

## MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

Direction de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Sous-direction des affaires financières  
Bureaux F1 et F4

M. Holla et Mme Thorel

Tél : 01 40 56 49 14

Mel. : [regles-financ-hosp@sante.gouv.fr](mailto:regles-financ-hosp@sante.gouv.fr)

Le ministre de la santé et des solidarités

à

Mesdames et Messieurs les directeurs d'agence régionale de  
l'hospitalisation (pour exécution)

Mesdames et Messieurs les préfets de région,  
Directions régionales des affaires sanitaires et sociales  
(pour information)

Mesdames et Messieurs les préfets de département  
Directions départementales des affaires sanitaires et sociales  
(pour information)

Mesdames et messieurs les directeurs d'établissement de  
santé public et privé antérieurement en dotation globale  
(pour exécution)

CIRCULAIRE N° DHOS/F1/F4 2006/269 du 19 juin 2006 relative à la suppression du taux de conversion appliqué à la valorisation trimestrielle de l'activité des établissements de santé publics et privés désignés aux a), b) et c) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Date d'application : immédiate

NOR :

Classement thématique :

<p><b>Résumé</b> : lors du passage en 2005 du financement par dotation globale au régime de tarification à l'activité, un taux de conversion, ou taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie, a été calculé pour chaque établissement pour transformer les dépenses encadrées des établissements de santé en dépenses d'assurance maladie. Ce taux de conversion ne sera plus utilisé pour valoriser les données trimestrielles d'activité des établissements au titre de l'exercice 2006. L'activité sera valorisée en appliquant le taux réel de prise en charge par l'assurance maladie de chaque prestation, compte tenu de la situation administrative du patient concerné. Cette mesure entrera en vigueur en octobre 2006 avec un effet rétroactif à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, simultanément sur les actes et consultations externes et sur les séjours d'hospitalisation. La présente circulaire expose les conditions dans lesquelles les données médico-économiques doivent être appariées aux données administratives du patient pour permettre cette évolution des modalités de valorisation de l'activité.</p>
<p><b>Mots-clés</b> : taux de conversion – tarification à l'activité – valorisation trimestrielle de l'activité – établissements de santé</p>
<p><b>Textes de référence</b> : arrêté du 31 décembre 2003 modifié le 28 février 2006 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé (PMSI) - circulaire DHOS/E3/2005 n°578 du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission</p>
<p><b>Textes abrogés ou modifiés</b> : néant</p>
<p><b>Annexes</b> : Annexe 1 : impact sur le financement - Annexe 2 : champ des prestations et fichiers correspondants - Annexe 3 : architecture du futur dispositif - Annexe 4 : règles de facturation</p>

## I – Contexte

Lors du passage en 2005 du financement par dotation globale au régime de tarification à l'activité, un taux de conversion, ou taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie, a été calculé pour chaque établissement pour transformer les dépenses encadrées des établissements de santé en dépenses d'assurance maladie. Dans le même temps, et dans l'attente de la facturation directe et individuelle de l'activité à l'assurance maladie, un dispositif transitoire a été mis en place, dont les principales caractéristiques sont une facturation globale et trimestrielle de l'activité à l'assurance maladie via les ARH, prenant en compte le 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 pour ce qui concerne les séjours.

Le dispositif transitoire ayant été reconduit dans l'attente de la mise à niveau des systèmes d'information tant de l'assurance maladie que des établissements, il est nécessaire d'en améliorer les modalités de gestion tout en s'inscrivant dans la perspective du dispositif cible de facturation directe et individuelle à l'assurance maladie. C'est dans ce contexte que l'activité doit être valorisée, dès l'exercice 2006, sans recourir au taux de conversion, selon les modalités exposées ci-dessous, plutôt que d'appliquer un taux de conversion actualisé pour tenir compte notamment de l'évolution du montant du forfait journalier sur 2005 et 2006.

