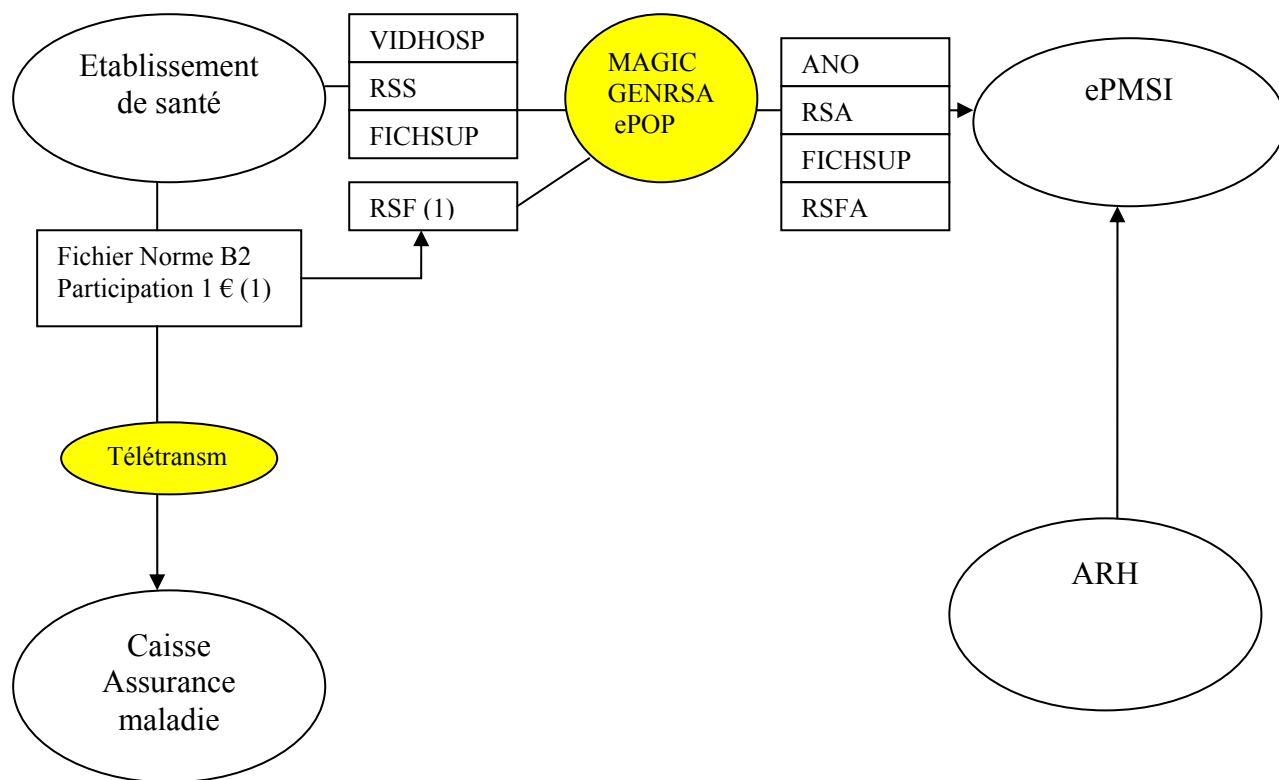
Cas particuliers

- Les séjours **nouveaux nés** pour lequel il n'y a pas d'émission de facture dont le montant correspondant est imputé sur la facture de la mère doivent être renseignés de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 1
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0
- Les factures pour lesquelles l'établissement est en **attente de l'assurance maladie** sur la prise en charge des patients doivent être renseignées de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 2
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0
- Pour les **séjours inférieur à 24H et transféré** dans un autre établissement, il n'y a actuellement pas d'émission de facture doivent être renseignés de la manière suivante :
 - o [Séjour facturable] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du ticket modérateur] = 0
 - o [Montant à facturer au titre du forfait journalier] = 0
 - o [Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie]= 0

¹ Ces deux dernières prestations ne seront intégrées dans les fichiers de RSF qu'à partir de l'année 2007.

- Pour les séjours de **radiothérapie externe** et pour l'année 2006, lorsqu'il n'y pas d'interconnexion entre les systèmes de facturation des séjours et celui de la radiothérapie, l'ajout des informations de facturation est facultatif dans VIDHOSP. Une étude de faisabilité sur la possibilité de réalisation de cette interconnexion sera réalisée au cours 2006 pour être mise en œuvre en 2007.
- Il est rappelé qu'un GHS correspond à un séjour dans un établissement juridique. Par conséquent les établissements **multi sites** doivent s'organiser pour produire un seul GHS pour un séjour, notamment dans le cas où il se déroule sur plusieurs sites géographiques de l'entité juridique.
- Pour un patient pris en charge de manière consécutive dans plusieurs activité de l'établissement (exemple : MCO-SSR, MCO-Psychiatrie, ...), les montants devant être dans renseigné dans VIDHOSP doivent correspondre uniquement à la prise en charge en MCO.

Architecture du futur dispositif



(1) les établissements ne pouvant pas mettre en œuvre le fichier norme B2 constituent directement le fichier de RSF