

Q : Facturation des forfaits SE : où trouver la liste limitative des actes permettant la facturation des forfaits SE ? Pour quel montant les faire figurer dans RSFACE ?

R : Cette liste figure à l'annexe 9 de l'arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et la prise en charge des prestations d'hospitalisation (JO du 28/2).

Les forfaits SE sont transmis avec leur montant à 100% dans RSFACE. Le traitement appliqué à ces forfaits les valorise au taux moyen unique de 94%*.

La lettre circulaire n° 356 du 12 avril 07, disponible sur le site de l'ATIH, précise les modalités de facturation de ces forfaits.

- *en attente de la réforme du ticket modérateur, les tickets modérateurs continuent d'être calculés sur les tarifs journaliers de prestations, lesquels couvrent la totalité des charges de l'établissement. Dans l'attente de cette réforme, il n'y a pas de TM sur les forfaits SE et il faut considérer que le complément des 94% de la prise en charge par l'assurance maladie est compris dans l'ensemble des TM perçus.*

Q : Lorsqu'un patient entre à l'hôpital en hospitalisation de jour pour plusieurs actes (acte SE + actes d'imagerie ou autres comme les explorations fonctionnelles respiratoires), doit-on considérer que ces patients sont des patients externes et non en hospitalisation ?

R : La question de la distinction entre externe et hospitalisation est traitée dans l'arrêté prestation (art. 6, 10°), qui fait mention du respect nécessaire de 3 conditions. Cet article a été précisé et détaillé par la circulaire « frontière » du 31 août 2006, qui comporte un paragraphe décrivant les conditions autorisant la facturation d'un GHS pour des prises en charge de type « médicale » (au sens non « chirurgicale ») et traite notamment des bilans diagnostiques ou thérapeutiques.

Q : L'association de plusieurs actes SE donne-t-elle droit à la facturation d'autant de forfaits SE ?

R : La réalisation d'actes différents donnant chacun droit à un forfait SE autorise la facturation d'autant de SE associés.

Q : Quelle est l'imputation comptable des forfaits SE ?

R : Les forfaits SE sont à imputer au titre I – produits des prestations faisant l'objet d'un tarif spécial, compte 73128 : autres. Il est recommandé de créer un sous-compte.

Q : Traitement des GHS 9600 et 9601 en janvier et février 2007

R : Les établissements doivent facturer les GHS 9600 et 9601 du 1^{er} janvier au 28 février et renseigner VIDHOSP selon les modalités précisées dans la circulaire n° 105 du 21 mars 2007. Ces GHS seront valorisés selon le taux réel de prise en charge par l'assurance maladie et il n'y a pas de modalités spécifiques de remplissage de VIDHOSP pour ces GHS.

A partir du 1^{er} mars, les forfaits SE se substituent aux GHS 9600 et 9601. Ces prestations seront facturées par les établissements à l'assurance maladie sur le support RSFACE. Les forfaits y figureront pour leur montant à 100% et seront ensuite valorisés par l'ATIH au taux moyen unique de 94%.

Q : Utilisation des codes FTG, FTN, FTR, FTS pour la valorisation des forfaits techniques

R : Les codes doivent être utilisés avec un code DMT afin de les distinguer. Les codes FTR et FTN sont à utiliser pour l'IRM avec le code DMT 753 et pour la scannographie avec le code DMT 035. Le code FTG concerne la tomographie et est utilisé avec un code DMT 750. Le code FTS n'entre pas dans le champ des prestations traitées dans les RSFACE.

Q : Codification d'une consultation de sage-femme

R : une consultation normale est codée C et une consultation pour accouchement prophylactique est codée C2.

Q : Une fois les données du 1^{er} trimestre MCO 2007 envoyées, les envois mensuels suivants devront-ils être cumulatifs ?

R : oui, tous les envois, quelle que soit la périodicité, sont cumulatifs.

Q : A la fin de l'annexe 1 de la circulaire n°105 du 21 mars 2007, il est indiqué que les dossiers hors champ ne seront pas valorisés. Comment faut-il le comprendre ?

R : la circulaire indique que les dossiers hors champ peuvent ou doivent, selon les cas, être transmis. Il faut comprendre que, dans le cas où ils sont transmis, ils ne sont pas valorisés grâce à cette transmission, mais selon les modalités habituelles de traitement. Par exemple, un séjour d'un bénéficiaire de l'AME doit être transmis, mais fera parallèlement l'objet d'une facturation directe à la CPAM.

