



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Liberté
Égalité
Fraternité*



**l'Assurance
Maladie**



Nos données
au service
de la Santé

EDIS

Guide du parcours du patient et de la facturation de ses soins en établissement de santé

Partie 2 | *Le parcours du patient
et la facturation de ses soins*

Août 2026



SOMMAIRE

LE PARCOURS DU PATIENT EN SOINS PROGRAMMÉS **P. 7**

FICHE 13 | **Le parcours du patient en soins programmés** **p. 8**

LE DOSSIER PATIENT **P. 13**

FICHE 14 | **Le volet administratif du dossier patient** **p. 14**

FICHE 15 | **Le volet médical du dossier patient** **p. 20**

FICHE 16 | **Les obligations liées à la conservation, à l'hébergement
des dossiers patients, et à l'information donnée aux patients** **p. 22**

CRÉANCES, SUPPORTS DE FACTURATION, ET TRANSMISSION DES DONNÉES **P. 27**

FICHE 17 | **La créance, les titres de recettes, l'avis de sommes à payer,
le bordereau S3404, et les normes de transmission des données
médicales** **p. 28**

LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES (ACE) EN SOINS PROGRAMMÉS **P. 39**

Règles générales de codage et de facturation des ACE **p. 39**

FICHE 18 | **Les règles générales de codage des ACE programmés sur la base
des nomenclatures CCAM NGAP NABM** **p. 40**

FICHE 19 | **Les règles communes de facturation des ACE programmés** **p. 55**

Le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO) ***p. 67***

FICHE 20 | **La valorisation facturation des ACE programmés MCO dans les établissements de santé visés aux a, b, c de l'article L 162-22- du CSS** **p. 68**

FICHE 21 | **La valorisation facturation des ACE programmés MCO dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22- du CSS** **p. 78**

Le champs Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) ***p. 86***

FICHE 22 | **La valorisation facturation des ACE programmés SMR dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** **p. 87**

FICHE 23 | **La valorisation facturation des ACE programmés SMR dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 95**

Le champ de la psychiatrie ***p. 102***

FICHE 24 | **La valorisation et facturation de l'activité ambulatoire PSY dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** **p. 103**

FICHE 25 | **La valorisation et facturation des ACE PSY dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 112**

LES SÉJOURS EN SOINS PROGRAMMÉS **P. 119**

Le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCO) **p. 119**

- FICHE 26 | **Les règles communes de financement des hospitalisations en MCO en établissements de santé visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 120**
- FICHE 27 | **La production des informations des hospitalisations MCO des établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** **p. 128**
- FICHE 28 | **La facturation et la valorisation des hospitalisations en MCO dans les établissements de santé visés au a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** **p. 130**
- FICHE 29 | **La production des informations des hospitalisations MCO des établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 133**
- FICHE 30 | **La facturation des hospitalisations MCO dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 148**
- FICHE 31 | **La facturation et la valorisation des hospitalisations en hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements de santé visés aux a, b, c, d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 161**

Le champ Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR)

- FICHE 32 | **Les règles communes de financement, recueil et valorisation des hospitalisations en SMR dans les établissements de santé visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 182**
- FICHE 33 | **La facturation et la valorisation des hospitalisations en SMR dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** **p. 197**
- FICHE 34 | **La facturation des hospitalisations en SMR dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** **p. 202**

Le champ de la psychiatrie

- FICHE 35 | **Les modalités communes de valorisation et facturation des séjours et les restes à charge patients en psychiatrie** p. 215
- FICHE 36 | **La facturation des hospitalisations en psychiatrie dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS** p. 227
- FICHE 37 | **La facturation des hospitalisations en psychiatrie dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS** p. 229

LES SOINS NON PROGRAMMÉS (URGENCES) P. 235

- FICHE 38 | **L'admission aux urgences : consultations et hospitalisations** p. 236

Le guide du parcours patient et de la facturation des soins en établissement de santé a été rédigé par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Fortes de leur expertise du financement et de la valorisation des établissements de santé, l'Agence Technique de l'Information pour l'Hospitalisation (ATIH) et la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM) ont participé à l'élaboration et à la relecture de ce guide.

Nous adressons nos sincères remerciements à l'ensemble des contributeurs pour leur engagement et la qualité de leurs apports.

LE PARCOURS DU PATIENT EN SOINS PROGRAMMÉS

FICHE 13 | Le parcours du patient en soins programmés

CONTEXTE :

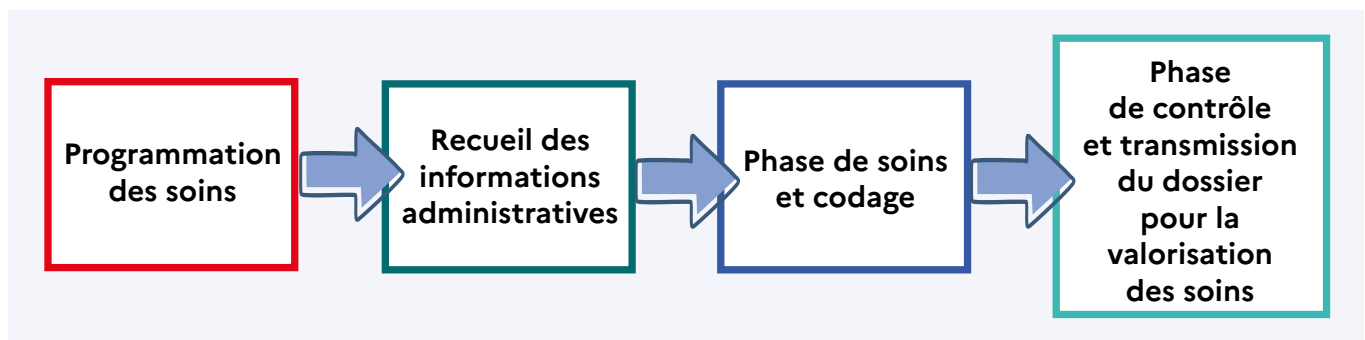
Les soins programmés sont les soins ou traitements planifiés, qui demandent une prise de rendez-vous, et sont inscrits dans un créneau horaire défini.

Ils se différencient des soins non programmés, donc non planifiés, entrant dans le cadre d'une prise en charge médicale urgente, et le plus souvent dans un service d'accueil des urgences.

1. Le parcours du patient et la facturation des soins

Le processus de facturation est essentiel à la valorisation des soins et au recouvrement des sommes par les établissements de santé. **Il s'inscrit pleinement dans le parcours global du patient.**

La facturation se découpe en quatre étapes.



Dès la phase de programmation des soins, les services de gestion administrative des patients des établissements recueillent l'ensemble des informations nécessaires à la mise en œuvre de la facturation et des actions de recouvrement. L'identification précise du débiteur est essentielle à l'encaissement de la recette correspondante.

2. Le parcours du patient à son arrivée en soins programmés

2.1. L'accueil du patient et son enregistrement

Les guichets d'accueil administratif sont un passage obligé des patients afin de constituer leurs dossiers. Un système d'enregistrement numérique et sécurisé peut être mis en place, facilitant la consultation des documents administratifs (Pièce d'identité, carte Vitale, carte de mutuelle, etc.).

Le patient n'a pas forcément besoin d'être consulté à chaque venue s'il est connu du système d'information et qu'il fréquente un même établissement ou service de soins plusieurs fois dans l'année. Il est néanmoins recommandé de le voir au moins une fois par an, afin de mettre à jour son dossier (adresse ou renouvellement de carte de mutuelle par exemple).

2.2. L'organisation de la prise en charge administrative

En dehors des soins effectués dans les services d'urgences, l'organisation et la prise en charge administrative doivent être facilitées aussi bien pour les consultations programmées que pour les hospitalisations.

Cette organisation est adaptée aux soins dispensés et à la structure de l'hôpital (mono site, à pavillons, etc.).

Les guichets doivent être facilement identifiables et visibles (notamment pour les hôpitaux pavillonnaires ayant souvent plusieurs entrées, où la signalétique a une importance primordiale). Certains hôpitaux ont mis en place un système de distribution de tickets d'attente, nécessitant un appel des numéros de manière claire et compréhensible, et un repérage facile des guichets. L'attente des patients doit être la plus courte possible, et des renseignements clairs et précis sur le volet administratif d'un séjour ou d'une consultation doivent pouvoir être donnés rapidement.

Complétant un accueil de qualité, une signalétique adaptée doit pouvoir guider les patients vers les services de soins qui les reçoivent.

Il est à noter cependant que les patients admis en hospitalisations programmées ont la possibilité de constituer leurs dossiers administratifs en amont de leurs hospitalisations (sur place ou parfois en ligne), et non le jour même, les hospitalisations programmées résultant majoritairement de consultations préalables, et les admissions se faisant souvent tôt en matinée.

3. Le parcours du patient à sa sortie des soins programmés

3.1. Le règlement des actes et consultations programmés

Comme pour son arrivée, le circuit du patient doit être conçu de manière à faciliter son accès aux guichets de paiement.

Dans le cadre de la réalisation d'actes ou consultations externe, et sans convention avec une mutuelle, le paiement le jour de la réalisation de l'acte doit être privilégié pour le règlement du ticket modérateur ou, pour les non assurés sociaux, de la totalité des frais. En effet, les montants en jeu sont souvent minimes, mais les coûts de gestion d'envois de factures (à la charge de l'hôpital) et de recouvrement représentent une part importante des sommes dues. L'objectif est de limiter à la fois les frais de gestion et les lenteurs administratives.

Le paiement peut être réalisé de deux manières :

■ **soit en prépaiement** : il s'effectue avant la consultation ou la réalisation des actes dès lors que ceux-ci peuvent être pré-identifiés par le service et codés ;

■ **soit immédiatement après la consultation** : ce mode de paiement est possible si les actes ont été saisis en temps réel dans l'application informatique du service de soins, ou à partir d'une « fiche de circulation » listant les actes réalisés et remise au patient (notamment en mode dégradé).

Si le patient ne passe pas au guichet de paiement, une facture doit lui être envoyée dans les plus brefs délais.

3.2. Le règlement après hospitalisation

À compter de la date de sortie d'hospitalisation du patient, si le paiement n'a pu être effectué sur place, la demande de règlement de ses soins doit lui être envoyée dans les plus brefs délais. Même si une grande majorité des frais du ticket modérateur et forfait journalier est prise en charge par des assurances maladie complémentaires, les patients peuvent régler directement tout ou partie de ces frais.

3.3. L'établissement de la facture

La chaîne de facturation ne commence pas à la sortie du patient, mais court tout au long de son parcours au sein de l'hôpital. La codification des dossiers au fil de l'eau permet le calcul du reste à charge au plus proche de la sortie du patient.

Si toutes les données médico-administratives du dossier du patient ne sont pas exhaustives à sa sortie, une facture doit pouvoir lui être adressée au plus vite.

Dans les établissements privés mentionnés aux d et e de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) pour lesquels les tarifs ne comprennent pas les rémunérations des professionnels médicaux non salariés, les honoraires et leurs éventuels dépassements sont à régler tout ou partie par le patient. Pour éviter tout litige ou incompréhension, le passage aux guichets administratifs avant de quitter l'hôpital est un moment important.



FOCUS : LE PROGRAMME SIMPHONIE ET LE PAIEMENT DU RESTE À CHARGE À LA SORTIE DU PATIENT

Porté par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale des Finances publiques (DGFIP), le programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours administratif HOSpitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) tend à optimiser l'ensemble de la chaîne d'accueil / facturation / recouvrement de l'activité de soin des établissements de santé. Il permet le recueil automatisé des données médico-administratives facilitant la facturation à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et aux patients des actes et consultations, ou soins d'hospitalisation réalisés par l'établissement.

Ce programme permet de générer des améliorations pour l'usager et des gains de productivité pour l'ensemble des acteurs. Il a trois objectifs principaux :

- permettre des gains significatifs de recettes sur la part « particulier » ;
- améliorer la situation de trésorerie par une diminution des délais de facturation, de paiement et de recouvrement ;
- améliorer la professionnalisation et la performance des services d'accueil administratifs et des services facturiers, notamment grâce à la simplification des processus, l'entière dématérialisation et l'automatisation.

Dans le cadre de SIMPHONIE, une des stratégies pour améliorer ces objectifs est de faire en sorte que les patients paient le reste à charge des frais hospitaliers dès la fin du séjour et quand ils reçoivent la facture dans des délais optimisés.

Afin d'encourager les patients à payer leurs factures plus rapidement, un certain nombre de leviers sont activés :

- informer davantage sur le reste à charge et plus généralement sur le coût de l'hôpital : il est à ce titre impératif d'afficher dans les lieux d'accueil les principes généraux de reste à charge. Pour être visible, ces documents ne doivent pas être dilués dans un lot d'informations ;
- donner la possibilité de payer à la sortie de l'hôpital, proposer des modalités de paiement en ligne voire des bornes d'accès permettant un paiement à la sortie de l'établissement de santé à tout moment de la journée ;
- optimiser la réception de la facture ;

- clarifier la facture : la présentation doit être condensée permettant d'avoir rapidement aux yeux les principaux éléments permettant de recontextualiser la facture et d'expliciter la nature du montant dû. La présentation doit être visuelle avec des encadrés, des tableaux et des couleurs permettant immédiatement de repérer les informations clés : le montant, la personne et le service concerné, etc. QUI / QUOI / COMBIEN. La facture doit tenir sur UNE PAGE (ou un recto avec les principales informations et un verso avec le détail). Les modes de paiement doivent être clairement mis en avant ;
- diversifier les modes de paiement à réception de la facture.

Pour toutes informations sur le programme symphonie : [Symphonie - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles](#)

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Les 4 phases du processus de facturation en soins programmés sont :
 - la programmation des soins
 - le recueil des informations administratives
 - la phase de soins
 - la phase de contrôle et l'envoi de la « facture »
- Même si les outils numériques facilitent le recueil d'informations du patient, il est important de le voir physiquement régulièrement afin de mettre à jour son dossier administratif.
- Le paiement des soins le jour de leur réalisation est à privilégier.
- Le programme SIMPHONIE vise à optimiser l'ensemble de la chaîne accueil / facturation / recouvrement.

LE DOSSIER PATIENT

Le dossier patient est un outil de dialogue entre le patient et les professionnels de santé, regroupant l'ensemble des données nécessaires à sa prise en charge et à son état de santé. La création du dossier patient est obligatoire et s'effectue dès l'admission de l'utilisateur au sein de l'établissement de santé.

Le dossier favorise la mise en place des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins et conduit à une meilleure prise en charge du patient.

Il se compose de deux volets :

- *un volet administratif, comportant des informations relatives à son état civil, à ses débiteurs et à son entourage ([article R1112-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#)) ;*
- *un volet médical ([article R1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).*

En application de l'[article 1366 - Code civil - Légifrance](#), l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur support papier. Le dossier patient peut donc revêtir les deux formes.

FICHE 14 |

patient

Le volet administratif du dossier

1. La constitution du dossier administratif

Pour procéder à la constitution du dossier administratif, les établissements de santé doivent recueillir au préalable un certain nombre de pièces justificatives relatives à l'identité du patient et à son entourage. Cette prise de renseignements doit permettre de constituer un dossier complet, une facturation rapide ou contribuer à un encaissement immédiat des frais d'hospitalisation et/ ou de soins externes, lors de la sortie du patient. Dès cette étape, celui-ci pourra nommer une personne de confiance (voir infra).

1.1. Les pièces nécessaires à la constitution du volet administratif du dossier patient

Différentes pièces sont nécessaires à la constitution du volet administratif du dossier lors de l'admission du patient. Elles doivent avoir été demandées lors de la planification de l'admission, et permettent l'identification fiable de l'identité du patient et la détermination de ses débiteurs.

Ces pièces sont les suivantes :

- une pièce nationale d'identité, ou passeport, ou carte de séjour (ou toute autre attestation justifiant de l'établissement en cours de ces dits documents) ;
- la carte vitale ou l'attestation papier correspondante qui permet la vérification des droits du patient auprès d'un organisme d'Assurance Maladie. À défaut, une prise en charge doit être demandée à l'organisme d'Assurance Maladie du patient (alinéa 2 de l'[article R174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) ;
- la carte de mutuelle en cours de validité (elle doit couvrir les frais hospitaliers) ou une prise en charge d'une assurance privée étrangère ;
- une attestation de prise en charge au titre de l'Aide Médicale d'État (AME) ou de la complémentaire Santé Solidaire (C2S) ;
- un justificatif de domicile (vivement recommandé).

Une copie de ces pièces justificatives doit être conservée dans le dossier d'admission du patient.

[L'article R1112-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit par ailleurs que chaque pièce du dossier est datée et comporte l'identité du patient avec son nom, son prénom, sa date de naissance ou son numéro d'identification, ainsi que l'identité du professionnel qui a recueilli ou produit ces informations.

1.2. Le contenu du dossier administratif

Le dossier administratif comporte deux rubriques :

1.2.1. Les informations relatives à l'état civil du patient

Chaque usager du système de santé dispose depuis le 1^{er} janvier 2021 d'une Identité Nationale de Santé (INS) qui lui est propre ([article L1111-8-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)). Ce numéro est indispensable et permet qu'un usager soit identifié de la même façon par tous les professionnels qui partagent des données de santé qui le concernent.

- Les données obligatoires liées à l'état civil (référence « Identité Nationale de Santé » - INS) :
 - nom de naissance (accompagné du nom d'usage le cas échéant)
 - prénom
 - sexe
 - date de naissance
 - lieu de naissance

- Les données autres, nécessaires à la bonne constitution du dossier :
 - adresse postale
 - numéro de téléphone
 - adresse mail

Ces données doivent être vérifiées et collectées à partir des documents d'identité et du justificatif de domicile.

Pour références :

- Direction générale de l'offre de soins (DGOS), fiche pratique gestion des copies de pièces d'identité dans le système d'information
- DGOS, fiche pratique d'aide à la décision en vue d'autoriser certains établissements de santé à appliquer le volet 2 du référentiel national d'identitovigilance
- [Identité Nationale de Santé - Référentiel INS | e-santé](#)

1.2.2. Les informations relatives à la couverture sociale du patient

Pour permettre aux patients de bénéficier du tiers payant sur la part prise en charge par les régimes obligatoires d'Assurance Maladie ou par la part supportée par les organismes complémentaires, certains documents doivent obligatoirement être présentés par le patient :

- **en ce qui concerne l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) :** la carte vitale à jour ou, à défaut, l'attestation papier de droits ouverts à un organisme d'Assurance Maladie ;
- **en ce qui concerne l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) :** la carte d'organisme complémentaire (la vérification de droits à la Complémentaire Santé Solidaire pouvant également être effectuée à partir de la lecture de la carte vitale).
- **en ce qui concerne les cas particuliers :**
 - l'attestation d'Aide Médicale d'État (AME) ;
 - la carte européenne d'Assurance Maladie (CEAM) ;
 - la prise en charge d'une assurance privée le cas échéant.