Tout en maintenant le principe d'une valorisation globale et trimestrielle de l'activité par l'ARH, les modifications envisagées dès 2006 et jusqu'au moment où la facturation directe sera opérationnelle ont pour objectifs :

- d'améliorer la qualité de la valorisation de l'activité :
  - en supprimant le taux de conversion appliqué uniformément à l'ensemble des données d'activité trimestrielles,
  - et en affectant à chaque prestation (actes et consultations externes et séjours) son taux réel de prise en charge par l'assurance maladie, en fonction des données administratives recueillies sur l'assuré ou le patient,
- de maintenir les règles actuelles de calcul du ticket modérateur et notamment d'asseoir son calcul sur le tarif journalier de prestations ;
- de préparer les établissements aux conditions techniques, organisationnelles et réglementaires de la facturation directe à l'assurance maladie.

Ce nouveau dispositif a été élaboré dans le cadre d'une démarche consensuelle avec 14 établissements publics et privés antérieurement sous dotation globale et avec leurs fédérations. Une expérimentation de plusieurs mois a permis d'en vérifier la faisabilité technique et il a été décidé d'appliquer ces nouvelles dispositions aux données d'activité de l'année 2006.

## II – Champ d'application

La suppression du taux de conversion concerne l'ensemble des établissements publics et privés antérieurement en dotation globale et soumis à la tarification à l'activité, sur l'ensemble des données d'activité faisant l'objet d'une valorisation trimestrielle par l'ARH et définies dans l'arrêté PMSI du 31 décembre 2003 modifié le 28 février 2006. Ne sont concernées que les prestations délivrées aux seuls bénéficiaires de l'assurance maladie pour tous les risques : maladie, maternité, AT/MP.

Il est rappelé que les dotations (DAC, DAF, MIGAC) et les forfaits annuels, qui ont été calculés en dépenses d'assurance maladie dès 2005, ne sont pas impactés par la suppression du taux de conversion. Les activités situées hors champ de la tarification à l'activité et financées par dotation annuelle de financement ne sont pas concernées. De mêmes les prestations faisant l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie (AME, migrants, CMUC, rétrocession de médicaments) et l'activité libérale des praticiens hospitaliers continuent d'être facturées selon les modalités en cours.

## III – Date de mise en œuvre

Afin de tenir compte des délais nécessaires aux développements et au déploiement des maintenances informatiques ainsi qu'à d'éventuelles adaptations fonctionnelles dans les établissements, la mise en œuvre du nouveau dispositif se fera au début du 4<sup>ème</sup> trimestre 2006, avec un effet rétroactif sur les données de l'activité réalisée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006.

Lors de la transmission des données d'activité du 3<sup>ème</sup> trimestre, en octobre 2006, les établissements concernés devront transmettre leurs fichiers enrichis selon le nouveau format décrit dans le cahier des charges disponible sur le site de l'ATIH ( atih.sante.fr).

Cette échéance est commune aux séjours et à l'activité externe, le dispositif devant impérativement s'appliquer simultanément sur l'ensemble du champ MCO défini au 1<sup>er</sup> alinéa du II.

#### IV - Modalités

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

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.

##### IV – 1 - Pour les séjours

L'évolution demandée consiste 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 cahier des charges diffusé sur le site de l'ATIH ([atih.sante.fr](http://atih.sante.fr)), l'appariement des données se fera par l'intermédiaire de la procédure de chaînage. Les effets financiers de ce dispositif sont décrits dans l'annexe n°1 ci-jointe.

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

Sont concernés :

- les activités MCO, y compris l'HAD, les activités d'alternative à la dialyse en centre, la radiothérapie externe et les IVG ;
- l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, pour tous les risques maladie, AT/MP, maternité.