Q : Où trouver la liste des DMT ?

R : cette liste se trouve à l'annexe 22 de la norme Noémie OC, disponible à l'adresse suivante :

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/annexe_22_cdc_noemie_oc_0605.pdf

Q : Comment sont valorisés les séjours anonymes ?

R : Ces séjours seront considérés comme faisant l'objet d'une prise en charge à 100% et se verront appliquer normalement la fraction de tarif correspondant au GHS.

Q : Traitement des séjours de radiothérapie externe

R : à titre transitoire, dans l'attente de l'interconnexion des systèmes de facturation des séjours et de celui de la radiothérapie, l'ajout des informations de facturation est facultatif dans VIDHOSP. Ces activités seront remboursées à 100% dès lors qu'il s'agit d'un assuré pris en charge (cf. annexe 3 de la circulaire n° 105 du 21 mars 2007).

Q : Quelles sont les possibilités de modifications en 2007 des dossiers déjà transmis en 2006 ?

R : l'arrêté du 30 mars 2007 (JO du 13/4/07) prévoit la possibilité de transmettre des données de l'exercice précédent qui n'ont pu être transmises ou qui font l'objet de correction, à l'exception des données relatives aux actes et consultations externes (cf. art. 2 et 7-II). Les conditions de cette transmission sont précisées dans l'annexe 5 de la circulaire n°105 du 21 mars 2007.

Q : Comment sont traités les dossiers en attente de droits ?

R : si le patient est assuré social et que l'établissement attend la décision de l'assurance maladie sur son taux de prise en charge, le dossier peut être transmis dans l'attente de cette décision et sera valorisé à 80%. Si le taux de prise en charge est établi ultérieurement à 100%, le dossier pourra être modifié.

Si l'établissement est en attente d'une affiliation à un régime d'assurance maladie, le dossier ne peut pas être valorisé dans l'attente de cette décision.

Q : intégration des 18€

R : Dans le cas d'un patient exonéré de TM et redevable des 18€, les informations sont renseignées de la manière suivante :

- TM : 0
- Facturation 18€ : 1

Les traitements appliqués ensuite aux données tiendront compte des 18€ dans le calcul du TM et du remboursement par l'assurance maladie.

Q : la part remboursée par l'assurance maladie est-elle basée sur le GHS ou le TJP ?

R : la part remboursée par l'assurance maladie est basée sur le GHS. Le tableau figurant au 4° de l'annexe 9 de la circulaire du 21 mars 2007 a pour objet de détailler le calcul des zones à remplir dans le cadre de VIDHOSP. Il ne remet pas en cause la base de remboursement par l'assurance maladie.

Q : Présentation de l'arrêté de l'ARH

R : l'arrêté du 30 mars 2007 (JO du 13/4/07) apporte les précisions nécessaires (art. 4, 5 7-III et 8)

Q : Qui informer en cas de difficulté ?

R : l'ARH doit être informée en premier lieu : les chargés de mission SI assureront le relais de vos difficultés auprès de la DHOS. Leurs coordonnées sont disponibles sur le site de la MAINH à l'adresse suivante : <http://www.mainh.sante.gouv.fr/page.asp?page=74>

Les questions ponctuelles peuvent être posées sur le site de l'ATIH ou à l'adresse suivante : regles-financ-hosp@sante.gouv.fr

Q : Séjours MCO > 30 jours : comment traiter les factures fractionnées ?

R : Une seule facture est établie par séjour MCO. Si l'établissement choisit d'émettre plusieurs factures, il présente la somme de ces factures.

Q : Séjours > 30 jours : il y a exonération de l'ensemble des frais à compter du 31^{ème} jour. Comment présenter les 2 taux de prise en charge ?

R : Il existe un code spécifique pour les séjours exonérés à partir du 31^{ème} jour. Les zones doivent être renseignées avec les montants cumulés. En pratique, le GHS est valorisé avec un taux de prise en charge à 80% et les EXH sont pris en charge à 100%.

Q : Comment gérer les dossiers à cheval sur 2 exercices ?

R : Pour les séjours MCO, c'est la date de sortie qui prévaut. Un séjour s'achevant en N est transmis en N, même s'il a commencé en N-1. Pour les séjours HAD, Il est préférable de faire une facturation pour l'exercice qui s'achève et d'en démarrer une nouvelle pour l'exercice qui commence.