Ces informations doivent être vérifiées, complétées et actualisées lors des différentes venues du patient.

Au regard de l'organisation interne de chaque établissement en matière d'accueil administratif du patient, et de la création de son dossier administratif quelle que soit la raison de sa venue, la consultation et l'utilisation de CDRi (Consultation des droits intégrés) est vivement conseillée. Cet outil ne vient pas en totale substitution de la présentation des documents demandés au patient, mais est un complément d'informations (lors d'une première venue notamment). Il pourra par exemple être également utile dans le cadre de vérifications de prises en charge avant la facturation d'un dossier.



FOCUS SUR LE PORTAIL CDRI

La Consultation des DRoit Intégrée, ou CDRI, fait partie du programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours HOpitalier du patient et de Numérisation des Informations Echangées → cf. fiche « le parcours du patient en soins programmés ») qui a pour ambition d'accompagner les établissements de santé dans la sécurisation de leurs recettes liées aux tiers débiteurs. Il a également pour but la diminution de la charge administrative des personnels et des patients.

Il s'agit d'un service de consultation des droits de type « web service » inter-régime intégré aux logiciels de gestion administrative des patients.

Ce service permet d'obtenir les droits à jour des patients (et notamment les situations spécifiques telles que complémentaire santé solidaire (C2S), Aide Médicale d'État (AME), aide pour complémentaire santé (ACS), Affection Longue Durée (ALD), maternité...), leurs coordonnées ainsi que leurs organismes d'assurance maladie, et l'information sur la déclaration de médecins traitants.

Le processus est un vrai gain de temps pour les gestionnaires des services d'accueil et de facturation car la CDRI récupère en ligne les droits des patients, et les intègre directement dans le dossier patient avec le minimum de saisies supplémentaires.

Pour obtenir l'accès à ce portail, il est primordial de contacter son éditeur de logiciel de facturation pour connaître l'offre CDRI qu'il peut apporter. L'appui technique des services informatiques des établissements est aussi nécessaire.

Le service CDRI est accessible uniquement grâce à l'utilisation d'une carte de professionnels d'établissements (CPE) nominative.

L'appel du service s'effectue avec le NIR de l'ouvrant droit, et la date de naissance du patient. Ces informations sont obtenues à partir de la consultation par le logiciel de la Carte Vitale du patient, ou de la base patients de l'établissement.

1.2.3. L'attestation relative au parcours coordonné en actes et consultations externes (ACE)

Par ailleurs, pour bénéficier d'une prise en charge complète, le patient devra être en mesure d'attester d'une déclaration de médecin traitant. Cette indication peut être également trouvée via le portail CDRi.

En application de l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les ACE qui impliquent la consultation d'un spécialiste doivent respecter le parcours de soins coordonné sous peine de paiement d'une majoration.

1.2.4. Le choix de la désignation d'une personne de confiance en hospitalisation

Une personne de confiance peut être désignée à tout moment par le patient. Il s'agit d'une personne majeure, qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant du patient. Elle sera consultée au cas où le patient se retrouve hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Elle doit alors rendre compte de la volonté de la personne ([article L1111-6 - Code de la santé publique - Légifrance](#)). L'[article R1112-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que le dossier médical comporte l'identification de la personne de confiance le cas échéant. La personne de confiance est distincte de la personne à prévenir. La personne de confiance peut être sollicitée lors d'hospitalisation, de soins à domicile ou en cabinet médical.

Il est important d'être particulièrement attentif à la rubrique « Entourage du patient ». Pour toute admission en hospitalisation programmée, le renseignement du nom de la personne à prévenir et ses coordonnées (téléphone et adresse) est fortement recommandée ([article R1112-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), et le patient doit préciser les liens qui l'unissent à cette personne.

2. Le respect du secret médical et du secret professionnel

L'[article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que toute personne prise en charge par un professionnel ou un établissement des secteurs de la santé et des secteurs social et médico-social a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant. Ces garanties vont de pair avec le respect du secret professionnel auquel sont assujettis les agents hospitaliers ([article L121-6 - Code général de la fonction publique - Légifrance](#)).

La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le dossier patient est un outil obligatoire et essentiel. Il se compose de deux volets : un volet administratif, un volet médical.
- Un certain nombre de pièces justificatives obligatoires sont nécessaires à sa constitution (état civil, couverture sociale du patient...).
- Le portail CDRi est un outil précieux afin d'obtenir les droits à jour des patients.
- Le respect du secret médical concerne également les professionnels administratifs des établissements de santé.

FICHE 15 | patient

Le volet médical du dossier

CONTEXTE :

Outre le volet administratif, le dossier patient est composé d'un volet médical. Ces deux volets sont interactifs, et certaines informations communes sont incrémentées dans les deux volets.

1. Définition du volet médical du dossier patient

Le dossier médical est un document unique centralisant toutes les informations concernant la santé d'un patient, quelle que soit la raison de sa venue.

Le dossier a deux fonctions majeures :

- la continuité des soins : il permet à tous les soignants (infirmiers, médecins, spécialistes) de savoir exactement ce qui a été fait, évitant ainsi les erreurs ou les examens en double ;
- la preuve juridique : en cas de litige ou d'expertise, c'est le document de référence qui trace les décisions médicales.

Depuis la loi Kouchner de 2002, le dossier médical appartient au patient, même si l'hôpital en conserve le support physique ou numérique.

2. Le contenu du volet médical

Le contenu du dossier médical est défini à l'[article R1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#), de manière non exhaustive puisque sont listées les informations devant y figurer a minima, et en trois catégories :

- les informations recueillies soit lors des consultations dispensées dans l'établissement (en amont de l'hospitalisation), soit lors de l'accueil au service des urgences, soit au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ;
- les informations établies à la fin du séjour ;
- les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers : cette mention est prévue par l'article précité et fait référence aux informations communiquées par des tiers concernant le patient pris en charge, ou concernant de tels tiers.

En application de ce même article, seules les deux premières catégories du dossier médical sont directement communicables au patient. Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers ne sont donc pas communicables aux patients. Il s'agit d'informations concernant ou émanant d'un conjoint, d'un enfant, ou d'un parent du patient, lors d'un entretien avec le corps médical par exemple.

Ces dispositions s'intègrent de manière plus large dans le droit à l'information des patients.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le dossier patient est un outil essentiel de dialogue entre le patient et les professionnels de santé.
- Un minimum d'informations, listées dans l'[article R1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#), doivent y figurer.
- Le droit à l'information des patients est encadré par la loi.

FICHE 16 | Les obligations liées à la conservation, à l'hébergement des dossiers patients, et à l'information donnée aux patients

CONTEXTE :

Les textes organisent la conservation, l'hébergement et l'élimination des dossiers patients.

1. La conservation des dossiers patients

Les conditions de conservation des dossiers patients doivent permettre l'accessibilité, l'intégrité et la préservation de la confidentialité des informations qu'ils comportent. Le code de la santé publique prévoit les modalités de conservation des dossiers patients.

L' [article R1112-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit la durée de conservation des dossiers patients :

■ **Concernant les patients âgés de plus de 8 ans :**

- 20 ans à compter de la date du dernier séjour de son titulaire et de la dernière consultation externe ;
- Si le patient décède moins de 10 ans après son dernier passage dans l'établissement, le dossier est conservé 10 ans à compter du décès du patient.

■ **Concernant les patients âgés de moins de 8 ans :**

- le dossier médical doit être conservé jusqu'aux 28 ans du patient.

L'ensemble de ces délais est suspendu dès lors qu'un recours gracieux ou contentieux mettant en cause la responsabilité médicale de l'établissement est introduit.

Par ailleurs, en application de l'[article R1112-9 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les conditions d'accès, les modalités et la durée de conservation des dossiers médicaux sont :

- mentionnées dans le livret d'accueil du patient prévu à l'[article L1112-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) ;
- fournies au patient reçu en actes et consultations externes (ACE) ou aux urgences.

2. L'hébergement des dossiers médicaux

En application de l'[article R1112-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les informations concernant la santé des patients sont :

- soit conservées au sein des établissements de santé qui les ont constituées ;
- soit déposées par ces établissements auprès d'un hébergeur agréé.

L'[article L1111-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que toute personne qui héberge des données de santé à caractère personnel recueillies à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic, de soins ou de suivi social et médico-social, pour le compte de personnes physiques ou morales à l'origine de la production ou du recueil de ces données ou pour le compte du patient lui-même, réalise cet hébergement :

- en étant titulaire d'un certificat de conformité ;
- en étant agréé par le ministre chargé de la culture pour la conservation de ces données sur support papier ou sur support numérique dans le cadre d'un service d'archivage électronique.

Les hébergeurs sont soumis au secret professionnel et ne peuvent s'opposer à l'accès à ces données à la personne concernée.

Cet hébergement ne peut avoir lieu qu'après information auprès de la personne concernée, et sauf opposition pour un motif légitime.

Par ailleurs, l'[article 1366 - Code civil - Légifrance](#) prévoit que l'écrit sur support électronique a la même force probante que l'écrit sur papier : les établissements de santé peuvent choisir le support qu'ils souhaitent pour conserver les dossiers médicaux.

3. L'élimination du dossier médical en établissement de santé

En application de l'[article R1112-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#), pour les établissements publics de santé et ceux participant à l'exécution du service public hospitalier, l'élimination est soumise au visa de l'administration des archives.

En application de l'[article R1112-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les établissements privés de santé ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier qui cessent leur activité peuvent, sous réserve des tris nécessaires, donner à un service public d'archives les informations concernant la santé des patients par voie contractuelle entre le directeur de l'établissement et l'autorité administrative compétente.

L'[article R1112-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit qu'à l'expiration du délai de conservation le cas échéant mentionné au 1., après restitution à l'établissement des données ayant fait l'objet d'un hébergement, le dossier médical peut être éliminé. L'élimination des dossiers est une faculté pour l'établissement et non une obligation, cette décision est par ailleurs prise par le directeur d'établissement après avis du médecin responsable de l'information médicale.

4. L'information du patient

Deux catégories d'informations doivent être transmises aux patients :

- [article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et [article L1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants : information du patient sur son état de santé ;
- [article L1111-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) : information du patient sur les frais auxquels il pourrait être exposé à l'occasion d'activité de prévention, de diagnostic et de soins, et les conditions de prise en charge et de dispenses d'avance de frais.

4.1. L'information sur son état de santé

[L'article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que : « Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues, à quelque titre que ce soit, par des professionnels et établissements de santé [...], qui sont formalisées ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en œuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers. »

[L'article L1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) précise que : « Les établissements de santé, publics ou privés, sont tenus de communiquer aux personnes recevant ou ayant reçu des soins, sur leur demande, les informations médicales définies à [l'article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#). Cette communication est effectuée, au choix de la personne concernée, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne [...]. Le praticien qui a adressé le patient à l'établissement de santé en vue de son hospitalisation et le médecin traitant ont accès à ces informations.

[L'article R1112-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) prévoit que le directeur de l'établissement veille à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication des informations définies à [l'article L1111-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

Ces informations sont, selon le cas, communiquées au patient par le médecin responsable de la structure ou par tout membre du corps médical de l'établissement désigné par lui à cet effet, ou par le médecin responsable de la prise en charge du patient. En l'absence de ce dernier, la communication est assurée par le médecin désigné par la commission ou la conférence médicale.

Ainsi, l'ensemble des informations contenues dans le volet médical du patient (cf. supra) sont communicables aux patients, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

4.2. L'information sur les frais médicaux auxquels il peut être exposé

L'[article L1111-3 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants prévoient que :

« Toute personne a droit à une information sur les frais auxquels elle pourrait être exposée à l'occasion d'activités de prévention, de diagnostic et de soins et, le cas échéant, sur les conditions de leur prise en charge et de dispense d'avance des frais.

Cette information est gratuite.

Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter.

L'information est délivrée par les professionnels de santé exerçant à titre libéral et par les centres de santé :

1° Par affichage dans les lieux de réception des patients ;

2° Par devis préalable au-delà d'un certain montant.

S'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public.

Lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif sur mesure mentionné à l'article 1^{er} du règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE, le devis normalisé comprend de manière dissociée le prix de vente de chaque produit et de chaque prestation proposés, le tarif de responsabilité correspondant et, le cas échéant, le montant du dépassement facturé et le montant pris en charge par les organismes d'assurance maladie.

Le professionnel de santé remet par ailleurs au patient les documents garantissant la traçabilité et la sécurité des matériaux utilisés, en se fondant le cas échéant sur les éléments fournis par un prestataire de services ou un fournisseur ».

4.3 Cas des patients sous curatelle ou sous tutelle

4.3.1. Notion de curatelle et de tutelle

La tutelle et la curatelle sont deux mesures judiciaires permettant de protéger une personne et son patrimoine. Les démarches pour effectuer une demande de tutelle ou de curatelle sont très similaires mais leurs effets sont différents.

Une personne qui bénéficie d'une curatelle reste autonome dans les actes simples de la vie, mais doit être accompagnée pour les actes importants. La tutelle, quant à elle, est une mesure plus protectrice. Elle concerne les personnes qui ont perdu leur autonomie et qui ont besoin d'être représentées dans les actes de la vie civile.

4.3.2. L'accès aux informations médicales

Curatelle : la personne protégée reçoit elle-même l'information et consent seule aux actes médicaux la concernant. Le curateur ne peut intervenir, il ne peut que conseiller.

Le curateur n'a pas le droit d'accéder au dossier médical de la personne sous curatelle. S'il en a besoin, la personne protégée doit lui délivrer un mandat en ce sens.

Si la mesure de protection prévoit une assistance aux décisions personnelles, le curateur doit cosigner la demande d'accès du majeur protégé à son dossier. Mais le curateur ne peut pas faire de lui-même cette demande.

Tutelle : le tuteur peut avoir accès aux informations médicales de la personne protégée, sur demande écrite auprès de l'établissement de santé. La personne sous tutelle peut également recevoir ces informations, si son état le permet, sauf si le jugement prévoit le contraire.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Les conditions de conservation des dossiers patients doivent garantir l'**accessibilité, l'intégrité et la confidentialité** des informations.
- Les informations de santé sont soit conservées **au sein des établissements de santé** qui les ont créées, soit déposées auprès d'un **hébergeur agréé**.
- L'élimination est une **faculté** pour l'établissement, non une obligation. Elle est décidée par le directeur d'établissement après **avis du médecin responsable de l'information médicale**.
- Deux catégories d'informations doivent être transmises : l'information sur l'**état de santé** et l'information sur les **frais médicaux**.
- Des dispositions spécifiques sont **appliquées aux personnes sous curatelle ou sous tutelle**.

CRÉANCES, SUPPORTS DE FACTURATION, ET TRANSMISSION DES DONNÉES

FICHE 17 | La créance, les titres de recettes, l'avis de sommes à payer, le bordereau S3404 et les normes de transmission des données médicales

CONTEXTE :

Cette fiche s'inscrit dans le cadre de la gestion financière et comptable des établissements de santé.

Outre la notion de « créance » commune à tous les établissements, elle s'attache à traiter plus particulièrement le mécanisme légal et administratif par lequel les établissements de santé assurent le paiement des prestations de soins qu'il a fournies, en s'adressant aux différents débiteurs (patients, Assurance Maladie, organismes complémentaires, etc.).

1. La créance : définition et délai de recouvrement

■ Définition

La « créance » désigne un droit que détient une personne (physique ou morale) dite le « créancier » à l'encontre d'une autre personne dite le « débiteur » ou « la personne débitrice » qui lui doit la fourniture d'une prestation. Une même prestation peut concerner plusieurs créanciers ou plusieurs débiteurs, ou les deux à la fois. Le débiteur est l'obligé du créancier. Le créancier est donc celui que l'on doit payer.

En établissements hospitaliers, et dans le cadre du paiement des soins, les débiteurs sont en général :

- l'Assurance Maladie
- le patient ou un ayant droit
- une mutuelle
- un organisme d'État
- un autre établissement
- une assurance
- ...

Pour parvenir au recouvrement de sa prestation, le créancier bénéficie de protections conventionnelles et de protections légales. La poursuite du débiteur en paiement de la dette nécessite que la créance soit déterminée avec exactitude et a fait l'objet d'une mise en demeure.

En revanche, le débiteur peut aussi être également l'objet d'une protection, comme c'est le cas de celui qui se trouve dans une situation de surendettement.

— Délai de recouvrement

La vigilance face aux délais de paiement est primordiale et constitue un enjeu majeur pour préserver la trésorerie. Il est indispensable que les démarches de recouvrement engagées n'interviennent pas au-delà du délai de prescription, sans quoi, tout recours sera rendu presque impossible.

— **Le délai de prescription désigne la durée au-delà de laquelle une action en justice n'est plus recevable.** Si la prescription éteint la dette, cela signifie qu'une procédure de recouvrement judiciaire ne pourra plus être exercée par le créancier une fois ce délai de prescription dépassé.

Le délai de prescription varie en fonction de la nature du débiteur. En effet, le délai sera différent qu'il s'agisse d'un particulier, d'un professionnel, ou d'organismes de sécurité sociale :

— **si le débiteur est un particulier il s'agit d'une créance civile**, le créancier dispose d'un délai de 2 ans. Dans le secteur de la santé, les professionnels de santé (créanciers) sont fortement confrontés à cette situation auprès des patients (débiteurs) pour tous les soins non pris en charge par la sécurité sociale, les reste à charge, dépassements honoraires, etc.

— **si le débiteur est un professionnel, il s'agit d'une créance commerciale, le créancier dispose d'un délai de 5 ans** (exemples : société commerciale, commerçant, etc.)

Si le débiteur est l'Assurance Maladie, l'[article L332-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que **le paiement des prestations se prescrit par deux ans, à compter du premier jour du trimestre suivant auquel se rapportent lesdites prestations**. Tous les professionnels de santé pratiquant le tiers-payant disposent donc **d'un délai maximal de 27 mois pour recouvrer leurs factures impayées auprès de l'Assurance Maladie**.



Attention : le point de départ duquel est décompté le délai de prescription est la date de réalisation des soins dans le cas de consultations, et la date de sortie d'hospitalisation pour les séjours hospitaliers.

Un professionnel de santé facturant ses soins auprès de l'Assurance Maladie plusieurs mois après la date de soins ne se verra pas rallongé le délai de prescription. Celui-ci aura toujours pour point de départ la date de réalisation des soins ou de sortie de séjour.

Pour les créances régies par le code de la sécurité sociale, une fois le délai de prescription expiré, le créancier n'aura plus aucun recours. Il est donc primordial d'avoir une gestion du tiers payant efficace afin d'éviter que les rejets et factures impayées en lien avec le tiers payant ne soient perdus.

