

Notice technique ATIH

Sujet facturation hospitalière

Dans le cadre des campagnes tarifaires et budgétaires, l'ATIH publie chaque année deux notices techniques :

- la première, généralement diffusée en décembre, présente les nouveautés, pour l'année n+1 du recueil et du traitement des informations médicalisées dans les différents champs d'activité des établissements de santé (nouveautés dites "PMSI")
- la seconde, diffusée en mars (n+1), présente les nouveautés liées au financement des prestations d'hospitalisation, nouveautés de construction tarifaire, et, le cas échéant nouveautés de facturation.

En 2015, une notice complémentaire a été diffusée en cours de campagne (septembre 2015- *impact de la recommandation temporaire d'utilisation de l'Avastin, dans le cadre de la DMLA*), et d'autres notices sont d'ores et déjà prévues, dont la présente, jointe en annexe.

Un nouveau rythme de publication des notices liées aux campagnes tarifaires, en particulier sur les aspects de facturation, est donc prévisible. Aussi, l'ATIH propose un nouveau type de notice, traitant précisément de ces sujets « facturation ». En effet, à ce jour, les informations de type facturation ont été diffusées au sein des notices traditionnelles, souvent à titre de « points divers ». Les nouvelles notices « facturation » traiteront ces sujets de manière spécifique, rendant leur contenu plus précis et immédiatement identifiable. Par suite, les consignes diffusées pourront être rapidement appliquées par les établissements.

La présente notice relève de cette nouvelle catégorie, traitant spécifiquement de la mise en œuvre du « décret relatif aux règles de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation », dont les dispositions sont applicables à compter du 1 octobre 2015.

Souhaitant que ces nouvelles modalités de communication répondent de manière adaptée au besoin d'information des établissements, mais aussi des ARS, je vous saurai gré de bien vouloir porter cette notice à la connaissance des établissements de santé de votre région concernés par son contenu, et vous prie d'accepter mes remerciements anticipés.

Le directeur
Housseyni Holla



Annexe

Mise en œuvre du décret relatif aux règles de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation

Le décret relatif aux règles de facturation et de prise en charge par l'assurance maladie des prestations hospitalières sans hospitalisation a été publié le 23 juillet 2015 : <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000030916469>.

Ce texte a pour objectif de clarifier les règles de prise en charge et de facturation applicables aux forfaits ATU, FFM, SE et APE et aux actes et consultations qui y sont associés.

Il est nécessaire de revenir sur les deux principaux points qu'introduit le décret et sur ses modalités de mise en œuvre :

Règles de facturation des actes infirmiers en sus des forfaits ATU, FFM, SE et APE

Le décret a pour objectif de préciser la réglementation applicable à la facturation des AMI en sus des forfaits dans le secteur ex DG, en prévoyant explicitement que les actes infirmiers sont inclus dans les forfaits et ne peuvent être facturés en sus.

Cette évolution permet d'harmoniser la réglementation applicable aux établissements de santé publics et privés.

Cette disposition sera effective à compter du 1^{er} octobre 2015. Elle n'aura pas d'effet rétroactif sur le début de l'année 2015.

Règles de prise en charge par l'assurance maladie des forfaits ATU, FFM, SE et APE et des actes et consultations associés à ces forfaits

Le taux de participation de l'assuré pour les forfaits et pour les actes et consultations qui y sont associés relève d'une décision de l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (UNCAM), qui doit en déterminer le montant dans la fourchette de 15% à 25% fixée au niveau réglementaire.

Pour mémoire, au moment de la création des forfaits ATU, FFM, SE et APE, la décision de l'UNCAM n'a pas été publiée, ce qui a entraîné des difficultés pour la facturation de ces prestations par les établissements de santé.

Le décret a pour objectif de remédier à cette situation, ce qui permettra à la fois d'améliorer la prise en charge financière des forfaits dans les établissements ex DG et d'harmoniser les taux de participation de l'assuré entre les deux secteurs.

Il permet d'ouvrir un nouveau délai de deux mois pour que l'UNCAM fixe le taux de participation de l'assuré au sein de la fourchette de 15% à 25% fixée au niveau réglementaire.

La décision de l'UNCAM, datée du 17 septembre 2015, fixe à 20% le taux de participation de l'assuré pour les forfaits ATU, FFM, SE et APE et pour les actes et consultations qui y sont associés.

Ce taux de participation sera effectif à compter de la publication de la décision de l'UNCAM.

A partir de cette date, les taux de remboursement des lignes de facture pour les deux secteurs devront être conformes au taux publié. Pour le secteur ex OQN, il s'agit des taux présents dans les

factures télétransmises et ceux présents dans les RSF transmis à l'ATI. Pour le secteur ex DG, il s'agit des taux présents dans les RSF-ACE.

De plus, les contrôles OVALIDE concernant le taux de remboursement et le montant assurance maladie remboursé seront activés pour les établissements ex DG. A ce jour, ces contrôles sont désactivés dans les RSF-ACE B et C, pour les ATU, FFM, SE et APE. Désormais, la cohérence de ces montants sera vérifiée (*voir Tableaux 2.Q.MNTPU d'OVALIDE, et guide de lecture*).