Q : Mise en œuvre de FICHCOMP

R : Le rattachement au patient des molécules anticancéreuses et des dérivés du sang est obligatoire à compter du 1^{er} janvier 07, les DMI au 1^{er} octobre 07 et les autres médicaments au 1^{er} janvier 08.

A titre dérogatoire pour le 1^{er} trimestre 2007, le fichier FICHSUP a pu être retenu pour la valorisation en cas de difficulté à produire FICHCOMP. Il n'y aura pas de dérogation après le 1^{er} trimestre 2007.

Q : Modalités de production des données relatives aux séances

R : Les établissements utilisent un n° administratif de séjour qui vaut pendant toute la période pendant laquelle le patient reçoit des séances. Afin de constituer le fichier VIDHOSP, des solutions particulières doivent être mises en œuvre à partir du n° administratif de séjour. Il peut être envisagé de réaliser des pseudo clôtures de dossier et de faire le lien entre la facturation partielle avec un n° construit à partir du n° initial complété par exemple de 1 ou plusieurs caractères, ce nouveau n° permettant d'établir le lien avec le dossier de facturation. Par exemple, dans le format du RUM, le n° administratif possède suffisamment de caractères pour qu'un compteur gérant les venues soit associé au n° administratif produit selon la périodicité déterminée par l'établissement.

Il n'est donc pas nécessaire de solliciter le service des admissions à chaque venue ou à chaque période de facturation pour obtenir un n° de séjour, celui-ci pouvant être incrémenté à chaque venue.

Q : Comment traiter les séjours décomposés en séjour MCO suivi d'un séjour hors MCO ?

R : seule la partie MCO est prise en compte pour la valorisation. La facture est limitée strictement au champ MCO. La part du séjour hors MCO est prise en charge sur la DAF.

Q : Comment coder les séjours des nouveaux nés ?

R : les séjours des nouveaux nés étaient déjà transmis dans VIDHOSP. Ces informations doivent être transmises en remplissant les variables à 0. Le NIR est a priori celui de l'ouvrant droit. Les dossiers des nouveaux nés sont facturés de toutes les manières, sauf s'il est indiqué qu'ils sont non facturables à l'assurance maladie.

Q : Que deviennent les informations de séjour ?

R : la transmission des informations de séjour est maintenue pour permettre la répartition des sommes payées par la caisse pivot entre les différents régimes d'assurance maladie.

Q : Quel est le format des dates dans les fichiers RSFACE ?

R : Le format est sur 8 caractères : JJMMAAAA.

Q : Les lettres clés C2 et C2,5 sont-elles autorisées pour les consultations hospitalières ?

R : la réponse de cette question se trouve dans l'arrêté du 3 mai 2007 (JO du 16/05/07) consultable à l'adresse suivante :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0753737A>

Q : Quelles sont les majorations susceptibles d'être appliquées aux tarifs des actes et consultations externes ?

R : la liste des majorations applicables est précisée dans l'arrêté du 3 mai 2007 (JO du 16/05/07) ou à l'adresse suivante :

<http://www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf?numjo=SANH0753737A>

Q : Dossier HAD : les dossiers partiellement facturés peuvent-ils être transmis ?

R : Pour tenir compte du caractère spécifique de la facturation de l'HAD (journée pondérée) et de la durée du séjour qui peut être longue, il est préconisé de faire des facturations intermédiaires. A chaque période de transmission, il faut dans ce cas envoyer l'ensemble de la facturation sur le séjour, cumulée depuis le 1^{er} janvier. Lors du changement d'exercice, il conviendra de faire une facturation pour l'exercice qui s'achève et de démarrer une nouvelle facturation pour l'exercice qui commence.

Q : Précisions sur les dossiers HAD

R : Les données PMSI devant être transmises pour une période considérée sont les RAPSS dont la date de sortie est dans la période. Ces RAPSS (sous-séquences) correspondent à des séjours qui peuvent être terminés ou non. L'état de la facturation patient (basée sur un TJP) pour ces séjours peut avoir été réalisée totalement ou partiellement ou pas du tout. Il faut, comme pour le PMSI MCO produire un enregistrement VIDHOSP pour chacun des séjours ayant un RAPSS éligible à l'envoi, où l'on indiquera dans les montants la somme des facturations déjà réalisée pour le patient depuis son entrée en HAD. Cette somme peut-être nulle si aucune facturation n'a été réalisée.