Lorsqu'il s'agit d'une créance civile, une fois le délai de prescription dépassé aucun recours judiciaire envers le débiteur n'est envisageable. **La seule possibilité reste le recouvrement de créance amiable.** Cependant, plus la créance est ancienne, plus les chances que la procédure de recouvrement se solde par un succès sont minces.

1. Les établissements publics de santé : le comptable public, le titre de recettes et l'avis de sommes à payer

1.1. Le comptable public

Conformément aux dispositions de l'[article L6145-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) les comptes des établissements publics de santé sont des comptes directs du Trésor ayant qualité de comptable principal.

Les fonctions de comptable sont assurées par un agent appartenant au cadre des services déconcentrés du Trésor. Les dépenses afférentes au fonctionnement des postes comptables hospitaliers sont à la charge du budget général de l'État ([article R6145-54 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

En matière de recettes, le comptable de l'établissement est seul chargé :

- de la prise en charge et du recouvrement des titres de recettes qui lui sont remis par l'ordonnateur, des créances constatées par un contrat, un titre de propriété ou autre titre dont il assure la conservation ainsi que de l'encaissement des droits au comptant et des recettes que l'établissement est habilité à recevoir ;
- de la garde et de la conservation des fonds et valeurs appartenant ou confiées à l'établissement ;
- de la conservation des pièces justificatives des opérations et des documents de comptabilité ;
- de la tenue de la comptabilité du poste comptable qu'il dirige.

En outre, il est tenu d'exercer le contrôle :

- de l'autorisation de percevoir les recettes ;
- dans la limite des éléments dont il dispose, de la mise en recouvrement des créances de l'établissement et de la régularité des réductions et des annulations des titres de recettes.

Le comptable a la possibilité de demander communication de tous les contrats, actes juridiques et décisions administratives qui ne lui seraient pas produits en justification des opérations comptables.

Le comptable de l'établissement tient une comptabilité séparée de celle de l'ordonnateur et prépare à la clôture de chaque exercice, conjointement avec le directeur, le compte financier.

Enfin, à la demande de l'ordonnateur, le comptable est tenu d'informer ce dernier de la situation du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement.

1.2. Le titre de recettes

1.2.1 Principe du titre de recettes

Toute créance d'une collectivité ou d'un établissement public local fait l'objet d'un titre qui matérialise ses droits. Ce document est le plus souvent présenté sous forme d'un acte pris, émis et rendu exécutoire par l'ordonnateur (l'établissement). Ce document constitue un titre de recettes.

Les titres de recettes sont rendus exécutoires dès leur émission en application de l'article 98 de la loi n° 92-1476 du 31 décembre 1992 ([article L252 - Livre des procédures fiscales - Légifrance](#)). L'émission des titres intervient dès que la créance peut être constatée et liquidée.

Cependant, en application du I. de l'[article L6145-9 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les établissements publics de santé n'émettent pas de titre pour le recouvrement des créances non fiscales non perçues au comptant lorsqu'elles n'atteignent pas le seuil fixé par l'[article D1611-1 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance](#). **Les créances inférieures à ce seuil doivent faire l'objet d'un recouvrement en régie (c'est-à-dire directement par l'établissement).**

Les sommes qui ont été encaissées sans titre de recettes par le comptable ou par un régisseur donnent lieu postérieurement, à l'émission d'un titre de régularisation afin de constater la recette budgétaire dans la comptabilité de l'établissement.

1.2.2 Le délai d'émission du titre de recettes

Il convient de distinguer la prescription d'assiette, de la prescription du recouvrement.

■ La prescription d'assiette

C'est le délai qui court à l'encontre de l'ordonnateur pour émettre le titre de recettes matérialisant les droits de l'établissement à l'encontre d'un débiteur. À défaut d'émission du titre de recettes dans ce délai, la prescription est acquise au profit du débiteur, et emporte extinction des droits de l'établissement ([article L162-25 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

■ La prescription du recouvrement

C'est le délai au cours duquel les comptables publics peuvent exercer leur action en recouvrement. Ce délai court à compter de la prise en charge du titre de recettes. L'action en recouvrement des comptables publics locaux se prescrit par 4 ans, à compter de la prise en charge du titre de recettes.

La prescription de l'émission des titres de recettes des établissements publics de santé, y compris pour leurs activités annexes sociales et médico-sociales, est régie par des dispositions législatives ou contractuelles selon la nature des débiteurs. En effet, il faut distinguer la prescription d'assiette applicable aux particuliers, de la prescription d'assiette applicable aux tiers payants.

— Les règles générales de prescriptions applicables aux particuliers :

De manière générale, pour l'ensemble des créances du secteur local, sauf textes particuliers d'application stricte, le délai de prescription de droit commun des actions personnelles ou mobilières, dont font partie les titres de recettes des établissements publics de santé, est fixé à cinq ans ([article 2224 - Code civil - Légifrance](#)).

Ainsi, pour les frais d'hospitalisation, les frais d'hébergement ou le forfait journalier, les établissements disposent de cinq ans pour émettre un titre à l'encontre des malades ou de leurs débiteurs.

Cependant, le droit au remboursement des prestations, dont peuvent bénéficier les assurés sociaux n'ayant pas demandé ou n'ayant pas pu solliciter une procédure de tiers-payants, étant limité, **il convient que les titres de recettes soient émis dans un délai le plus proche possible du fait générateur de la créance.**

— Les règles particulières applicables aux tiers payants :

De manière générale, la prescription de cinq ans peut être diminuée si des textes spécifiques existent ou si des conventions particulières lient les parties.

La prescription peut avoir deux origines. Il peut s'agir de règles de prescription prévues par des textes ou par des clauses contractuelles applicables directement aux établissements publics de santé. Il peut s'agir également de règles législatives ou contractuelles qui sont applicables, à l'origine, aux malades et dans les droits desquels les établissements se trouvent subrogés.

Les tiers payants ne peuvent faire valoir la prescription des créances pour en refuser le paiement lorsque le titre a été émis dans le délai, et a fait l'objet d'actes ayant interrompu le cours de la prescription du recouvrement dont le délai est de 4 ans à compter de l'émission du titre.

1.2.3 Le contenu du titre de recettes

Aucune forme particulière n'est requise pour la présentation du titre exécutoire. Matériellement, le titre est individuel ou collectif.

Le titre de recettes doit obligatoirement comporter les mentions suivantes :

- désignation précise et complète du débiteur pour éviter toute hésitation sur son identité et faciliter la tâche du recouvrement (pour les personnes physiques : nom, prénom, adresse) ;
- montant de la somme à recouvrer : le seuil a été fixé à 5 € par l'[article D1611-1 - Code général des collectivités territoriales - Légifrance](#). Cela n'entraîne pas ipso facto l'abandon des créances inférieures à ce seuil par l'ordonnateur qui doit dans ce cas prévoir un recouvrement par régie ;

- la date à laquelle le titre est émis et rendu exécutoire par l'ordonnateur ;
- numéro d'ordre (pris dans une série annuelle continue), chaque compte de résultat prévisionnel annexe (CRPA) faisant l'objet d'une série particulière ;
- imputation budgétaire et comptable à donner à la recette. L'ordonnateur indique, dans les cadres réservés à cet effet, le numéro du ou des comptes d'exécution auxquels s'imputent les recettes et la catégorie comptable à laquelle appartient le débiteur ;
- les modalités de règlement ;
- les délais et voies de recours dont le redevable dispose pour contester le titre.
- les services compétents pour instruire une demande de renseignement ou de réclamation.

1.2.4 La dématérialisation des titres de recettes et le protocole d'échange standard V2 (PES V2)

Le cadre juridique de la dématérialisation des titres de recettes et les solutions techniques ont évolué avec la normalisation des échanges entre ordonnateurs et comptables induite par le protocole d'échange standard (PES) d'Hélios (application informatique métier de la DGFIP).

Ce protocole d'échange, aujourd'hui en Version 2 (le PES V2), est la solution de dématérialisation des titres de recettes. Il constitue la seule modalité de transmission des pièces justificatives dématérialisées au comptable.

Déployé progressivement à partir de 2008, le PES V2 remplace depuis le 1^{er} janvier 2015 les divers protocoles de transmission dits « à plat » des titres et des mandats. Il a marqué l'entière dématérialisation de la chaîne comptable (incluant les pièces jointes).

Le PES V2 permet en premier lieu la dématérialisation des titres de recettes, des mandats de dépenses et des bordereaux récapitulatifs dès lors que les flux sont signés électroniquement, puis le transport des pièces justificatives dématérialisées vers le comptable de la DGFIP.

Un flux retour permet d'informer l'ordonnateur (l'établissement) des actions menées par le comptable. Les rejets entraînent également un retraitement des fichiers pour mise en conformité, annulation si besoin, et retransmission.

L'exploitation du PES demande un rapprochement étroit avec les services informatiques des établissements, afin de paramétrer correctement les différentes phases d'envoi.

1.3. L'avis des sommes à payer

1.3.1 Principe de l'avis des sommes à payer (ASAP)

L'avis des sommes à payer (ASAP) est une facture émise au regard d'un titre de recettes individuel. Cet avis des sommes à payer résulte donc de la facturation du dossier du patient. Il concerne aujourd'hui plus particulièrement les patients payant les soins (sans prise en charge par un organisme maladie complémentaire) ou des personnes morales comme des entreprises.

Si le patient a la possibilité de payer avant la facturation (à la sortie de sa consultation ou de son séjour par exemple), il n'y aura pas d'émission d'ASAP. Le paiement s'effectue alors en régie.

Le régisseur produit un titre global comportant tous les paiements d'une période donnée (en général au mois) pour transmission au comptable public.

L'avis des sommes à payer est transmis de façon dématérialisée aux entreprises ou organismes publics d'État (via la plateforme Chorus Pro), et/ou aux organismes d'assurances complémentaires (suivant, pour ces derniers, leurs possibilités techniques de traitement des informations, et via le dispositif « Remboursement des Organismes Complémentaires » ROC). Il est transmis le plus souvent sous forme « papier » aux particuliers.

1.3.2 Le contenu de l'ASAP

L'avis des sommes à payer doit comporter les informations suivantes :

- nom
- prénom
- numéro d'immatriculation ou numéro provisoire (INS : numéro national de santé)
- date de naissance
- rang de Naissance
- ou identifiant du débiteur si personne morale.
- code prestation + spécialité exécutant
- date des soins
- identification de la dépense (TM, FJH, etc.)
- montant de la dépense
- numéro FINESS Etablissement
- destinataire de règlement
- coordonnées bancaires (IBAN, BIC)

2. La norme d'échange B2-Noémie avec l'Assurance Maladie

La norme B2-Noémie (Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est le système de télétransmission électronique des informations de santé des établissements publics et privés aux caisses d'Assurance Maladie, et d'envoi en retour par les caisses d'informations concernant par exemple des remboursements ou des rejets. On parle aussi de normes d'échanges B2-NOEMIE.

Ces flux télétransmis concernent l'ensemble des grands régimes (Caisse Nationale d'Assurance Maladie, Mutualité Sociale Agricole...), et permettent des échanges sur l'ensemble du territoire national.

Cette dématérialisation des échanges d'informations se fait par le biais des protocoles informatiques existants B2, entre l'établissement et la caisse primaire d'Assurance Maladie, et NOEMIE de la caisse vers l'établissement.

Pour les établissements publics et privés, la norme B2 permet donc la facturation individuelle et directe à l'Assurance Maladie des actes externes des personnels salariés, pharmacie rétrocedée, etc.

Pour les établissements privés (ex-OQN), la norme B2 est également utilisée pour la télétransmission des informations de facturations des séjours (Groupe Homogènes de Séjours, Groupe Médico-Tarifaire, etc.), des codes actes réalisés par les professionnels de santé, des médicaments, des restes à charges... Elle concerne donc la transmission électronique de l'ensemble du bordereau de facturation S3404, qui sert de support justificatif des prestations facturées.

Le principe de télétransmission est le suivant :

- l'établissement émet une facture électronique au format B2 par la constitution d'un fichier englobant un lot de plusieurs factures ;
- un contrôle au préalable est effectué par le GIE SESAM-Vitale qui vérifie que les prérequis techniques sont bien appliqués dans les formats d'envoi ;
- ce lot est ensuite transmis à la caisse de gestion de l'établissement, ou caisse de paiement unique (CPU) qui effectue un certain nombre de contrôles automatisés : contrôle de cohérence NIR/assuré, droits, etc.). Lorsque ce contrôle est effectué, la CPU transmet les données vers l'organisme d'Assurance Maladie obligatoire du patient, pour paiement.

À la suite des contrôles, et en cas de problèmes (sur des données dans la norme B2, ou sur l'incohérence entre la prise en charge du patient dans le dossier administratif et celle inscrite dans les fichiers de l'Assurance Maladie, par exemple), les dossiers concernés sont retournés à l'établissement via le flux de retour NOEMIE, avec les causes du rejet.

De ce fait, l'établissement doit corriger la facture, et la retransmettre dans un nouveau flux, pour retraitement, et paiement.

3. La transmission des informations aux organismes complémentaires et le dispositif ROC

L'avenant n°1 du 12 décembre 2022 à l'accord national de pilotage du dispositif ROC signé le 12 décembre 2021, ouvre le périmètre du dispositif à l'ensemble des établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), en MCO, HAD, SMR et Psychiatrie.

3.1. Définition et concept

Le programme ROC a pour objectif de fluidifier le parcours patient dans les établissements de santé grâce aux nouveaux outils numériques.

Il vise également à accompagner les établissements dans la sécurisation de leurs recettes et dans la diminution de la charge administrative des personnels et des patients.

Il simplifie le tiers-payant en dématérialisant et en standardisant les échanges entre établissements de santé, les Assurances Maladie Complémentaires (AMC) et la DGFIP. Il repose sur la mise en place de formats d'échanges normés, pour l'ensemble des acteurs.

Ce projet permet de simplifier le travail des agents administratifs des établissements de santé et d'améliorer la communication vis-à-vis du patient quant à son reste à charge.

Le projet ROC propose :

- 5 web-services synchrones pour automatiser la collecte des informations nécessaires à la facturation auprès des AMC (service d'annuaire, d'identification des droits du bénéficiaire, service de simulation, de calcul en ligne et d'annulation) ;

- un service de facturation asynchrone permettant de dématérialiser les flux de facturation/recouvrement (service d'acheminement des factures et des retours).

Ces services sont intégrés dans les logiciels de gestion administrative du patient (GAP).

3.2. Des échanges simplifiés

Les 4 grandes étapes de la gestion du débiteur AMC sont :

- **Étape 1 :** En amont de la venue du patient, les données de couverture AMC sont vérifiées. Le patient est informé si ses données ne sont plus valables. Le cas échéant, il est invité à mettre à jour ses informations et à compléter son dossier administratif.

■ **Étape 2 :** Une demande de prise en charge (dite « appel ») est envoyée instantanément à l'organisme complémentaire du patient. Un retour immédiat est effectué et intégré dans le système d'information de l'établissement, sur le dossier administratif du patient. Le patient est alors informé de l'existence éventuelle d'un reste à charge. Les modalités de recouvrement prévues par l'établissement (paiement à l'entrée, paiement à la sortie, paiement par débit carte) sont appliquées.

Le jour de la venue du patient, ses données de couverture AMC sont collectées (si elles ne l'ont pas déjà été) et vérifiées par le système d'information hospitalier.

■ **Étape 3 :** Tout au long du séjour en hospitalisation, de nouvelles simulations de la part prise en charge par l'AMC peuvent être réalisées si des modifications interviennent. Le patient peut alors être informé de l'évolution de son reste à charge en temps réel.

■ **Étape 4 :** À la sortie du patient ou a posteriori, l'AMC calcule la part qu'elle prend en charge et la transmet à l'établissement avec un engagement de paiement. La facture à l'AMC est ensuite télétransmise (via la norme DRE-ES → Dématérialisation des Remboursements Établissements de Santé). Quelques jours plus tard, l'AMC transmet son retour (rejet ou acceptation) à l'établissement sous forme dématérialisée et, s'il y a lieu, effectue le virement dans un délai maximum de 12 jours.

Un système de suivi permet à l'établissement de connaître à tout moment :

- le nombre d'appels effectués depuis une date donnée
- les dossiers en cours de paiement
- les dossiers payés
- les dossiers rejetés.

En mode de facturation FIDES (Facturation Individuelle des Établissements de Santé), le système est coordonné avec les retours de facturation de la part AMO à l'Assurance Maladie. Si la facturation de la part AMO est rejetée (problèmes de droits, d'identification, etc.), l'envoi à l'AMC ne se fait pas. Il est alors nécessaire de corriger le dossier pour le « refaire passer » dans le circuit de facturation.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Une **créance** est le droit détenu par l'établissement de santé (le **créancier**) d'obtenir le paiement d'une prestation de soins de la part d'un **débiteur** (patient, Assurance Maladie, mutuelle, etc.).
- La vigilance sur les délais de prescription est cruciale, car une fois dépassée, l'action en justice n'est plus recevable et la dette est éteinte.
- Le système de recouvrement des établissements publics de santé est géré par le **comptable public** et la Direction générale des Finances publiques (DGFIP).
- Toute créance d'un établissement public fait l'objet d'un **titre de recettes**, rendu exécutoire dès son émission.
- Le **Protocole d'Échange Standard V2 (PES V2)** est la norme unique et obligatoire pour la dématérialisation des titres de recettes, des mandats de dépenses et des pièces justificatives entre l'ordonnateur (établissement) et le comptable (DGFIP).
- La norme **B2-Noémie** (Norme Ouverte d'Échanges entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs) est la télétransmission électronique des informations de facturation (B2) et des retours de remboursements ou rejets (Noémie) entre l'établissement de santé et les Caisses d'Assurance Maladie.
- Le programme **ROC** (pour gérer les restes à charge avec les organismes complémentaires) vise à simplifier et sécuriser le tiers-payant en dématérialisant et standardisant les échanges avec les Assurances Maladie Complémentaires (AMC).



LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES (ACE) EN SOINS PROGRAMMÉS

*Règles générales de
codage et de facturation
des ACE*

FICHE 18 | Les règles générales de codage des actes et consultations externes (ACE) programmés sur le fondement de la CCAM, de la NGAP et de la NABM

CONTEXTE :

L'ensemble des établissements de santé a la possibilité de dispenser aux patients des actes et consultations externes ([article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et [article L162-51 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

En revanche, leur prise en charge par les organismes de sécurité sociale dépend de la nature de l'établissement de santé d'une part, et des actes et consultations réalisés d'autre part. Ainsi, la possibilité de facturer des ACE est aujourd'hui ouverte à l'ensemble des établissements de santé, quel que soit leur secteur, à l'exception des établissements financés intégralement sous dotation annuelle de financement (DAF).

La présente partie a pour objet de préciser les modalités de codage des actes et consultations externes programmés par les établissements publics et privés afin de préparer les services de gestion administrative à la facturation des dossiers.