Ne sont pas concernés :

- pour 2006, les médicaments coûteux et les DMI facturés en sus du séjour : ils continueront d'être transmis par les fichiers FICH SUP selon les modalités actuelles ;
- les informations de séjour : elles continueront également d'être transmises dans les conditions habituelles. La suppression de ces transmissions ne peut intervenir tant que la facturation directe et individuelle des séjours ne sera pas généralisée car ces informations sont nécessaires à l'assurance maladie pour procéder à la répartition entre les différents régimes.

##### IV – 2 - Pour les actes et consultations externes

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 mi-2007.

En application de la circulaire du 27 décembre 2005 relative à la généralisation de la télétransmission, les établissements vont devoir produire en 2006 des fichiers B2 afin de permettre aux caisses d'assurance maladie de prélever la participation forfaitaire de 1€ auprès des assurés. Les fichiers B2 constitués dans ce cadre permettront de disposer d'une information enrichie par rapport au fichier FICH SUP actuel permettant d'affecter à chaque prestation son véritable taux de prise en charge. Ces fichiers B2 feront l'objet d'un double circuit de transmission et de traitement :

- pour l'information des caisses gestionnaires dans le cadre de la récupération de la participation forfaitaire de 1€, d'une part ;
- pour la production de résumés standards de facturation (RSF), similaires à ceux réalisés par les cliniques dans le cadre de leurs remontées de données PMSI, transformés dans un second temps en RSFA (anonymes) sur la base desquels sera calculée la part de l'assurance maladie au taux réel de prise en charge de chaque patient ou assuré, d'autre part.

Toutefois, la constitution des RSFA n'est pas conditionnée par la transmission des fichiers B2 à l'assurance maladie et les deux transmissions peuvent, sans inconvénient, être de ce fait totalement déconnectées dans le temps. En particulier les contraintes liées à la télétransmission des fichiers normes B2 aux caisses ne doivent pas impacter la production des fichiers de RSF (tests, messagerie sécurisée, limitation du nombre d'enregistrements par lots, ...).

Le champ des RSFA est le même que celui des fichiers B2 (qui est plus large que le champ d'application de la participation forfaitaire d'1€), c'est-à-dire qu'il couvre :

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

Les établissements devront transmettre leur fichier FICH-SUP pendant les deux premiers trimestres, puis transmettre des RSFA (résumés de facturation anonymes) avec les données cumulées depuis le 1<sup>er</sup> janvier

2006, lors de la transmission d'octobre 2006. Dès que le nouveau dispositif sera opérationnel, la transmission des fichiers FICH SUP concernés sera supprimée (cf annexe n°2).

L'architecture du futur dispositif fait l'objet du schéma présenté en annexe n°3.

#### V – Règles de facturation

Le fonctionnement du dispositif repose sur le respect de règles de facturation dont certaines sont rappelées dans l'annexe n°4.

En l'absence d'appariement des données administratives et des données médico-économiques, les séjours correspondant ne feront pas l'objet de valorisation mais ils doivent être transmis. Cette situation correspond uniquement à des anomalies de constitution du fichier VIDHOSP (absence d'un numéro d'identifiant séjour dans VIDHOSP alors qu'il est présent dans le fichier RSS). Les données faisant apparaître des anomalies pourront être retransmises et feront ultérieurement l'objet d'une valorisation.

#### VI – Mesures d'accompagnement technique

Différentes mesures sont prévues pour accompagner les établissements dans la mise en œuvre de ces nouvelles dispositions :

- le cahier des charges des maintenances informatiques à réaliser est disponible sur le site de l'ATIH depuis le 22 mai 2006 une foire aux questions sera mise en place sur le site de l'ATIH (mailing-exptm@atih.sante.fr) ;
- des tests seront réalisés sur e-PMSI pour les fichiers RSA, avec l'ensemble des établissements, au cours du mois de septembre 2006 : les modalités seront ultérieurement précisées sur le site de l'ATIH ;
- les chargés de mission MAINH/SI en région pourront appuyer la mise en œuvre ;
- la DHOS et le groupe expérimentateur assureront le suivi du projet.

