

SUPPRESSION DU TAUX DE CONVERSION - NOTE TECHNIQUE SPECIFIQUE AU CHAMP HAD Etablissements ex-DGF

➤ **Le taux de conversion :**

Le taux de conversion est le taux moyen de prise en charge des prestations d'hospitalisation par l'assurance maladie. Ce taux est actuellement calculé par champ pour chaque établissement anciennement sous dotation globale.

Ce taux est utilisé en HAD dans le cas de patients non pris en charge à 100% par les caisses d'assurance maladie ; ce qui représente très peu de patients. (Le taux de conversion est aujourd'hui supérieur à 95% dans la plupart des établissements d'HAD). Actuellement en HAD, le montant pris en charge par la caisse d'assurance maladie correspond à la valorisation des GHT pondérée par le taux de conversion.

➤ **Evolution : suppression du taux de conversion**

Pour le champ MCO, **à compter du 3ème trimestre 2006 et ce de façon rétroactive**, ce taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie sera remplacé par la valeur exacte de prise en charge pour chaque séjour. A cet effet, le fichier de chaînage VID-HOSP s'enrichit des informations de facturation, conformes à la norme B2.

Le cahier des charges technique est disponible sur le site Internet de l'ATIH <http://www.atih.sante.fr/?id=000220005BFF>

➤ **Application technique à l'HAD**

Ce cahier des charges s'applique à l'HAD avec quelques adaptations tenant compte des spécificités de l'HAD.

Les informations complémentaires indispensables sont :

- Pour tous les patients :
 - Code justification d'exonération du ticket modérateur
 - Nature d'assurance maladie
 - Séjour facturable à l'assurance maladie

- Pour les patients non pris en charge à 100%, informations supplémentaires :
 - Code justification d'exonération du ticket modérateur
 - Nature d'assurance maladie
 - Nombre de jours facturés, c'est-à-dire couverts par la facture
 - Le montant facturé au patient correspondant au nombre de jours pondéré par le prix de journée (PJ)
 - Le montant facturé au titre du ticket modérateur.

Dans l'éventualité de plusieurs factures sur le même séjour, le fichier VID-HOSP comprendra autant de lignes que de factures. En cas de modification de facture, seul le dernier état doit servir pour renseigner le fichier VID-HOSP.

En l'absence de facture dans la période, la valorisation sera par défaut à 80%, sous réserve d'une prise en charge par l'assurance maladie. La régularisation se fera sur la transmission de la période suivante en fonction des informations de facturation transmises.

FORMAT DU FICHIER VID-HOSP

Libellé	Taille	Position	Remarques	HAD
N° de sécurité sociale	13	1-13	Valeur manquante « XXXXXXXXXXXXXXX »	A renseigner
Date de naissance du patient	8	14-21	Au format JJMMAAAA Valeur manquante : « XXXXXXXX »	A renseigner
Sexe du patient	1	22-22	1 : Homme / 2 : Femme Valeur manquante : « X »	A renseigner
N° d'identification administratif de séjour	20	23-42	Doit être obligatoirement renseigné.	A renseigner
Code justification d'exonération du ticket modérateur	1	43-43	{0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, C, X} cf. annexe 9 du cahier des charges normes B2	A renseigner
Code de prise en charge du forfait journalier	1	44-44	{A, L, R, X} cf. annexe 16 du cahier des charges normes B2	A blanc
Nature d'assurance	2	45-46	{10, 13, 30, 41, 90, XX} cf. normes B2 10 : Maladie 13 : Maladie régime local (Alsace – Moselle) 30 : Maternité 41 : Accident du travail 90 : Prévention maladie	A renseigner
Séjour facturable à l'assurance maladie (5)	1	47-47	0 : non / 1 : oui / 2 : En attente de décision sur le taux de prise en charge du patient / 3 : En attente de décision sur les droits du patient	A renseigner
Facturation du 18 euros (6)	1	48-48	0 : Non / 1 : Oui	A blanc
Nombre de venues de la facture (1)	3	49-51		A renseigner par le nombre de jours facturés si une facture a été émise
Montant à facturer au titre du ticket modérateur (2)	10	52-61	8+2 : Montant en centimes d'euros	A renseigner : il correspond au Montant facturé au patient
Montant à facturer au titre du forfait journalier (3)	10	62-71	8+2 : Montant en centimes d'euros	0 (par défaut)
Montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie (i.e. hors prestations annexes) (4)	10	72-81	8+2 : Montant en centimes d'euros	A renseigner : il correspond au nombre de jours facturés pondéré par le prix de journée.
Montant lié à la majoration au parcours de soin	1	82-85	2+2 : Montant en centimes d'euros	0 (par défaut)

Les champs non renseignés doivent être mis à blanc afin de respecter le nouveau format de VID-HOSP.

Une nouvelle version du logiciel Paprica sera disponible prochainement afin d'intégrer ce nouveau format de VID-HOSP.