En application de l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et [article L162-26-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), la facturation des ACE programmés se fait pour l'ensemble des établissements concernés, pour leur activité externe, sur le fondement des listes mentionnées à l'[article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Ces listes sont les suivantes :

- la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM).

Les ACE sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur la base du tarif conventionné, sans dépassement d'honoraire ([article L162-14-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Conformément aux dispositions générales prévues par la CCAM, un certain nombre de règles de facturation précisent le nombre d'actes qui peuvent être simultanément facturés, les associations d'actes autorisées ou exclues, et prévoient également certaines incompatibilités.

En particulier pour les actes CCAM et NGAP, les règles générales sont les suivantes :

- **l'association de deux actes CCAM au plus**, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée, sauf dérogation explicitement prévue par les dispositions de la CCAM. L'acte dont le tarif hors modificateurs est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur. Les gestes complémentaires sont tarifés à 100 % de leur valeur.
- **la facturation d'un acte NGAP et d'un acte CCAM réalisés dans le même temps pour un même patient par un même médecin n'est pas autorisée**, sauf dérogation explicitement prévue par les dispositions de la CCAM.

Seul l'acte dont le tarif est le plus élevé est facturé.

1. Les actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)

1.1. Principes

La CCAM est une liste de libellés codés décrivant des actes, auxquels on peut adjoindre des gestes complémentaires et des modificateurs. Elle se veut exhaustive, maniable et évolutive. Cette liste est destinée au codage de l'activité des médecins, et par extension pour certains, aux sage-femmes et aux chirurgiens-dentistes.

Cette liste est utilisée pour le codage d'actes externes, mais aussi pour des actes effectués lors d'une hospitalisation.

La description ci-dessous vaut pour tous types d'actes, effectués en externe ou pendant un séjour hospitalier.

1.2. Composition de la CCAM

La CCAM regroupe 3 notions :

— Les actes :

Les actes médicaux décrits par la CCAM sont les actes professionnels relevant de la compétence des membres des seules professions médicales, définies à l'[article L4111-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#). Selon les versions de publication, le champ d'application de la CCAM peut être restreint en fonction de la qualification des professionnels concernés ou la nature des actes décrits.

On entendra par acte médical tout « acte dont la réalisation par des moyens verbaux, écrits, physiques ou instrumentaux est effectué par un membre d'une profession médicale dans le cadre de son exercice et les limites de sa compétence » (définition de la Commission de terminologie et de néologie pour le domaine de la santé, séance du 14 juin 2001).

Dans la CCAM, les actes ont été distingués par convention en :

- **actes isolés** : actes réalisables de façon indépendante ; ils sont de complexité variable. Le terme isolé n'est jamais écrit dans le libellé, il est implicite.

Exemples :

- amygdalectomie par dissection
- cholécystectomie, par laparotomie
- ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

- **procédures** : ensemble d'actes isolés couramment associés dans le cadre d'interventions réglées.

Exemples :

- amygdalectomie par dissection, avec adénoïdectomie
- cholécystectomie avec ablation de calcul de la voie biliaire principale par cholédochotomie, par laparotomie

La rédaction d'un tel type de libellé n'a été acceptée qu'en cas de combinaison d'actes suffisamment fréquente et standardisée, aboutissant à un nombre limité de formulations. Leur modalité d'écriture est parfois particulière.

Exemples :

- pelvectomie antérieure, par laparotomie
- changement d'une endoprothèse de l'urètre, par endoscopie

— **Les gestes complémentaires :**

La CCAM établit d'autre part une liste de gestes complémentaires. À la différence d'un acte, un geste complémentaire ne peut pas être réalisé indépendamment : il s'agit d'un temps facultatif au cours d'un acte isolé ou d'une procédure.

Exemple : prélèvement d'autogreffe osseuse corticale ou corticospongieuse à distance du foyer opératoire, sur plusieurs sites sans changement de position.

Cette dérogation au principe de l'acte global a été acceptée pour permettre une plus grande maniabilité de la CCAM, en évitant de constituer une liste longue et complexe de libellés d'actes pour atteindre une description exhaustive. Accompagnant toujours un acte, un geste complémentaire ne peut donc jamais être mentionné seul. Les combinaisons des gestes complémentaires avec les actes sont précises et limitées, consignées dans des tables d'association. Elles sont mentionnées dans le livre II de la Liste des Actes et Prestations (LAP) en affichant pour chaque libellé d'acte le code des gestes complémentaires dont l'utilisation est permise avec le code de l'acte concerné.

Pour éviter toute confusion, les gestes complémentaires sont décrits dans une liste spéciale, fournie dans le chapitre 18 de la LAP.

— **Les modificateurs :**

En dehors des libellés décrivant des actes et des gestes complémentaires, la CCAM comporte une liste d'informations supplémentaires : les modificateurs. De façon générale, ceux-ci identifient des situations particulières modifiant les conditions habituelles de réalisation de l'acte, utiles pour sa description ou sa valorisation. Un modificateur ne peut jamais être utilisé seul, sans un libellé d'acte. Tous les actes n'autorisent pas l'emploi de modificateur. Les modificateurs autorisés sont mentionnés explicitement pour chaque acte.

Exemple : acte réalisé en urgence un dimanche ou un jour férié

Comme les gestes complémentaires, les modificateurs sont classés dans une subdivision spécifique de la CCAM (chapitre 19).

1.3. Structure de la CCAM

Les libellés de la CCAM sont classés en 4 subdivisions hiérarchiques :

— **Les chapitres**

Au nombre de 19, ils sont le premier niveau de classement :

- de 01 à 16 : ils sont définis par le système anatomophysiologique, c'est-à-dire qu'ils ne prennent notamment pas en considération la spécialité du praticien.
- le chapitre 17 réunit tous les actes sans précision topographique ; par exemple, biopsie d'un organe profond, ou ablation d'un système diffuseur ou d'une pompe sous cutanée implantée.
- le chapitre 18 contient les listes distinctes des anesthésies complémentaires et gestes complémentaires.
- le chapitre 19 est un chapitre particulier créé par l'Assurance Maladie pour permettre la transition de la tarification dans le cadre de la NGAP vers celui de la CCAM (selon les accords entre les parties signataires de la convention nationale des médecins) ; il comporte des actes et forfaits transitoires, les suppléments et les modificateurs ; l'utilisation de ce chapitre n'est pas demandée pour le recueil de l'activité des établissements de santé pour le PMSI (Programme de Médicalisation des systèmes d'Information).

— **Les sous-chapitres**

Chaque chapitre est divisé en deux sous-chapitres au moins, qui regroupent d'une part les actes diagnostiques, et d'autre part les actes thérapeutiques. Ils sont numérotés par 4 chiffres séparés par un point (exemple : « 08.02 »).

Les paragraphes et sous-paragraphes

Les sous-chapitres sont divisés en paragraphes, qui peuvent eux-mêmes être sous divisés en sous-paragraphes.

Les paragraphes des sous-chapitres consacrés aux actes diagnostiques sont constitués selon la technique d'investigation utilisée. Ceux des sous-chapitres décrivant les actes thérapeutiques sont distingués selon deux axes principaux de description : la topographie de l'acte – quand elle existe – et la nature de l'action.

Codes et libellés

C'est le niveau final de la description : le code et le libellé de l'acte.

L'acte est défini par un code et un libellé qui lui sont propres. Alphanumérique, le code de l'acte est composé de 4 lettres majuscules suivies de 3 chiffres.

Exemple : « GCQE001 Fibroscopie du pharynx et du larynx, par voie nasale ».

Ces codes obligatoires peuvent être complétés par d'autres codes, comme ceux des modificateurs autorisés pour l'acte considéré, ou d'un code caractérisant le type d'association avec un autre CCAM. Toutefois, ces codes sont facultatifs.

Exemple : « GCQE001 (F, P, S, U) → (Acte réalisé en urgence un dimanche et un jour férié ; acte réalisé en urgence par les pédiatres et médecins généraliste de 20h à 00h ; acte réalisé en urgence par les pédiatres et les médecins généralistes ou acte thérapeutique réalisé en urgence sous anesthésie générale ou locorégionale par les autres médecins, la nuit de 00h à 08h ; acte réalisé en urgence par les médecins ou les chirurgiens-dentistes, la nuit entre 20 h et 08 h) ».

Les libellés peuvent être complétés par des gestes associés autorisés.

Exemple : « GCQE001 Fibroscopie du pharynx et du larynx, par voie nasale, complété par ZZLP025 → (anesthésie générale ou locorégionale complémentaire niveau 1) ».

Dans le classement en nomenclature, les actes se voient associer également :

- un tarif : qui est le tarif conventionnel, servant de base de remboursement (sans dépassement d'honoraires) à l'Assurance Maladie. À noter que, pour l'exercice en libéral, il existe deux tarifs indiqués pour chaque acte selon le secteur de conventionnement du médecin et l'adhésion ou non du médecin à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) proposée par l'Assurance Maladie¹ ;
- l'indication d'un remboursement sans condition de prise en charge, si concerné ;
- l'indication d'un accord préalable par l'Assurance Maladie, si concerné ;
- exonération du ticket modérateur : un code permet l'application des dispositions du code de la sécurité sociale pour l'application de la règle de seuil d'exonération du ticket modérateur (TM, actuellement de 120 €) et l'application de la participation forfaitaire de l'assuré (actuellement de 32 €) ;

1. Pour une partie importante des actes, le tarif est le même quel que soit le secteur de conventionnement et l'adhésion ou non à l'OPTAM.

- le code est « 1 » pour les actes thérapeutiques et les actes diagnostiques « invasifs » : dans ce cas, leurs bases de remboursements peuvent être cumulées pour la comparaison au seuil d'exonération du TM. Quand ces actes sont réalisés en établissement de santé et que le seuil d'exonération est dépassé alors les autres actes du séjour et les frais de séjour sont aussi exonérés du TM.
- le code est « 2 » pour tous les autres actes, dont les bases de remboursement ne doivent pas être cumulées pour le dépassement du seuil d'exonération du TM.
- le regroupement de l'acte : ce code de 3 lettres majuscules définit la nature de chaque acte :
 - ADC : actes de chirurgie
 - ADI : actes d'imagerie
 - ATM : actes techniques médicaux
 - ADO : actes d'obstétrique
 - ADA : actes d'anesthésie
 - ADE : actes d'échographie
 - les chirurgiens-dentistes ont de plus des codes de regroupement spécifiques à leur activité.

Exemple d'acte dans la nomenclature CCAM :

Au chapitre 17, nous trouvons :

Code	texte	Activité	Phase	Tarif Secteur 1 / adhérent OPTAM/ OPTAM-CO (en euro)	Tarif Hors secteur 1 / hors adhérent OPTAM/ OPTAM-CO (en euro)	Remb. ss C ditions	Accord Préalable	Exo. TM	Re-grou- pe- ment
BHN001 [A, 7]	Curiethérapie transscclérale du bulbe [globe] oculaire	1	1	167	167			1	ATM
	Phase 1 : préparation à une curiethérapie transscclérale du bulbe oculaire	1	2	125,4	125,4			1	ATM
	Phase 2 : implantation sur la sclère d'une source de rayonnement pour curiethérapie du bulbe oculaire	4	2	83,6	83,6			1	ADA
	Phase 3 : ablation d'une source de rayonnement implantée sur la sclère	1	3	104,5	104,5			1	ATM
	anesthésie	4	3	57,6	57,6			1	ADA
	anesthésie								
	(GELE001)								

1.4. Les règles d'association des actes

Conformément à l'article I-11 des dispositions générales de la LAP (CCAM) → [livres i et iii avril2008.pdf](#), pour la tarification, l'association correspond à la réalisation de plusieurs actes par le même praticien, dans un même temps, sur un même patient. Sauf circonstance particulière, cette association est la garantie d'un remboursement par l'Assurance Maladie et, le cas échéant, des organismes complémentaires.

Aucune association n'est donc requise pour deux actes réalisés le même jour, sur un même patient, pendant la même phase de soin, **par des praticiens différents**, et pour des activités différentes.

Attention : à l'article I-6 de la LAP, la définition du principe fondamental de l'acte global précise : « Lorsque les conditions de prise en charge ne prévoient pas la présence de plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sage-femmes, l'acte ne peut être codé et facturé qu'une seule fois, même si plusieurs médecins, chirurgiens-dentistes ou sage-femmes participent à sa réalisation. »

Ces associations peuvent être prévues (deux actes dont l'un est soit un geste complémentaire, soit un supplément, soit un acte d'imagerie pour radiologie interventionnelle) ou, au contraire, être non prévues c'est-à-dire a priori « exceptionnelles ». On parle alors d'association non prévue (ANP).

Les ANP ne concernent que la CCAM (la NGAP en est exclue) et sont qualifiées comme une combinaison inhabituelle d'actes, dont le caractère aléatoire empêche toute systématisation (comme dans le cas de traumatismes multiples).

Des dispositions diverses au Livre III de la LAP définissent les règles tarifaires d'associations à respecter. Ces règles fixent le nombre d'actes associables et, le cas échéant, une ou des minorations à appliquer aux tarifs de certains actes constituant l'association.

Pour le remboursement par l'Assurance Maladie d'une association non prévue (ANP) de plusieurs actes, un code dit « code association non prévue », sur un caractère numérique, doit être renseigné en regard de chaque acte et permet de définir le taux à appliquer au tarif de chaque acte, dans le respect de la règle d'association concernée.

A contrario, pour les associations prévues, il ne doit pas être renseigné de code association en regard des codes actes.

Les codes association non prévue (ANP) sont définis par des chiffres de 1 à 5, qui correspondent à des taux de facturations se rapportant au tarif de chaque acte. Ils sont les suivants :

- 1 – acte dont le tarif hors modificateur est le plus élevé, facturé à 100 % de son tarif
- 2 – acte associé dont le tarif sera pris en compte à 50 % de sa valeur
- 3 – acte associé facturé à 75 % de son tarif, pour certaines situation (cf. ci-dessous)
- 4 – permet d'associer deux actes d'une même séance, à 100 % de leur tarif respectif
- 5 – permet d'associer des actes facturés à 100 % de leur valeur, lorsqu'ils sont effectués dans des moments différents et discontinus de la même journée, pour des raisons médicales justifiées ou dans l'intérêt du patient (la justification devant être renseignée dans le dossier médical du patient).

Le professionnel de santé code les actes réalisés et indique le cas échéant, pour chacun d'entre eux, le code correspondant à la règle d'association et au taux devant être appliqué. Les systèmes d'information des établissements de santé sont capables pour la plupart d'effectuer les associations prévues. Il est donc nécessaire de vérifier avant facturation que les actes sont correctement associés, ou de les associer manuellement si le système ne le permet pas automatiquement, sous peine de blocage à la facturation et/ou de rejets de la part de la CPAM.

1.4.1. Règle générale d'association

Elle se présente comme suit :

- l'association de deux actes au plus, y compris les gestes complémentaires, peut être tarifée. L'acte dont le tarif, hors modificateurs, est le plus élevé, est tarifé à taux plein, le second est tarifé à 50 % de sa valeur.
- les gestes complémentaires sont tarifés à taux plein.
- les suppléments peuvent être codés et tarifés en sus et à taux plein.

RÈGLE	CODE ASSOCIATION	TAUX
. Actes de tarif le plus élevé	1	100 %
. 2 ^{ème} acte	2	50 %
. Supplément autorisé en plus des 2 actes	1	100 %

1.4.2. Dérogation à la règle générale

Il existe plusieurs dérogations à cette règle générale, soit en termes de nombre d'actes associables, soit sur le taux appliqué au tarif.

Les actes de chirurgie par exemple, portant sur des membres différents, sur le tronc et un membre, sur la tête et un membre : le deuxième acte est alors tarifé à 75 % de sa valeur :

RÈGLE	CODE ASSOCIATION	TAUX
. Actes de tarif le plus élevé	1	100 %
. 2 ^{ème} acte	3	75 %

Pour d'autres dérogations, l'acte associé à l'acte dont le tarif hors modificateur est le plus élevé est tarifé à 100 % de sa valeur. C'est le cas notamment pour l'acte « autre » le plus tarifé associé à un acte de radiologie conventionnelle, pour les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques, pour les actes bucco-dentaires ou pour le guidage scanographique. Le code association ANP adéquat doit alors être renseigné en regard de chaque acte.

Exemple : le guidage scanographique

RÈGLE	CODE ASSOCIATION	TAUX
. 1 ^{er} acte : acte avec guidage scanographique	4	100 %
. 2 ^{ème} acte : guidage scanographique	4	100 %

Exemple : acte de radiologie conventionnelle (tel que la mammographie) et acte non de radiologie conventionnelle (tel que l'échographie du sein)

RÈGLE	CODE ASSOCIATION	TAUX
. 1 ^{er} acte : acte de radiologie conventionnelle	1	100 %
. 2 ^{ème} acte : acte non de radiologie conventionnelle	1	100 %
. Supplément(s) autorisé(s)	1	100 %

Pour plus d'informations :

Les dernières versions de la nomenclature sont disponibles sur le [site AMELI.fr](https://www.ameli.fr).

2 Les actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

Les actes NGAP est une subsistance d'une liste historique unique, existant avant la mise en place de la CCAM (parution au JO du 30 mars 2005).

Cette liste reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, certains actes des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes, et des auxiliaires médicaux.

3. Les actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)

Les actes NGAP est une subsistance d'une liste historique unique, existant avant la mise en place de la CCAM (parution au JO du 30 mars 2005).

Cette liste reste en vigueur pour les actes cliniques médicaux, certains actes des chirurgiens-dentistes, des sage-femmes, et des auxiliaires médicaux.

3.1. Composition de la NGAP

La NGAP regroupe deux notions :

■ Les actes :

Les actes décrivent l'activité de professionnels de santé par catégorie :

- les actes réalisés uniquement par les médecins
 - les actes cliniques, y compris les actes thérapeutiques cliniques des troubles mentaux
 - les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques exécutés en laboratoire d'analyses de biologie médicale (ne concerne pas les établissements de santé)
 - les actes de prélèvements réalisés par les médecins biologistes
 - les actes de chimiothérapie anticancéreuse
 - les actes de pratique thermale.
- Les actes des médecins communs avec ceux des sage-femmes ou des auxiliaires médicaux, plusieurs cas sont possibles :
 - l'acte n'existe pas à la CCAM (par exemple une injection intraveineuse)
 - l'acte existe à la CCAM et à la NGAP (par exemple le cathétérisme urétral chez l'homme) : le médecin code en CCAM, et l'infirmier en NGAP.
 - Les principales lettres clés applicables en établissements de santé sont (liste non exhaustive) :
 - G – Consultation par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme.
 - CS – Consultation par le médecin spécialiste qualifié.
 - CsC – Consultation spécifique au cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardiovasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires.
 - CNPSY – Consultation au cabinet par le médecin neuropsychiatre qualifié, psychiatre qualifié ou neurologue qualifié
 - AMI – actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière.