Les agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de diffuser les présentes instructions et rendront compte en juillet et en septembre de l'état d'avancement des établissements de leur ressort.

Les éventuelles difficultés de mise en œuvre devront être signalées à l'ARH ainsi qu'à la DHOS sous le présent timbre.

Signé : le directeur de l'hospitalisation  
et de l'organisation des soins

Jean CASTEX

## 269a1 Impact sur le financement

### I – Pour les séjours

Pour chaque séjour, le taux du ticket modérateur à percevoir compte tenu des caractéristiques administratives du patient sera disponible. La recette d'assurance maladie, dans une hypothèse à 100% d'activité, est égale au tarif du séjour (GHS), affecté le cas échéant du coefficient géographique, 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%) :

- 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 ;
- le cas échéant, des forfaits journaliers (FJH) lesquels viennent dans ce cas pour l'assuré en déduction du TM, sauf le forfait journalier du jour de sortie ;
- une part assurance maladie calculée sur le tarif du GHS et valorisée au taux réel de remboursement selon le taux de prise en charge de l'assuré en 2006, alors qu'elle était valorisée au taux de conversion en 2005 ;
- la somme de ce TM, des FJH et de la part assurance maladie (a+b+c), perçue par l'établissement, devrait, par construction, être supérieure au tarif du GHS complété des FJH, puisqu'elle inclut une fraction de TM sur les dotations MIGAC et forfaits annuels.

### ILLUSTRATION :

#### Cas 1

Soit un séjour ayant les caractéristiques suivantes :

- TJP : 120€;
- Durée de séjour (ds): 5 jours;
- Tarif du GHS : 575€;
- Taux de prise en charge par l'assurance maladie : 80%.

(a) le ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle, est calculé sur la base du TJP de la manière suivante :

$$[\text{TJP} \times \text{durée de séjour} \times (1 - \text{Taux de prise en charge}) = 120 \times 5 \times 0,20 = 120\text{€}]$$

(b) forfaits journaliers (FJH) à la charge de l'assurance maladie

$$= (\text{FJH} \times (\text{durée de séjour} + 1)) = 15 \times 6 = 90\text{€}$$

(c) la part assurance maladie calculée sur le GHS est

$$= \text{tarif du GHS} \times \text{taux de prise en charge} = 575 \times 0,80 = 460\text{€}$$

$$(a+b+c) \text{ la recette de l'établissement est } = 120 \text{ (TM)} + 90 \text{ (FJH)} + 460 = 670\text{€}$$

Dans cet exemple, qui est un cas d'école, l'établissement perçoit pour ce séjour une recette inférieure à celle que pourrait procurer le TJP (= TJP + FJH = 120 x 5 + 15 x 6=690€) mais supérieure à la recette liée au GHS ( 575 + 15 = 590€).

#### Cas 2

Soit un séjour ayant les caractéristiques suivantes :

- TJP : 100€;
- Durée de séjour : 5 jours;
- Tarif du GHS : 550€;
- Taux de prise en charge par l'assurance maladie : 80%.

- (a) le ticket modérateur (TM) perçu auprès du patient ou de sa mutuelle, est calculé sur la base du TJP de la manière suivante :  
[TJP x durée de séjour x (1-Taux de prise en charge) 100 x 5 x 0,20 = 100€]

(b) forfaits journaliers (FJH) à la charge de l'assurance maladie  
= (FJH x (durée de séjour +1)) = 15 x 6 = 90€

(c) la part assurance maladie calculée sur le GHS est  
= tarif du GHS x taux de prise en charge = 550 x 0,80 = 440€

(a+b+c) la recette de l'établissement est = 100 (TM) + 90 (FJH) + 440 = 630€

Dans cet exemple, qui est également un cas d'école, l'établissement perçoit pour ce séjour une recette supérieure à celle que pourrait procurer le TJP (= 100 x 5 + 90 = 590€) et à celle liée au GHS ( 550 + 15 = 565€).