La nomenclature générale des actes professionnels à jour est consultable sur le site AMELI :

[Nomenclature générale des actes professionnels \(NGAP\) | ameli.fr | Médecin](https://www.ameli.fr/medecin)

■ Les majorations :

Une consultation médicale peut donner lieu une majoration, dans certains cas.
Ces majorations applicables en établissements de santé sont principalement :

- la majoration pour actes effectués la nuit, le dimanche et les jours fériés, ainsi que la différenciation du montant de ces majorations pour les actes effectués la nuit par le médecin généraliste et le médecin pédiatrique.
- la majoration enfant pour les médecins généralistes (**MEG**)
- les majorations de coordination des généralistes et médecins spécialistes qualifiés en médecine générale (**MCG**), des spécialistes qualifiés et les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues (**MCS**) et des médecins cardiologues dans le cadre d'une facturation d'une CSC uniquement (**MCC**).
- la majoration de la sage-femme (**MSF**) applicable à la C.
- la majoration pour personne âgée de plus de 80 ans (**MOP**).

L'ensemble des majorations est consultable sur le [site de l'Assurance Maladie AMELI](#)

3.2. Structure de la NGAP

Les libellés de la NGAP sont classés en 5 subdivisions hiérarchiques :

■ 1. Les parties

Au nombre de 4 + annexes, elles sont le premier niveau de classement :

- Partie 1 : concerne les dispositions générales qui s'imposent à toutes les professions ainsi que les actes cliniques et les majorations associables selon les contextes de facturation.
- Partie 2 : concerne les actes médicaux n'utilisant pas les radiations ionisantes, portant sur différentes parties anatomiques, les actes d'orthoptie, d'orthophonie, de sage-femmes, de pédicure-podologie, de kinésithérapie, de pratique thermale, et infirmiers.
- Partie 3 : concerne les actes médicaux utilisant les radiations ionisantes, facturables pour les chirurgiens-dentistes spécialistes qualifiés en orthopédie dento-faciale.
- **Partie 4 : inexistante**
- Partie 5 : concerne les actes d'anatomie et de cytologie pathologiques en laboratoires (hors établissements de santé).
- Annexe 1 : annexe 1 : soins infirmiers → détermination de la facturation des forfaits BSI (Bilan de Soins Infirmiers)
- Annexe 2 : lettres clés.

2. Les titres

Les titres détaillent les parties par catégories d'organes (exemple : Partie 2, Titre VIII – actes portant sur l'abdomen) ou les pratiques par profession (exemple : Titre XVI – soins infirmiers)

3. Les chapitres

Les chapitres s'intéressent aux organes (exemple partie 2, titre VIII sur les actes portant sur l'abdomen : Chapitre III - estomac et intestin) ou sur des méthodes (exemple dans la partie 2, titre XVI soins infirmiers : Chapitre II – soins spécialisés)

4. Les articles

Les articles détaillent les chapitres (exemple dans le titre XVI soins infirmiers, chapitre II soins spécialisés : article 2 – injections et prélèvements)

5. Désignation et cotation

La désignation de l'acte décrit l'acte précisément. À chaque désignation correspondent un coefficient et une lettre clé. Chaque lettre clé a une valeur. Pour obtenir le tarif de l'acte, il faut multiplier sa valeur par son coefficient. Certains actes sont désignés par l'annotation « AP ». Cela signifie qu'un accord préalable de l'Assurance Maladie est nécessaire avant de pouvoir effectuer/facturer ces actes.

Exemple : dans la partie 2, titre III, Chapitre VI, Article 5, on trouve :

TRAITEMENT DES DYSMORPHOSES :			
. par période de six mois	90	TO ou ORT	AP
. avec un plafond de...	540	TO ou ORT	AP

L'acte de traitement d'orthopédie dento-facial est codé TO (par un médecin) ou ORT (par un chirurgien-dentiste).

Cet acte est soumis à un accord préalable par l'Assurance Maladie.

4. Les actes de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM)

Les actes NABM est une classification pour coder, classer et déterminer la tarification des examens et analyses de biologie médicale remboursés par l'Assurance Maladie. Sa première parution au Journal Officiel date de 1985.

Ces actes sont regroupés dans la table nationale de codage de biologie (TNB) de l'Assurance Maladie.

Cette nomenclature n'est pas soumise aux règles d'associations de la CCAM ou de la NGAP. Plusieurs actes de nature différente sont donc cumulables.

4.1. Composition de la NABM

La NABM regroupe trois notions :

Les chapitres

Au nombre de 19, ils correspondent aux grandes disciplines de la biologie médicale :

0. dispositions générales
1. actes d'anatomie et de cytologie pathologiques
2. actes de cytogénétique
3. assistance médicale à la procréation (AMP)
4. spermiologie
5. hématologie
6. microbiologie
7. immunologie
8. virologie
9. hormonologie
10. enzymologie
11. protéines – marqueurs tumoraux - vitamines
12. biochimie
13. médicaments toxiques
14. actes avec technique utilisant un marqueur isotopique
15. test d'amplification génique et d'hybridation moléculaire (diagnostic prénatal exclu)
16. diagnostic prénatal
17. microbiologie médicale par pathologie
18. génétique somatique

— Les sous-chapitres

Leur nombre est variable en fonction des mises à jour. Il tourne aux alentours de 30 à 35.

Les sous-chapitres affinent la classification à l'intérieur de chaque chapitre, regroupant des actes plus spécifiques.

Par exemple :

- dans le chapitre 5. Hématologie on trouve :
 - sous chapitre 05-01 : cytologie – chimie – divers
 - sous chapitre 05-02 : Hémostase et coagulation
 - sous chapitre 05-03 : Immunohématologie

— Les codes NABM

Le code NABM permet non seulement d'identifier l'analyse effectuée, mais également de la valoriser. Il se compose :

- d'un code numérique : il s'agit d'un code chiffré (généralement 4 chiffres maximum) qui identifie de manière unique un examen biologique spécifique (par exemple, un dosage hormonal, une sérologie, ou une culture bactérienne) ;
- d'une désignation : à chaque code est associé un libellé clair décrivant l'acte biologique ;
- un coefficient de tarification : l'acte est valorisé par un coefficient exprimé en nombre de lettres-clés « B » (la valeur de la lettre B est fixée par arrêté). Ce coefficient permet de déterminer le montant de la base de remboursement de l'acte par l'Assurance Maladie.

Par exemple :

Dans le chapitre 5 - sous chapitre Hémostase et coagulation – on trouve :

Code acte : 0190

Désignation : PROTEINE (DOSAGE FONCTIONNEL)

Cotation : 50 B

Si la lettre clé « B » est tarifée à 0.25 €, l'acte a donc une valeur de 12,50 € (50 X 0,25).

4.2. Recherche dans la Table Nationale de codage de Biologie (TNB)

La Table Nationale de codage de Biologie (TNB) peut être consultée sur le site Ameli [PrésentationTNB](#)

Cette présentation permet des recherches par code, chapitre, ou plusieurs critères (coefficients / Lettres clés ou Dates Arrêtés / J.O), et répertorie par fiche chaque examen par :

- le code acte
- la désignation
- les dates de parution au Journal Officiel (JO) et arrêtés
- la date de création de l'acte
- la date d'effet
- si une entente préalable est nécessaire
- si l'acte est paru sur un bulletin d'information
- le taux de remboursement de l'acte par l'Assurance Maladie
- le nombre maximum de codes autorisés par prélèvement
- si des indications médicales sont directement rattachées à l'acte
- si l'acte est réservé (à certains laboratoires et/ou certaines catégories de personnes) ou autorisé (réalisation soumise à autorisation ou agrément)
- si l'acte est effectué ou non à l'initiative du biologiste
- si des Règles de Mise en Œuvre (R.M.O) spécifiques sont à respecter
- s'il s'agit d'un examen sanguin
- le chapitre
- les cotations
- l'exécutant

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La facturation des ACE programmés par les établissements de santé (à l'exception de ceux financés intégralement par Dotation Annuelle de Financement - DAF) s'appuie sur les listes suivantes :
 - classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)
 - nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)
 - nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM)
- Les actes CCAM et NGAP sont soumis à des règles d'associations à l'intérieur de leur propre nomenclature, mais aussi en inter-nomenclatures.
- La NABM est indépendante des autres nomenclatures, et peut se cumuler à l'une et/ou l'autre.



FICHE 19 | La facturation des actes et les consultations externes (ACE) : généralités

CONTEXTE :

Les modalités de facturation des actes et consultations externes (ACE) diffèrent selon le statut de l'établissement.

Ainsi, selon le cas, l'établissement facturera directement à l'Assurance Maladie (tout en transmettant ses données à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à titre d'information) ou bien transmettra ses données d'activité à cette même agence, pour valorisation.

1. Les indispensables à la facturation

1.1. Le dossier administratif

La facturation des ACE nécessite la création, dans le système de facturation de l'établissement, d'un dossier administratif par patient et par jour de venue en externe.

Suivant l'organisation de chaque établissement, la création du dossier administratif peut être effectuée par divers professionnels :

- par le service d'accueil administratif du patient (en centralisé dans un bureau, ou en décentralisé dans chaque service) – en amont ou au moment de la venue du patient ;
- par les Assistantes Médicales et Administratives dans chaque service – en amont ou au moment de la venue du patient ;
- par le personnel paramédical du service ;
- etc.

Le dossier administratif doit au minima contenir :

- les données administratives obligatoires à la bonne identification du patient (voir la partie « 2. Le volet administratif du dossier patient » de la partie II. du présent guide) ;
- la date de venue et le service médical concerné (en général l'Unité Fonctionnelle (UF) du service) ;
- le ou les débiteurs nécessaires à l'adressage de la facturation.

La validation de la création du dossier administratif génère dans le système d'information un numéro d'Identifiant Externe du Patient (dit **numéro d'IEP**) propre à chaque venue. Ce numéro d'IEP est lui-même rattaché à un Identifiant Patient Permanent (dit **numéro d'IPP**). Cet IPP est unique pour chaque patient par l'établissement, et le suit tout au long de son parcours au sein de l'hôpital, quelle que soit la raison de sa venue (hospitalisation, consultation, rétrocession de médicament, urgences...).

Le numéro d'IEP est utilisé pour alimenter le dossier médical du patient, coder les actes, mais aussi pour facturer le dossier.

1.2. Le recueil des actes

La facturation des actes médicaux et paramédicaux nécessite un codage par les professionnels de santé. Ce codage permet, entre autres, de renseigner dans le dossier administratif les actes effectués, et ainsi procéder à la facturation. Plusieurs méthodes peuvent être utilisées :

- le recueil sur une fiche de circulation (principalement en mode dégradé aujourd'hui) : le professionnel de santé code sur une fiche individuelle papier, par patient, les actes effectués. Ces fiches sont ensuite transmises soit au secrétariat du service de consultations, soit au service de facturation, qui intègre les actes dans le dossier administratif dématérialisé du patient au jour de la consultation.
- le recueil dans le système d'information de l'établissement : le professionnel de santé code ces actes dans un logiciel de recueil d'actes adaptés. Ces derniers sont transmis automatiquement dans le dossier administratif du patient.

1.3. La vérification des dossiers

Avant toute facturation, il est recommandé de vérifier la concordance des informations du dossier administratif.

- Les données administratives d'identification du patient et les débiteurs.
- La présence et la cohérence des codes actes dans le dossier (surtout si ces actes arrivent de façon automatisée) et leur cohérence avec la prise en charge du patient (indication du parcours de soins, cohérence de l'acte avec une ALD pour une prise en charge à 100 %, par exemple).
- L'exhaustivité des associations d'actes si nécessaire.

Il est fortement conseillé de simuler (si le système d'information en donne la possibilité), en amont, la facturation dossier par dossier, pour avoir un aperçu de la facturation attendue.

2. La prise en charge financière en soins externes

Les dossiers administratifs doivent comporter les débiteurs nécessaires à une juste facturation. Ces derniers peuvent être :

- la caisse d'Assurance Maladie à laquelle est rattaché le patient et/ou :
- un tiers prenant en charge le ticket modérateur (ou le reste à charge) si nécessaire et/ou :
- un tiers prenant en charge l'intégralité de la prestation (cela peut être un particulier, un autre établissement, une assurance privée, etc.)

Il faut bien distinguer les taux de remboursement relatif à la situation de chaque patient, et le taux de remboursement rattaché à chaque prestation médicale.

Les systèmes d'information doivent donc être paramétrés de telle sorte qu'ils prennent en compte les taux de prise en charge individuels des patients, mais aussi les taux de prises en charge appliqués aux actes.

2.1. La valorisation des actes dans et hors parcours de soins

Deux types de dispositions financières sont applicables :

- dans le cadre du parcours de soins, des tarifs (CCAM) ou des cotations (NGAP et NABM) pour les actes réalisés par les médecins ;
- hors parcours de soins, des mêmes dispositions que ci-dessus, auxquelles viennent s'ajouter des majorations facturables aux patients.

2.1.1. La valorisation des actes dans le parcours de soins

Les valorisations applicables aux actes et consultations externes dans le cadre du dispositif du médecin traitant sont fixées par la convention médicale ([article L162-14-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Les majorations associées à ces actes sont facturées dans les conditions fixées par l'[Arrêté du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés - Légifrance](#).

■ **Pour le médecin traitant**

Les tarifs applicables sont ceux de la consultation et/ou de l'acte technique pratiqué.

Les actes les plus couramment pratiqués sont : G pour le médecin généraliste, CD pour le chirurgien-dentiste omnipraticien, CNP pour le psychiatre ou neurologue, CS pour les autres médecins spécialistes (hors pédiatre qui bénéficie d'une cotation spécifique selon l'âge de l'enfant : CEH pour les enfants de moins de deux ans, CEK pour les enfants de deux à moins de six ans et CEG pour les enfants à partir de six ans).

Pour le médecin correspondant

Pour des soins itératifs ou séquencés, le tarif est :

- soit celui de la **consultation**, auquel est ajoutée une **majoration de coordination généraliste (MCG)** ou une **majoration de coordination spécialiste (MCS)** sous réserve d'un retour vers le médecin traitant ;
- soit, le cas échéant, celui de l'acte technique, sans majoration.

Rappel : conformément à l'article 11 de la NGAP, les tarifs de la consultation et de l'acte technique ne peuvent se cumuler (sauf exceptions). Le tarif de l'acte le plus cher est pris en compte pour la valorisation de la séance de soins lorsque des actes sont réalisés dans la même séance que la consultation.

Pour les consultations en accès direct s'inscrivant dans le cadre du parcours de soins coordonné

Les majorations de coordination sont applicables, à condition que le médecin retourne un compte-rendu médical au médecin traitant. Elles ne sont pas applicables pour les patients couverts par l'Aide Médicale d'État (AME) car ils n'ont pas de médecin traitant déclaré.

S'agissant d'un avis ponctuel, la cotation, telle que prévue par les dispositions en vigueur de la CCAM, et de la NGAP, applicable est :

- APC pour les médecins spécialistes ;
- APY pour les psychiatres, neuropsychiatres ou neurologues et gériatres ;
- APU pour les professeurs des universités - praticiens hospitaliers (PU-PH).

À noter :

- Le médecin correspondant ne doit recevoir le patient qu'une fois tous les 6 mois et doit adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques en lui laissant le soin d'en surveiller l'application.
- Un spécialiste consulté pour émettre un avis ponctuel, à la demande d'un médecin correspondant (et non du médecin traitant) ne peut coter d'APC. En revanche, il peut coter une CS et la majoration de coordination spécialiste en cas de retour effectif au médecin traitant MCS.

Exception : les chirurgiens peuvent coter une APC, qu'ils aient été sollicités par le médecin traitant ou le médecin correspondant.

- Les PU-PH peuvent coter une APU, qu'ils agissent à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant.
- Les anesthésistes peuvent coder une APC en première consultation pour intervention non programmée d'urgence entraînant une hospitalisation, pour un patient dont l'état clinique est évalué au niveau 3 ou supérieur de la classification ASA (classification des patients par l'American Society of Anesthesiologists).

2.1.2 La valorisation des actes hors parcours de soins

La valorisation des actes hors parcours de soins reste la même que pour les patients entrant dans le parcours de soins.

Cependant, en application de l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), l'[article L162-5-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), de l'[article R160-6 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), et de l'[article 37 - arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie signée le 25 août 2016 - Légifrance](#) au point 37.1, le non-respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des majorations tarifaires et à des majorations du ticket modérateur (applicables, pour rappel, aux seuls actes et consultations externes non associés à des prestations hospitalières).

Ces majorations ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires et concernent tous les assurés sociaux, y compris les bénéficiaires de la C2S (Complémentaire Santé Solidaire).

Les mesures applicables en cas de non-respect du parcours de soins coordonnés (PSC) sont ainsi les suivantes :

- majoration de Ticket Modérateur (MTM) : c'est l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) qui fixe le pourcentage de la majoration. Elle s'élève à 40 % de la base de remboursement applicables aux prestations en nature de l'Assurance Maladie (décision de l'UNCAM du 22 janvier 2009). Pour une consultation « classique », la prise en charge par l'Assurance Maladie s'élève donc à 30 % (70 % - 40 %) ;
- majoration de tarif (dépassement autorisé « DA ») au regard de l'article 37.1 de la convention des médecins libéraux : plafonnée à hauteur de 17,5 % par acte clinique ou technique sur la base du tarif en Parcours de Soins Coordonné (PSC) arrondi à l'euro supérieur. Cette majoration ne s'applique pas aux bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) ;
- majoration appliquée aux patients qui, sans prescription préalable de leur médecin traitant, consultent un **médecin spécialiste hospitalier**. Cette majoration, en application de l'arrêté du 28 juillet 2005 ([Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0185 du 10/08/2005](#)) fixant le montant de la majoration prévue à l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) est d'un montant égal au dépassement maximal d'honoraires autorisé pour l'acte concerné, en application du 18° de l'[article L162-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Cette majoration ne s'applique pas aux patients suivant un protocole de soins, aux patients âgés de moins de 16 ans, et aux consultations et actes réalisés en cas d'urgence.

2.2. Les différents taux de remboursement : la part prise en charge par l'Assurance Maladie et le ticket modérateur

Pour tout assuré social, suivant sa situation médicale, et si le parcours de soins coordonné est respecté, les remboursements des actes sont différents.

La part prise en charge par l'Assurance Maladie

Les bases de remboursement de l'Assurance Maladie sont ([article R160-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) :

TAUX DE REMBOURSEMENT								
Situation du patient	Médecins et sage-femmes	Chirurgiens-dentistes	Auxiliaires médicaux	Actes de laboratoire en "B"	Actes de laboratoire en "P"	Prélèvements par médecins, chirurgiens-dentistes ou sage-femmes	Prélèvements par auxiliaires médicaux	Frais d'analyses de laboratoire pour HIV et hépatite C
Assuré de base	70 %	60 %	60 %	60 %	70 %	70 %	60 %	100 %
Assuré bénéficiant du FSV ¹ ou de l'ASAP ²	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	80 %	100 %

Exception : le régime RLAM (Régime Local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle) assure un complément à la prise en charge par le régime général. Ainsi, les actes des médecins, chirurgiens-dentistes et auxiliaires médicaux sont pris en charge à hauteur de 90 % pour les bénéficiaires.

Le ticket modérateur

Le ticket modérateur (TM) – appelé aussi participation de l'assuré - est la part non prise en charge par les régimes obligatoires de l'Assurance Maladie. Il représente le reste à charge dû par le patient. Il est calculé sur la base du montant conventionnel de chaque acte en rapport avec le pourcentage restant à couvrir. Ce TM peut être pris en charge par une assurance maladie complémentaire (une mutuelle par exemple) dont la couverture est à la hauteur du contrat personnel de chaque patient.

En règle générale, pour un assuré social de base, la part du ticket modérateur sur une consultation est de 30 % du tarif conventionnel de la sécurité sociale (voir tableau ci-dessus). Elle s'élève de 35 à 45 % pour les frais d'honoraires des chirurgiens-dentistes et les actes de soins dentaires, à l'exception des actes susceptibles d'être réalisés principalement par des médecins et définis par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

1 - Fonds de solidarité vieillesse

2 - Allocation de solidarité aux personnes âgées

Cependant, le code de la sécurité sociale définit des situations pour lesquelles le ticket modérateur est réduit ou supprimé pour l'assuré. En cas de suppression, il est dit que l'assuré est exonéré du TM.

Ainsi, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur ([article R160-17 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie figurant sur une liste de 30 motifs établie par les pouvoirs publics (Affection Longue Durée : ALD 30),
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31),
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32).

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs, après établissement d'un protocole de soins par le médecin traitant.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit,
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité,
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement,
- Les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie,
- Les bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) pour certains soins.

D'autres assurés peuvent être exonérés du paiement du TM, tout en y restant assujetti :

- les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire, avec dispense d'avance de frais ;
- les personnes placées sous écrous et les personnes placées en centre de rétention administrative, avec dispense d'avance de frais.

— **Les taux de prise en charge appliqués aux actes**

L'exonération du ticket modérateur n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée au type d'acte effectué. Ainsi, certains actes médicaux comme le diagnostic et le traitement de la stérilité, ou les actes effectués dans le cadre des programmes pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans, sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, quelle que soit le taux de prise en charge médical du patient.

De même, pour les actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € ou ayant un coefficient $\geq$ à 60) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 € (PF32) ([article R160-16 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même consultation, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas. La participation forfaitaire de 32 € s'appliquera dès lors que le tarif résultant de ce cumul est $\geq$ à 120 € ou que le coefficient résultant de ce cumul est $\geq$ à 60.

Attention : la participation forfaitaire vient se déduire de la part facturée à l'Assurance Maladie (100 % de la valorisation des actes et consultations). Ceci pour que le montant total facturé ne soit pas supérieur à la valeur réelle des soins.

Les actes de radiodiagnostic, d'IRM, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie à émission de positons ne sont pas concernés par cette participation forfaitaire. Dès lors qu'ils sont $\geq$ à 120 € ou ont un coefficient $\geq$ à 60, ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. Les personnes exonérées du ticket modérateur le sont également du forfait à 32 €.

De plus, le ticket modérateur est ni réduit, ni supprimé pour les frais de prothèses dentaires, d'examens de biologie médicale et d'actes d'anatomie et cytologie pathologiques sauf si ces actes sont dispensés dans le cadre de certaines hospitalisations.

2.3. Quelques exemples de prises en charge³

1) Patient assuré de base, en consultation simple d'orthopédie, dans le parcours de soins, avec retour au médecin traitant :

- Tarif de la consultation : CS (26,50 €) + MCS (5 €) = 31,50 €
- Part facturée à l'Assurance Maladie : 22,05 € (70 % de 31,50 €)
- Ticket modérateur : 9,45 € (30 % de 31,50 €)

2) Patient assuré de base, en consultation d'orthopédie avec radio du genou par deux praticiens différents, dans le parcours de soins, avec retour au médecin traitant :

- Tarif de la consultation : CS (26,50 €) + MCS (5 €) = 31,50 €
- Tarif de la radio : NFQK001 (radiographie unilatérale du genou selon 1 ou 2 incidences) : 25,86 €
- Part facturée à l'Assurance Maladie : 40,15 € (70 % de 31,5 + 70 % de 25,86, soit 70 % de 57,36 €)
- Ticket modérateur : 17,21 € (30 % de 57,36 €)

3) Patient assuré en ALD, pour un scanner du thorax et du cœur, en rapport avec son ALD :

- Tarif du scanner : 25,27 € (acte) + 99,69 € (forfait technique) = 124,96 €
- Part facturée à l'Assurance Maladie : 124,96 € (25,27 + 99,69)
- Ticket modérateur : 0 €

4) Patiente suivie pour le traitement d'un cancer, en ALD, pour une radiographie du thorax une échographie abdominale, réalisées par un radiologue :

- Tarif de la radiographie : ZBQK002 → 24,66 € (21,28 € + 15,9 % car acte réalisé par un radiologue)
- Tarif de l'échographie : ZCQM008 → 54,02 €
- Association : code 1 pour chaque acte (les deux actes sont facturés à 100 % de leurs valeurs)

3. Les tarifs de ces exemples ne sont pas forcément ceux en vigueur à la lecture de ce guide.

Code acte	activ.	Modificateurs	Rbst	Tarif
Z C Q M 0 0 8	1	_ _ _ _ _ 1	_	_ 5 4, 0 2
Z B Q K 0 0 2	1	Z _ _ _ _ 1	_	_ 2 4, 6 6

- Part facturée à l'Assurance Maladie : 78,68 €
- Ticket modérateur : 0 €

5) Patient assuré de base, consultant un rhumatologue, avec radiographie du segment lombal de la colonne vertébrale selon 1 à 3 incidences réalisé par le rhumatologue.

- Tarif de la consultation : CS (26,50 €) + MCS (5 €) = 31,50 €
- Tarif de la radiographie : LFQK002 → 47,01 € (40,6 € + 15,8 % car acte réalisé par un rhumatologue)
 - Part facturée à l'Assurance Maladie : 32,90 € (70 % de l'acte CCAM uniquement car pas d'association entre NGAP et CCAM. L'acte CCAM est le plus onéreux, il prend le dessus sur l'acte NGAP)
- Ticket modérateur : 14,10 € (30 % de 47,01 €)

3. Le cas particulier des consultations avancées en établissements de santé

3.1. Définition

Les consultations avancées en établissements de santé sont des consultations spécialisées réalisées en dehors du service hospitalier principal dans lequel exerce le médecin consultant.

Ces consultations sont principalement réalisées au sein de centres hospitaliers de proximité, qui mettent à disposition un plateau technique pour des médecins venant d'autres structures de soins.

Elles ont pour but d'améliorer l'accès aux soins spécialisés, de réduire les délais de rendez-vous, de limiter les déplacements longs et coûteux, et d'assurer un suivi plus proche du domicile.

3.2. Facturation des consultations avancées

L'annexe 1 [de l'instruction du 10 septembre 2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires.pdf](#) prévoit que les professionnels de santé salariés relevant d'une unité MCO d'un établissement de santé peuvent réaliser une activité de consultation « hors les murs » soit dans des structures de ville ou du secteur médico-social (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, EHPAD...) soit dans d'autres établissements de santé ou sites géographiques disposant d'une autorisation de MCO, SMR ou psychiatrie.

Ces consultations sont facturables à l'Assurance Maladie selon les règles de droit commun des ACE. Leurs modalités de recueil sont précisées dans la [notice technique pmsi ndeg cim-mf-848-2-2018 rectificative du 15.01.2018.pdf](#)

Attention, bien que cette notice technique concerne l'activité de SMR, l'instruction du 10 septembre sus visée précise bien que l'activité de consultation avancée peut être également effectuée par les professionnels de santé salariés relevant d'une unité MCO d'un établissement de santé [...] dans d'autres établissements de santé ou sites géographiques disposant d'une autorisation de MCO, SMR ou psychiatrie.

Il convient donc d'appliquer les règles de facturation comme suit :

Les données de consultations réalisées par des praticiens salariés, relevant d'une unité MCO ou SMR, et projetés « hors les murs » de leur unité, sont facturées dans les règles de droit commun par l'établissement (voir les fiches dédiées à la facturation des actes et consultations externes en MCO et SMR), sur le FINESS géographique de l'unité médicale dont relève le praticien, et ceci même si cela constitue une rupture avec le principe selon lequel le FINESS transmis correspond au lieu de réalisation de l'acte.

3.3. Transmission des données de facturation à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

3.3.1. Pour les établissements Ex-DG

Il est procédé à l'ajout d'une modalité dans le champ « type d'unité fonctionnelle de consultations » dans le RSF-ACE C : « hors les murs », avec la valeur 13.

3.3.2. Pour les établissements ex-OQN

Pour les établissements dont les professionnels salariés réaliseraient ce type de consultation « hors les murs », le recueil de la consultation s'effectue dans le RSF-C, selon les modalités habituelles en indiquant le FINESS géographique d'où vient le praticien.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La facturation des ACE repose sur deux piliers principaux : la création d'un dossier administratif et le recueil précis des actes.
- Une étape essentielle avant la facturation est la vérification de la concordance des informations : identification du patient, cohérence des codes actes, exhaustivité des associations d'actes.
- Deux types de dispositions financières s'appliquent : dans le cadre du parcours de soins, ou hors parcours de soins.
- Le taux de remboursement des actes et consultations par l'Assurance Maladie dépend non seulement de la situation médicale du patient, mais aussi du taux de prise en charge liées aux actes eux même.



Le champ Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie

FICHE 20 | La valorisation et facturation des actes et consultations externes (ACE) programmés sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTE :

La valorisation des actes et consultations externes sur le champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) dans les établissements dits ex-DG suit un circuit de facturation appelé « FIDES » (Facturation individuelle des établissements de santé).

Ce mode de facturation suit une logique d'envoi par lots de factures à l'Assurance Maladie, et de ce fait aux patients ou aux organismes complémentaires.

1. La facturation directe à l'Assurance Maladie de la part AMO des établissements visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du CSS : FIDES-ACE

1.1. Généralités

Le [décret n° 2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale - Légifrance](#) met fin à la dérogation à la facturation directe pour les établissements publics de santé et Etablissement de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) du champ MCO mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), permise par l'article 33 de la FLSS pour 2004.

Ainsi, cette fin de dérogation rend obligatoire la facturation directe des ACE aux caisses d'assurances maladies dont dépendent ces établissements, pour la part qui les concerne, au plus tard :

- 1° Au 1^{er} mars 2016 pour les établissements publics de santé mentionnés à l'[article R6147-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) ;
- 2° Au 1^{er} janvier 2016 pour les centres hospitaliers régionaux mentionnés à l'[article L6141-2 - Code de la santé publique - Légifrance](#) autres que ceux relevant du 1^{er} ci-dessus ;
- 3° Au 1^{er} janvier 2015 pour les établissements publics de santé mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) autres que ceux relevant du 2^o ci-dessus ;
- 4° Au 1^{er} septembre 2014 pour les établissements de santé mentionnés aux b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Pour chaque établissement de santé, un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixe la date à laquelle prend fin la dérogation.

Le processus de facturation directe des ACE à l'Assurance Maladie est dénommé FIDES (Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé). Ce projet FIDES résulte de l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, et est déployé en métropole jusqu'en décembre 2017, par l'arrêté de généralisation de FIDES ACE du 8 décembre 2017.

— FIDES concerne les soins hospitaliers suivants :

- les actes et consultations externes visés à l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), y compris les forfaits techniques d'imagerie ;
- la rétrocession de médicaments ;
- la facturation à la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et des prestations aux migrants (dites « Relations Internationales » ou « RI ») ;
- Les forfaits urgences (FU) et suppléments pour les établissements passés en mode « FIDES urgences » ;
- pour les patients bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) : les consultations et actes externes, les forfaits ATU (en urgences gynécologiques), les forfaits urgences, les forfaits de prestations sans hospitalisation (FFM, SE, ou APE), et les forfaits IVG.

Ne sont pas inclus dans le périmètre de la facturation individuelle (FIDES) :

- les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein ;
- les forfaits ATU (en urgences gynécologiques), les forfaits urgences et suppléments pour les établissements non passés en mode "FIDES urgences, les forfaits FFM, SE et APE, qui continuent d'être financés via les arrêtés de versement pour les assurés sociaux et ne doivent être transmis en facturation directe que pour les bénéficiaires de l'AME et des « RI », ainsi que les actes qui y sont associés.

Pour ce dernier item, voir la partie sur la transmission des informations administratives et médicales.

1.2. Prérequis à la facturation directe à l'Assurance Maladie

Afin de pouvoir transmettre leurs factures, les établissements doivent être équipés d'un logiciel de facturation certifié FIDES par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDP).

Le GIE SESAM-Vitale met à disposition des éditeurs de logiciels un cahier des charges dans lequel sont écrites l'ensemble des règles de facturation pour les actes et consultations externes.

Une fois équipé, l'établissement de santé peut transmettre ses factures individuelles vers l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à chaque épisode de soins tout en respectant la norme de télétransmission, appelée Norme B2.

L'Assurance Maladie fait un retour sur la situation de la facturation (paiements et rejets) via un flux dont la norme d'échange est appelée NOEMIE.

Enfin, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), la transmission dématérialisée des titres de recettes vers le trésor public est véhiculée par la norme PES (Protocole d'Echange Standard), dite PES V2¹.

Pour plus de détails, voir la fiche « créances, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404, et et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide.

1.3. La transmission des informations

En références à l'[article R174-2-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article R174-2-6 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les établissements transmettent les informations liées à la facturation de façon dématérialisée aux caisses de paiement unique (CPU). La CPU est la caisse d'Assurance Maladie qui assure le paiement des factures pour le compte de l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement de santé. C'est cette dernière, en sa qualité d'interlocutrice unique pour les établissements, qui fait suivre ces factures à la « caisse gestionnaire », à savoir la caisse dont dépend l'assuré qui a bénéficié des soins.

Dans le même temps, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bordereaux de titres de recettes sont envoyés vers le comptable public (se référer à la partie sur les relations avec le Trésor de ce présent guide).

La « caisse gestionnaire » examine la facture dans le cadre d'un premier contrôle et dispose d'un délai de 8 jours pour procéder à la liquidation ou au rejet du dossier :

■ si le dossier est accepté, la « caisse de paiement unique » paie l'établissement de santé dans un délai de 12 jours et lui adresse parallèlement les informations administratives relatives aux versements réalisés et aux titres acquittés. Ce paiement est effectué au moyen d'un virement bancaire sur le compte du comptable public de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ou sur le compte de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au b ou c du même article.

La caisse de paiement unique adresse :

- les informations nécessaires à l'identification des factures et des titres de recette acquittés dans le cas des établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), à l'établissement et à son comptable public.

1. Le protocole d'échange standard (PES) | collectivites-locales.gouv.fr

- les factures, dans le cas des établissements mentionnés aux b et c du même article, directement à l'établissement.

■ En cas de rejet, cette même caisse adresse dans les mêmes délais les motifs de rejets indiqués par la « caisse gestionnaire » à l'établissement concerné qui doit alors annuler la facture, sauf s'il estime devoir contester ce rejet. Le comptable public est également averti du motif du rejet et de la référence de la facture lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).



Les établissements de santé ex-DG facturent les ACE sous leur numéro enregistré dans le Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux (dit numéro FINESS) en renseignant le code spécialité du professionnel exécutant. Le référentiel de l'Assurance Maladie (RFOS) recense les spécialités dont dispose les établissements.

Lors de la réception de la facturation, le système vérifie que le code acte est bien autorisé pour la spécialité déclarée et que cette spécialité est effectivement référencée pour l'établissement émetteur de la facture.

Si l'une de ces conditions n'est pas remplie, la facture est automatiquement rejetée.

Les informations de rejets sont principalement transmises par courriel sur une ou plusieurs adresses dédiées de l'établissement.

La « caisse gestionnaire » examine par la suite dans le cadre d'un second contrôle les factures après leur règlement par la caisse de paiement unique. Si elle détecte une anomalie de facturation justifiant le remboursement des sommes payées, elle saisit l'établissement concerné à des fins de remboursement de l'indu.

Le remboursement de l'indu est assuré au moyen d'un virement bancaire à la caisse gestionnaire. Lorsque l'erreur de facturation concerne un établissement mentionné au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), ce virement est effectué en exécution d'un titre d'annulation émis par l'ordonnateur de cet établissement si l'indu porte sur un encaissement de l'exercice courant ou d'un mandat de dépense émis par le même ordonnateur si l'indu porte sur un encaissement d'un exercice antérieur.

En cas d'annulation par un établissement d'une facture payée, celui-ci adresse sans délai à la caisse gestionnaire un bordereau d'annulation.

La caisse gestionnaire en informe la caisse de paiement unique.

1.4. La gestion des avances de trésorerie sur prestations de soins

L'[article R174-2-7 du Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) stipule que la caisse de paiement unique verse à chaque établissement une avance mensuelle de trésorerie calculée pour chaque mois calendaire sur la base des factures émises par l'établissement.