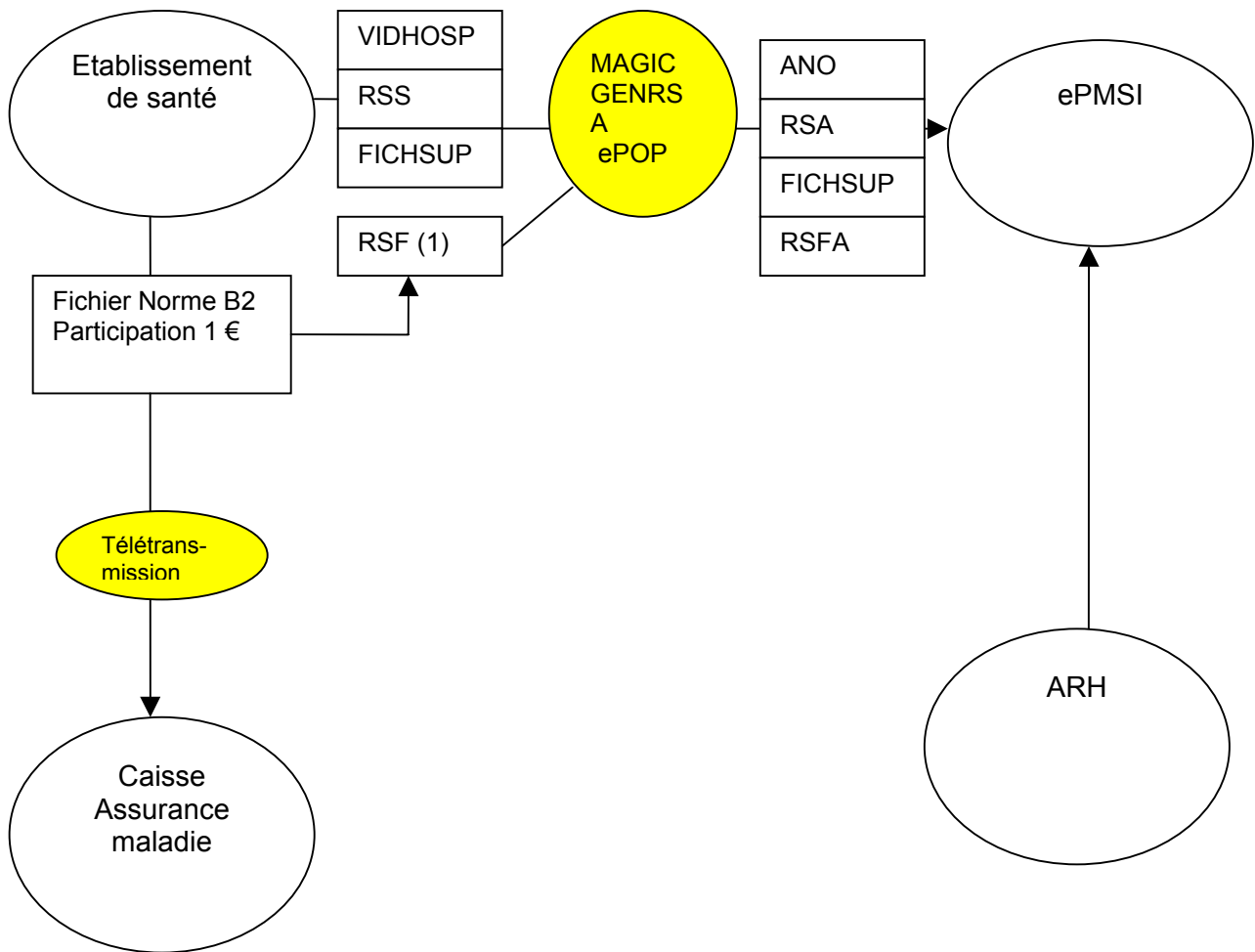
## II – Pour les actes et consultations externes

Les informations relatives aux actes et consultations externes transmises correspondent à celles calculées dans le cadre d'une pseudo facturation à l'assurance maladie. Elles comportent donc le taux de prise en charge par l'assurance maladie mais également le montant qui serait à la charge de l'assurance dans le cadre d'une facturation directe. C'est donc ce montant qui sera retenu dans le cadre de la valorisation de cette activité.