Les modalités de liquidation et de paiement de cette avance de trésorerie sont les suivantes :

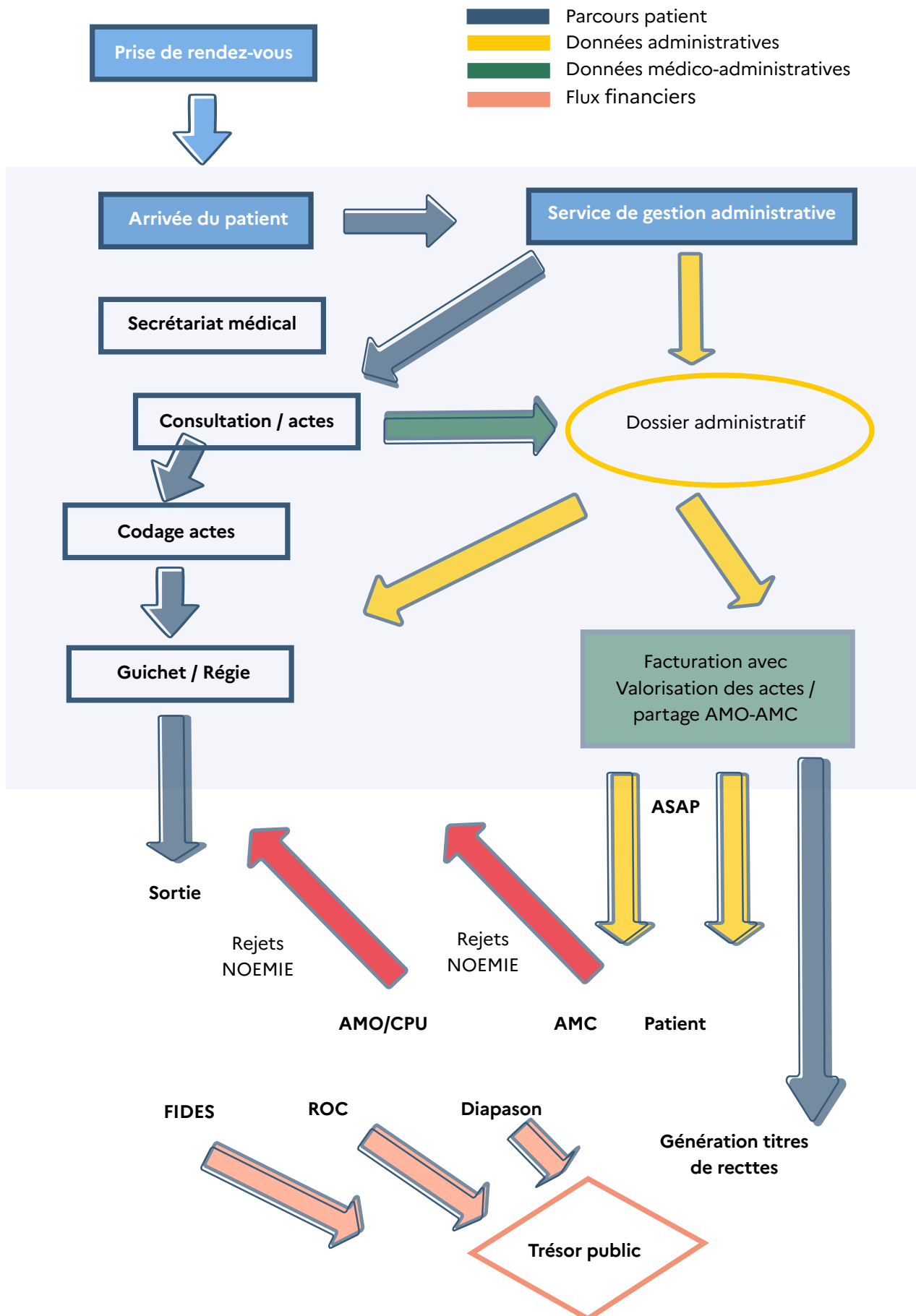
■ le quinze de chaque mois, la caisse de paiement unique verse à l'établissement une avance dont le montant est égal à la différence, lorsqu'elle est positive, entre, d'une part, la somme des factures reçues au cours du mois précédent et, d'autre part, la somme des factures qu'elle a payées ou des factures dont elle a notifié le rejet au cours du mois précédent ;

■ les 5 janvier et 5 juillet de chaque année au plus tard, la caisse de paiement unique calcule la différence entre la somme des factures qu'elle a reçues au cours du semestre précédent et la somme des factures qu'elle a payées ou dont elle a notifié le rejet au cours du semestre précédent. Elle en informe l'établissement et, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), transmet l'état liquidatif correspondant au comptable public.

Si le résultat est supérieur à la somme des avances versées au cours du semestre précédent, la caisse de paiement unique verse le complément à l'établissement dans les quinze jours suivant l'établissement de l'état liquidatif.

Si le résultat est inférieur, l'établissement reverse à la caisse de paiement unique le montant de l'excédent des avances qu'il a perçues dans les quinze jours suivant la date de réception de l'état liquidation.

Schéma de facturation en établissement public de santé



2. Production des informations administratives et médicales en établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS en ACE MCO FIDES : le RSF-ACE.

Parallèlement à la facturation des dossiers patients en FIDES, les établissements mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) doivent transmettre un recueil de leur activité externe à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) ([article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Ce recueil est le RSF-ACE (résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes), contenant les informations administratives anonymisées du patient, ainsi que les actes réalisés.

Il n'a pas un but de valorisation puisque la facturation se fait directement auprès de l'Assurance Maladie, mais est un outil d'analyse nationale de l'activité des établissements de santé sur le territoire.

2.1. Production des informations relatives à l'activité en ACE en MCO

2.1.1. Le fichier RSF-ACE

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie et celles nécessaires à la pseudonymisation. Les autres enregistrements le sont ou non selon les prestations dispensées (au moins un enregistrement d'un autre type doit de toute façon être produit).

Les RSF-ACE « B », « P », « H », « C », « M » et « L » enregistrent notamment en MCO :

- les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- les actes médicaux techniques codés selon la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- les actes de la Nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) ;
- les forfaits techniques liés aux actes de scanographie, remnographie et tomographie à émission de positons ;
- les forfaits relatifs aux alternatives à la dialyse en centre (D).

2.1.2. Transmission des informations

La pseudonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié »).

La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé DRUIDES (pour « dispositif de remontée unifiée et intégrée des données des établissements de santé ») fourni par l'ATIH.

La transmission du RSF-ACE s'effectue obligatoirement via la plateforme nationale sécurisée de l'ATIH, appelée e-PMSI (pour Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

- **Mode de Transmission** : la transmission est réalisée par télétransmission sécurisée (avec des protocoles d'échange sécurisés).
- **Fréquence** : les données PMSI sont transmises selon un rythme mensuel sur un mode cumulatif (les données de la période écoulée sont ajoutées à celles des périodes précédentes de l'année civile).

Une fois les données validées par l'ATIH, elles sont disponibles et consultables par l'établissement et par les services des tutelles sur la plateforme e-PMSI.

Le RAFAEL est également transmis à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations doivent être transmis.

3. La facturation du reste à charge patient des ACE MCO en établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS.

3.1. Généralités

Le reste à charge (ou ticket modérateur) est la part des soins non financés après prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le reste à charge peut être pris en charge par le patient directement ou un organisme complémentaire, plus communément appelé « mutuelle », au regard du contrat que chaque patient a signé avec cette dernière.

Dans le cas où le patient n'a pas réglé à sa sortie de consultation, le reste à charge donne lieu à l'émission d'un titre de recettes et d'un avis de sommes à payer, dans les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) (se rapporter à la partie « Créances, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide). Il s'agit de factures pour les établissements mentionnés au b et c du même article.

L'avis de sommes à payer ou la facture peut donc être émis à l'encontre de :

- un particulier en son nom, ou un ayant droit, un parent, un tuteur... : la personne qui est destinataire de la créance ;
- une assurance maladie complémentaire (AMC) : une mutuelle ;
- une assurance privée : en général pour les patients étrangers ;
- tout autre organisme payeur, en dehors de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

3.2. Transmission des informations aux principaux débiteurs

3.2.1. Pour les particuliers

Concernant les établissements publics de santé, l'avis de sommes à payer (ASP) est transmis sous forme papier, et comporte un talon détachable à joindre au règlement. La facture, pour les autres établissements, peut revêtir un format libre, tant qu'elle respecte les mentions obligatoires disposées par l'[article L441-9 - Code de commerce - Légifrance](#).

Il est donné au patient la possibilité de régler le reste à charge par retour de courrier ou par voie électronique. Les sites internet des établissements comportent dans leur grande majorité des liens directs avec les services de la DGFIP ou des services comptables des établissements, afin de faciliter le paiement des créances.

Concernant les informations destinées au trésor public, les titres individuels sont établis par patient et par débiteur, et sont transmis électroniquement.

3.2.2. Pour les organismes complémentaires

Le programme ROC intègre la transmission électronique des informations vers les assurances maladie complémentaire, ainsi que les retours vers les établissements de santé, et ceci pour les établissements mentionnés au a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le logiciel de facturation de l'établissement transmet une facture dématérialisée à l'encontre du débiteur correspondant. Il s'assure du bon acheminement de la facture et génère une alerte en absence de réception. Une alerte est également émise lorsque la facture fait objet d'un rejet.

Le logiciel de facturation intègre également les retours NOEMIE de type « paiement », qui sont automatiquement rapprochés des factures.

Les titres de recettes sont également émis vers la DGFIP par voie électronique pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Pour plus de détails sur le procédé ROC, se référer à la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide.

Concernant les spécificités de la C2S, se reporter à la fiche « le parcours de soins coordonnés » de ce présent guide.

3.2.3. Pour les autres organismes (publics ou privés)

La facture est transmise via le portail Chorus Pro si le destinataire est une entité publique. Ce portail est un outil de dématérialisation des factures vers une entité publique rendu obligatoire dans les établissements de santé depuis 2019.

Pour un envoi vers une entité privée, l'utilisation de Chorus Pro n'est pas requise, et peut se faire de manière libre.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut même prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le processus FIDES (facturation individuelle des établissements de santé) est la **facturation directe** et individuelle des ACE MCO à l'Assurance Maladie, rendue obligatoire pour les établissements publics et ESPIC ex-DG (établissements de santé privés d'intérêt collectif) du champ MCO (sauf dérogations).
- Les actes réalisés en activité libérale dans ces établissements ne sont pas concernés par la transmission en FIDES.
- La demande de paiement de la part complémentaire (ticket modérateur) peut viser un **particulier**, une **assurance maladie complémentaire**, une **assurance privée** (patients étrangers), ou tout autre organisme.



FICHE 21 | La valorisation et facturation des actes et consultations externes (ACE) programmés sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en établissements de santé visés aux d de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTE :

Le recueil des actes et consultations (RSF-ACE), ne s'impose qu'aux établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). En effet, ils ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés au d du même article.

En revanche, pour les personnels salariés des établissements visés au d du même article, les prestations ne nécessitant pas d'hospitalisation donnent lieu à la production d'un RSF (résumé standardisé de facturation).

Le mode de facturation des actes et consultations externes en établissements privés ex-OQN dépend donc du statut du médecin ou du personnel médical exécutant les actes, suivant qu'ils sont libéraux ou salariés de l'établissement dans lequel ils exercent.

1. Production des informations administratives et médicales en ACE MCO

1.1. La facturation de la part de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE MCO pour les praticiens et infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS : le bordereau S3404

En application de l'[article L162-26-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), lorsqu'un établissement visé au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés directement par l'établissement.

De même, lorsqu'un établissement de santé mentionné au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement,

hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues à l'[article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L162-14-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles. Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'[article L162-22-5-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) (suivis de pathologies chroniques), ces honoraires ne peuvent pas être facturés.

Enfin, la facturation des actes de surveillance de grossesse pathologique peut être effectuée, à titre dérogatoire, par les sages-femmes salariées des établissements privés, au tarif conventionnel et sans possibilité de dépassement (Il est à noter que, dans ce cadre, les cliniques concernées sont amenées à demander à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), caisse centralisatrice de paiement, la délivrance de feuilles de soins « sages-femmes » (S 3127) pré-identifiées au nom de l'établissement employeur).

Les actes et consultations externes sont facturés par FINESS géographique, dans la partie basse du bordereau S3404 « relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire ». Le bordereau est signé par le directeur de l'établissement.

1.1.1. Présentation du bordereau S3404

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

[illegible]

11.2. Les différentes parties du bordereau S3404

1. La partie dite « haute » :

Outre la partie supérieure destinée aux renseignements administratifs des patients, elle est destinée à rémunérer l'établissement des frais de structure de soins. On y indique les forfaits hospitaliers (GHS...), forfaits journaliers (FJ), le mode d'entrée et de sortie, etc., cette partie concerne les séjours ou toute autre prestation rémunérant la structure, c'est à dire l'établissement.

frais de structure et de soins (1)												frais de structure et de soins (2)												
transfert	mode de transfert	DMT	prestation	n° GHS	periode		prix unitaire	quantite	coeff.	montant facturé	codes éco.	transfert	mode de transfert	DMT	prestation	n° GHS	periode		prix unitaire	quantite	coeff.	montant facturé	codes éco.	
					du	au											du	au						
sous-total 1												sous-total 2												

2. La partie dite « médiane » :

Elle concerne les médicaments et les produits et prestations (LPP) délivrés pendant les séjours.

produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)												
transfert	mode de transfert	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé
sous-total 3												
sous-total 1+2+3												

3. La partie dite « basse » :

Cette partie est utilisée pour renseigner les actes et consultations des médecins et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes concernant les analyses de laboratoires.

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire															
transfert	n° de cas	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'examinateur	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	autres
									code acte en lettre-clé	actes	actes	actes			
sous-total 4															
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1								n° FINESS établissement 2							
MANDATAIRE(S)															
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)						l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire				☐	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire				☐
signature du directeur de l'établissement															

Dans le cas des professionnels salariés, l'établissement renseigne ici son numéro FINESS en lieu et place de l'identifiant du médecin, afin que les honoraires lui soient versés directement.

1.1.3. La transmission des informations du bordereau S3404

La facturation des ACE s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis à l'Assurance Maladie en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins, etc.) doivent être mises à disposition de l'Assurance Maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique (dans le cadre du dispositif SCOR → dématérialisation des pièces justificatives de la facturation).

Après transmission et contrôle de la part de l'Assurance Maladie, les honoraires sont versés directement à l'établissement de santé, au regard du taux de prise en charge par l'Assurance Maladie appliqué pour chaque patient.

1.2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE MCO pour les praticiens et infirmiers en pratiques avancées (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22 du CSS : le fichier RSF (Résumé Standardisé de Facturation).

La notice technique de l'ATIH : [notice technique atih n cim-mf-1210-3-2014.pdf](#) précise dans son annexe 5 que les établissements privés ex-OQN doivent procéder à la production d'un fichier RSF pour les actes médicaux et consultations externes de leurs médecins salariés.

Parallèlement à l'envoi des bordereaux S3404, les établissements mentionnés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) doivent donc transmettre un recueil de leur activité externe à l'ATIH ([article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), appelé RSF.

La production du RSF n'entraîne pas de modification du rythme de facturation adopté par chaque établissement.

1.2.1. Production des informations relatives à l'activité et à la valorisation des ACE en MCO pour les médecins et IPA salariés des établissements visés au d de l'article L. 162-22 du CSS.

1.2.1.1 Le fichier RSF

On désigne par RSF un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme. L'enregistrement de type « C » est utilisé pour transmettre les codifications des actes et honoraires des professionnels de santé.

Les autres enregistrements sont produits ou non selon les prestations dispensées.

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation et transmis au médecin responsable de l'information médicale.

1.2.1.2 Le contenu du fichier RSF¹

Le RSF reproduit le contenu du bordereau de facturation transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie. Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges inter régime des normes B2 publié par l'Assurance Maladie.

Le RSF « A » contient les variables relatives au numéro de dossier (numéro d'entrée) du patient pour sa consultation, des informations sur son identité et sa couverture sociale, les parts facturées à l'Assurance Maladie, aux organismes complémentaires, etc.

Le RSF « C » indique la spécialité du professionnel exécutant, le code de l'acte effectué, son coefficient, le prix unitaire, les bases de remboursements, les montants remboursés AMO/AMC, le montant des honoraires (dépassement compris), etc.

Certaines informations sont donc présentes dans les deux fichiers.

1.2.2. Transmission des informations

La transmission du RSF s'effectue obligatoirement via la plateforme nationale sécurisée de l'ATIH, appelée e-PMSI (pour Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

Mode de Transmission : la transmission est réalisée par télétransmission sécurisée (avec des protocoles d'échange sécurisés).

Fréquence : les données PMSI sont transmises selon un rythme mensuel sur un mode cumulatif (les données de la période écoulée sont ajoutées à celles des périodes précédentes de l'année civile).

Une fois les données validées par l'ATIH, elles sont disponibles et consultables par l'établissement et par les services des tutelles sur la plateforme e-PMSI.

1. Le contenu et le format des enregistrements du RSF et RSFA est disponible dans le manuel d'utilisation de PIVOINE-ExOQN téléchargeable sur le site internet de l'ATIH.

2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et reste à charge patients pour les praticiens libéraux en MCO ACE dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS

Le règlement des honoraires des médecins libéraux en consultations dans un établissement mentionné au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue comme pour les praticiens de ville, c'est-à-dire sur la base d'une feuille de soins personnalisée.

Le paiement de la part AMO et/ou reste à charge s'effectue donc directement auprès du praticien s'il ne pratique pas l'exonération d'avance de frais. Le remboursement des frais médicaux engagés se pratique également comme en cabinet de ville.

Pour plus d'information : [Facturation des établissements | ameli.fr | Établissement](#)

3. La facturation du reste à charge pour les praticiens et IPA ayant choisi le mode d'exercice salarié en MCO ACE dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS

3.1. Généralités

À l'issue de sa consultation, si le patient n'est pas exonéré du ticket modérateur, il doit s'acquitter d'un reste à charge. Ce reste à charge donne lieu à l'émission d'une facture.

La facture peut être émise à l'encontre de :

- un particulier en son nom, ou un ayant droit, un parent, un tuteur... : la personne qui est destinataire de la créance ;
- une assurance maladie complémentaire (AMC) : une mutuelle ;
- une assurance privée : en général pour les patients étrangers ;
- tout autre organisme payeur, en dehors de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

3.2 La transmission des informations aux principaux débiteurs

■ Pour les particuliers :

La facture est transmise sous forme papier, comportant les informations de reste à charge.

Cette même facture peut être transmise également par voie électronique (suivant les possibilités techniques de l'établissement) si le patient n'a pas pu régler à la sortie de la consultation ou de l'examen.

Il est aussi donné au patient la possibilité de régler par voie électronique. Les sites internet des établissements comportent dans leur grande majorité des liens directs avec les services administratifs concernés, afin de faciliter le paiement des créances.

■ Pour les organismes complémentaires :

Pour rappel, l'avenant n°1 du 12 décembre 2022 à l'accord national de pilotage du dispositif ROC signé le 12 décembre 2021, ouvre le périmètre du dispositif à l'ensemble des établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), en MCO, HAD, SMR et Psychiatrie.

Le programme ROC intègre la transmission électronique des informations vers les assurances maladie complémentaires, ainsi que les retours vers les établissements de santé, et ceci pour les établissements mentionnés au a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le logiciel de facturation de l'établissement transmet une facture dématérialisée à l'encontre du débiteur correspondant. Il s'assure du bon acheminement de la facture et génère une alerte en absence de réception. Une alerte est également émise lorsque la facture fait objet d'un rejet.

Le logiciel de facturation intègre également les retours NOEMIE de type « paiement », qui sont automatiquement rapprochés des factures.

Pour plus d'informations sur le procédé ROC, se référer à la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide.

■ Pour les autres organismes (État, privés...) :

La facture est transmise via le portail Chorus Pro si le destinataire est une entité publique. Ce portail est un outil de dématérialisation des factures vers une entité publique rendu obligatoire dans les établissements de santé depuis 2019.