## Champ des prestations et fichiers correspondants

Liste des FICH SUP	Situation en 2006	Objectif cible
Médicaments onéreux et DMI facturés en sus du GHS	FICHSUP	FICHCOMP
IVG	RSA	RSA
Prestations et séances relatives aux alternatives à la dialyse en centre	FICHSUP	FICHSUP
ATU	FICHSUP	RSFA
FFM	FICHSUP	RSFA
Actes et consultations externes, et forfaits techniques	RSFA	RSFA

269a3 : Architecture du futur dispositif



(1) dans l'attente de la production du fichier B2, les établissements pourront produire directement leur RSF

## Règles de facturation

### 1 – Règles générales

Il est rappelé qu'un GHS correspond à un séjour dans un établissement juridique (cf arrêté PMSI ). 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 activités de l'établissement (exemple : MCO-SSR, MCO-Psychiatrie, ...), les montants devant être renseignés dans VIDHOSP doivent correspondre uniquement à la prise en charge en MCO.

Pour mémoire, il est également rappelé que le GHS est un tarif tout compris intégrant le forfait journalier.

### 2 - Définitions des valeurs introduites dans les fichiers

Les fichiers véhiculent différentes informations faisant l'objet des définitions ci-dessous :

- séjour facturable à l'assurance maladie : permet de signaler des situations particulières de prise en charge :
  - o séjours non pris en charge par l'assurance maladie (non assurés sociaux : AME, migrants de passage). Les séjours correspondants ne sont pas valorisés. Les variables d'information sur le patient (exonération du TM, prise en charge du FJ, nature d'assurance) seront renseignées par la valeur manquante
  - o séjours pris en charge et facturé à l'assurance maladie
  - o l'établissement est en attente de la réponse des caisses d'assurance maladie sur le taux de prise en charge du patient (ALD, etc...) ou sur les droits du patient (assuré social/non assuré social)
- montant à facturer au titre du ticket modérateur : il s'agit du montant du ticket modérateur calculé sur le tarif journalier de prestation s'agissant des séjours.

Prise en compte des 18€ : le recouvrement des 18€ est à porter dans la rubrique ticket modérateur, si l'assuré bénéficie d'une exonération de ticket modérateur pour actes affectés d'un coefficient >50 ou >91€.

- montant total du séjour remboursé par l'assurance maladie<sup>1</sup>
  - o cas où l'assuré acquitte un ticket modérateur : c'est le montant total du tarif journalier de prestation multiplié par le nombre de jours de présence, affecté du taux de prise en charge, auquel s'ajoute le montant total des forfaits journaliers non compris le forfait journalier du jour de sortie
  - o cas où l'assuré est exonéré de ticket modérateur et du forfait journalier : c'est le montant total des tarifs journaliers de prestation auquel s'ajoute le montant du forfait journalier
  - o cas où l'assuré acquitte le forfait journalier : c'est le montant total des tarifs journaliers de prestation

### 3 – Règles particulières

- Nombre de venues de la facture : cette information permet de traiter le cas où il y a plusieurs RSS mais une seule facture. Elle permettra dans les traitements réalisés par l'ATIH de répartir le montant de la facture sur les différents RSS. Cette procédure est courante en hospitalisation de jour, chimio et dialyse
- Les séjours **nouveaux nés** pour lesquels 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

<sup>1</sup> Il s'agit d'une notion issue des règles d'élaboration de la facture patient et permettant d'en assurer la cohérence

- Les **séjours inférieurs à 24H et transférés** dans un autre établissement, pour lesquels 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

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.