Pour un envoi vers une entité privée, l'utilisation de Chorus Prio n'est pas requise.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut même prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La facturation des Actes et Consultations Externes (ACE) en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) pour les établissements de santé privés visés aux d de l'article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale (CSS) dépend du statut d'exercice du professionnel de santé (salarié ou libéral) :
 - professionnels salariés : facturation par l'établissement, via la partie basse du bordereau S3404.
 - professionnels libéraux : comme pour les soins de ville, via la feuille de soins personnalisée du professionnel.
- Le S3404 est transmis avec les flux de facturation B2 (télétransmission en norme B2).
- Les actes et consultations externes des professionnels salariés sont soumis à la production d'un RSF (Résumé Standardisé de Facturation).



Le champs soins médicaux et de réadaptation (SMR)

FICHE 22 | La valorisation et facturation des actes et consultations externes (ACE) programmés sur le champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR) en établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTE :

En SMR, la valorisation de la part prise en charge par l'Assurance Maladie des actes et consultations externes suit des circuits différents selon le type de facturation de chaque établissement de ces prestations :

- hors Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES) : pour les établissements qui ne pratiquent pas à ce jour la facturation individuelle des établissements de santé. La valorisation passe alors par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).
- en Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES) : pour les établissements qui ont « basculé » en facturation individuelle.

Attention : tous les établissements SMR (sauf rares exceptions) doivent avoir basculé en facturation directe au 31/12/2026. La valorisation par l'ATIH ne se fera plus après cette date pour les établissements n'ayant pas effectué la bascule.

De même, pour tout établissement qui démarrerait une activité d'ACE d'ici cette date, le démarrage ne pourra se faire qu'en FIDES.

1. Production des informations administratives et médicales en SMR, valorisation hors FIDES

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent, pour leur activité externe, un résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes (RSF-ACE).

Pour les établissements qui ne sont pas à ce jour en FIDES, ce fichier RSF-ACE sert de base à la valorisation de leur activité par les services de l'ATIH.

1.1. Production des informations relatives à l'activité et à la valorisation des ACE en SMR

1.1.1. Le fichier RSF-ACE

On désigne par RSF-ACE un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie et celles nécessaires à la pseudonymisation. Les autres enregistrements le sont ou non selon les prestations dispensées (au moins un enregistrement d'un autre type doit de toute façon être produit).

Les RSF-ACE « B », « P », « H », « C », « M » et « L » enregistrent notamment en SMR :

- les consultations des médecins et les actes des personnels paramédicaux au moyen des lettres-clés de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ;
- les actes médicaux techniques codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM).

1.1.2. Transmission des informations

La pseudonymisation du RSF-ACE est à l'origine du RAFAEL (pour « résumé anonyme de facturation de l'activité externe lié »).

La production du RAFAEL est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle résulte d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé DRUIDES (pour « dispositif de remontée unifiée et intégrée des données des établissements de santé ») fourni par l'ATIH.

La transmission du RSF-ACE s'effectue obligatoirement via la plateforme nationale sécurisée de l'ATIH, appelée e-PMSI.

- **Mode de Transmission** : la transmission est réalisée par télétransmission sécurisée (avec des protocoles d'échange sécurisés).
- **Fréquence** : les données PMSI sont transmises selon un rythme mensuel sur un mode cumulatif (les données de la période écoulée sont ajoutées à celles des périodes précédentes de l'année civile).

Une fois les données validées par l'ATIH, elles sont disponibles et consultables par l'établissement et par les services des tutelles sur la plateforme e-PMSI.

Le RAFAEL est également transmis à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations doivent être transmis.

2 La facturation directe de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) des établissements publics de santé et Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC) ex-DG mentionnés au a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS en SMR : FIDES

2.1. Généralités

Le décret n° 2018-513 du 26 juin 2018 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé visés au a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) fixe la date de facturation en FIDES-ACE au plus tard le 1^{er} mars 2020 pour les activités de SMR pour les établissements disposant par ailleurs d'une autorisation pour une des activités mentionnées au 1^o du même article, et au plus tard le 1^{er} mars 2022 pour les autres.

De manière générale, FIDES concerne les soins hospitaliers suivants :

- les actes et consultations externes visés à l'article l'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - légifrance](#) (y compris les forfaits techniques d'imagerie, pour le MCO),
- la rétrocession de médicaments (concerne le MCO),
- la facturation de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et des prestations aux migrants (dites « Relations Internationales » ou « RI »).

Ne sont pas inclus dans le périmètre de la facturation individuelle les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein.

2.2. Prérequis à la facturation directe à l'Assurance Maladie

Afin de pouvoir transmettre les bordereaux de facturation, les établissements doivent être équipés d'un logiciel de facturation certifié FIDES par le Centre National de Dépôt et d'Agrément (CNDP).

Le GIE SESAM-Vitale met à disposition des éditeurs de logiciels un cahier des charges dans lequel sont écrites l'ensemble des règles de facturation pour les actes et consultations externes.

Une fois équipé, l'établissement de santé peut transmettre ses factures individuelles vers l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) à chaque épisode de soins tout en respectant la norme de télétransmission, appelée Norme B2.

L'Assurance Maladie fait un retour sur la situation de la facturation, et notamment des rejets, via un flux dont la norme d'échange est appelée NOEMIE.

Enfin, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), la transmission dématérialisée des titres de recettes vers le trésor public est véhiculée par la norme PES (Protocole d'Echange Standard), dite PES V2¹.

1. Le protocole d'échange standard (PES) | collectivites-locales.gouv.fr

2.3. La transmission des informations

Les établissements transmettent de façon dématérialisée les factures et avis de sommes à payer (ASP) aux caisses de paiement unique (CPU). La CPU est la caisse d'Assurance Maladie qui assure le paiement des factures pour le compte de l'ensemble des régimes d'Assurance Maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement de santé. C'est cette dernière, en sa qualité d'interlocutrice unique pour les établissements, qui fait suivre ces factures à la « caisse gestionnaire », à savoir la caisse dont dépend l'assuré qui a bénéficié des soins.

Dans le même temps, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bordereaux de titres de recettes sont envoyés vers le comptable public (se référer à la partie « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide).

La « caisse gestionnaire » examine la facture dans le cadre d'un premier contrôle et dispose d'un délai de 8 jours pour procéder à la liquidation ou au rejet du dossier :

■ si le dossier est accepté, la « caisse de paiement unique » paie l'établissement de santé dans un délai de 12 jours et lui adresse parallèlement les informations administratives relatives aux versements réalisés et aux titres acquittés. Ce paiement est effectué au moyen d'un virement bancaire sur le compte du comptable public de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ou sur le compte de l'établissement lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au b ou c du même article.

La caisse de paiement unique adresse :

- les informations nécessaires à l'identification des factures et des titres de recette acquittés dans le cas des établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), à l'établissement et à son comptable public.
- les factures, dans le cas des établissements mentionnés aux b et c du même article, directement à l'établissement.

■ En cas de rejet, cette même caisse adresse dans les mêmes délais les motifs de rejet indiqués par la « caisse gestionnaire » à l'établissement concerné qui doit alors annuler la facture, sauf s'il estime devoir contester ce rejet. Le comptable public est également averti du motif du rejet et de la référence de la facture lorsqu'il s'agit d'un établissement mentionné au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Les informations de rejets sont principalement transmises par courriel sur une ou plusieurs adresses dédiées de l'établissement.

La « caisse gestionnaire » examine par la suite dans le cadre d'un second contrôle les factures après leur règlement par la caisse de paiement unique. Si elle détecte une anomalie de facturation justifiant le remboursement des sommes payées, elle saisit l'établissement concerné à des fins de remboursement de l'indu.

Le remboursement de l'indu est assuré au moyen d'un virement bancaire à la caisse gestionnaire. Lorsque l'erreur de facturation concerne un établissement mentionné au a de [l'article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), ce virement est effectué en exécution d'un titre d'annulation émis par l'ordonnateur de cet établissement si l'indu porte sur un encaissement de l'exercice courant ou d'un mandat de dépense émis par le même ordonnateur si l'indu porte sur un encaissement d'un exercice antérieur.

En cas d'annulation par un établissement d'une facture payée, celui-ci adresse sans délai à la caisse gestionnaire un bordereau d'annulation.

La caisse gestionnaire en informe la caisse de paiement unique.

2.4. La gestion des avances de trésorerie sur prestations de soins

L'[article R174-2-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) stipule que la caisse de paiement unique verse à chaque établissement une avance mensuelle de trésorerie calculée pour chaque mois calendaire sur la base des factures émises par l'établissement.

Les modalités de liquidation et de paiement de cette avance de trésorerie sont les suivantes :

- le quinze de chaque mois, la caisse de paiement unique verse à l'établissement une avance dont le montant est égal à la différence, lorsqu'elle est positive, entre, d'une part, la somme des factures reçues au cours du mois précédent et, d'autre part, la somme des factures qu'elle a payées ou des factures dont elle a notifié le rejet au cours du mois précédent ;

- les 5 janvier et 5 juillet de chaque année au plus tard, la caisse de paiement unique calcule la différence entre la somme des factures qu'elle a reçues au cours du semestre précédent et la somme des factures qu'elle a payées ou dont elle a notifié le rejet au cours du semestre précédent. Elle en informe l'établissement et, pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), transmet l'état liquidatif correspondant au comptable public.

Si le résultat est supérieur à la somme des avances versées au cours du semestre précédent, la caisse de paiement unique verse le complément à l'établissement dans les quinze jours suivant l'établissement de l'état liquidatif.

Si le résultat est inférieur, l'établissement reverse à la caisse de paiement unique le montant de l'excédent des avances qu'il a perçues dans les quinze jours suivant la date de réception de l'état liquidatif.

2.5. La production du RSF-ACE en facturation FIDES

Parallèlement à la facturation des dossiers patients en FIDES, les établissements mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) doivent transmettre un recueil de leur activité externe à l'ATIH ([article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

Ce recueil est le même que pour la valorisation par l'ATIH : le RSF-ACE (Résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes), contenant les informations administratives anonymisées du patient, ainsi que les actes réalisés.

Il n'a pas un but de valorisation puisque la facturation se fait directement auprès de l'Assurance Maladie, mais est un outil d'analyse nationale de l'activité des établissements de santé sur le territoire.

Pour le mode de transmission des informations, voir la partie 1. De cette présente fiche.

3. La facturation du reste à charge patient en ACE SMR en établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS.

3.1. Généralités

Le reste à charge (ou ticket modérateur) est la part des soins non financés après prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire. Le reste à charge peut être pris en charge directement par le patient, ou par un organisme complémentaire, plus communément appelé « mutuelle », au regard du contrat que chaque patient a avec cette dernière.

Dans le cas où le patient n'a pas réglé à sa sortie de consultation, le reste à charge donne lieu à l'émission d'un titre de recettes et d'un avis de sommes à payer (ASP), dans les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) (se rapporter à la fiche « créances, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide). Il s'agit de factures pour les établissements mentionnés au b et c du même article.

L'ASP ou la facture peut donc être émis à l'encontre de :

- un particulier en son nom, ou un ayant droit, un parent, un tuteur... : la personne qui est destinataire de la créance ;
- une assurance maladie complémentaire (AMC) : une mutuelle ;
- une assurance privée : en général pour les patients étrangers ;
- tout autre organisme payeur, en dehors de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

3.2. Transmission des informations aux principaux débiteurs

3.2.1. Pour les particuliers

L'ASP pour les établissements publics est transmis sous forme papier, et comporte un talon détachable à joindre au règlement. La facture pour les autres établissements peut revêtir un format libre, tant qu'elle respecte les mentions obligatoires stipulées à l'[article L441-9 - Code de commerce - Légifrance](#).

Il est donné au patient la possibilité de régler le reste à charge par retour de courrier ou par voie électronique. Les sites internet des établissements comportent aujourd'hui dans leur grande majorité des liens directs avec les services du Trésor (la DGFIP) ou des services comptables des établissements, afin de faciliter le paiement des créances.

Concernant les informations destinées au trésor public, les titres individuels sont établis par patient et par débiteur, et sont transmis électroniquement.

3.2.2. Pour les organismes complémentaires

Le programme ROC (Retour des Organismes Complémentaires) intègre la transmission électronique des informations vers les assurances maladie complémentaires, ainsi que les retours vers les établissements de santé, et ceci pour les établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le logiciel de facturation de l'établissement transmet une facture dématérialisée à l'encontre du bon débiteur. Il s'assure du bon acheminement de la facture et génère une alerte en absence de réception. Une alerte est également émise lorsque la facture fait objet d'un rejet.

Le logiciel de facturation intègre également les retours NOEMIE de type « paiement », qui sont automatiquement rapprochés des factures.

Les titres de recettes sont également émis vers la DGFIP par voie électronique pour les établissements mentionnés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

3.2.3. Pour les autres organismes (publics ou privés)

La facture ou ASP est transmise via le portail Chorus Pro. Ce portail est un outil de dématérialisation des factures rendu obligatoire dans les établissements de santé depuis 2019.

Les titres de recettes à destination du trésor public sont émis comme pour les autres débiteurs.

POINTS CLÉS À RETENIR :

— Comme pour le MCO, la valorisation de l'activité externe en **SMR** en établissements ex-DG est soumise aux dispositions FIDES. Cependant, tous les établissements à ce jour n'ont pas basculé en FIDES, et la valorisation de cette activité passe pour ces derniers par des remontées à l'ATIH.



FICHE 23 | La valorisation et facturation des actes et consultations externes (ACE) programmés sur le champ des soins médicaux et de réadaptation (SMR) en établissements de santé visés aux d de l'article L.162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTE :

Le recueil des actes et consultations externes exposés dans la fiche « Valorisation et facturation des ACE programmés sur le champ SMR en établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) » de ce présent guide (RSF-ACE), ne s'impose qu'aux établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). En effet, ils ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés au d.

En revanche, pour les personnels salariés des établissements visés au d du même article, les prestations ne nécessitant pas l'hospitalisation donnent lieu à la production d'un RSF (résumé standardisé de facturation).

Le mode de facturation des actes et consultations externes en établissements ex-OQN dépend du statut du médecin ou du personnel médical exécutant les actes, suivant qu'ils sont libéraux ou salariés de l'établissement dans lequel ils exercent.

1. Production des informations administratives et médicales en ACE SMR

1.1. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE SMR pour les praticiens et infirmiers en pratiques avancées (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS : le bordereau S3404

En application de l'[article L162-26-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), lorsqu'un établissement du d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement.

De même, lorsqu'un établissement de santé mentionné au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement, hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues à l'[article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L162-14-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles. Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'[article L162-22-5-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), ces honoraires ne peuvent pas être facturés.

Les actes et consultations externes sont facturés par FINESS géographique, dans la partie basse du bordereau S3404 « relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire ». Le bordereau est signé par le directeur de l'établissement.

Les actes et consultations externes sont facturés par FINESS géographique, dans la partie basse du bordereau S3404 « relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire ». Le bordereau est signé par le directeur de l'établissement.

1.1.1. Présentation du bordereau S3404

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

[illegible]

1.1.2. Les différentes parties du bordereau S3404

Outre la partie supérieure destinée aux renseignements administratifs des patients, Il se compose de trois parties :

1. La partie dite « haute » :

Elle est destinée à rémunérer l'établissement des frais de structure de soins. On y indique les GMT, FJ, le mode d'entrée et de sortie, etc., cette partie concerne les séjours ou toute autre prestation rémunérant la structure, c'est à dire l'établissement.

Frais de structure et de soins (1)										Frais de structure et de soins (2)									
transfert médicaments DMT	prestation	n° CHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exos.	transfert médicaments DMT	prestation	n° CHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes
			du	au									du	au					
sous-total 1										sous-total 2									

2. La partie dite « médiane » :

Elle concerne les médicaments et les produits et prestations (LPP) délivrés pendant les séjours,

[illegible]

3. La partie dite « basse » :

Cette partie est utilisée pour renseigner les actes et consultations des médecins et auxiliaires médicaux, ainsi que les actes concernant les analyses de laboratoires

[illegible]

Dans le cas des professionnels salariés, l'établissement renseigne ici son numéro FINESS en lieu et place de l'identifiant du médecin, afin que les honoraires lui soient versés directement.

1.1.3. La transmission des informations du bordereau S3404

La facturation des ACE s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis à l'Assurance Maladie en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins, etc.) doivent être mises à disposition de l'Assurance Maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique (dans le cadre du dispositif SCOR → dématérialisation des pièces justificatives de la facturation).

Après transmission et contrôle de la part de l'Assurance Maladie, les honoraires sont versés directement à l'établissement de santé.

1.2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE SMR pour les praticiens et infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS : le fichier RSF (Résumé Standardisé de Facturation)

La notice technique de l'ATIH : [notice technique atih n cim-mf-1210-3-2014.pdf](#) précise dans son annexe 5 que les établissements ex-OQN doivent procéder à la production d'un fichier RSF pour les actes médicaux et consultations externes de leurs médecins salariés.

Parallèlement à l'envoi des bordereaux S3404, les établissements mentionnés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) doivent donc transmettre un recueil de leur activité externe à l'ATIH ([article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

1.2.1. Production des informations relatives à l'activité et à la valorisation des ACE en SMR pour les médecins et IPA salariés des établissements visés au d de l'article L. 162-22 du CSS.

1.2.1.1 Le fichier RSF

On désigne par RSF un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie et celles nécessaires au chainage anonyme. L'enregistrement de type « C » est utilisé pour transmettre les codifications des actes et honoraires des professionnels de santé.

Les autres enregistrements sont produits ou non selon les prestations dispensées.

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation et transmis au médecin responsable de l'information médicale.

1.2.1.2 Le contenu du fichier RSF¹

Le RSF reproduit le contenu du bordereau de facturation transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie. Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges inter régime des normes B2 publié par l'Assurance Maladie.

Le RSF « A » contient les variables relatives au numéro de dossier (numéro d'entrée) du patient pour sa consultation, des informations sur son identité et sa couverture sociale, les parts facturées à l'Assurance Maladie, aux organismes complémentaires, etc.

Le RSF « C » indique la spécialité du professionnel exécutant, le code de l'acte effectué, son coefficient, le prix unitaire, les bases de remboursements, les montants remboursés AMO/AMC, le montant des honoraires (dépassement compris), etc.

Certaines informations sont donc présentes dans les deux fichiers.

1.2.2. Transmission des informations

La transmission du RSF s'effectue obligatoirement via la plateforme nationale sécurisée de l'ATIH, appelée e-PMSI.

■ **Mode de Transmission** : la transmission est réalisée par télétransmission sécurisée (avec des protocoles d'échange sécurisés).

■ **Fréquence** : les données PMSI sont transmises selon un rythme mensuel sur un mode cumulatif (les données de la période écoulée sont ajoutées à celles des périodes précédentes de l'année civile).

Une fois les données validées par l'ATIH, elles sont disponibles et consultables par l'établissement et par les services des tutelles sur la plateforme e-PMSI.

1. Le contenu et le format des enregistrements du RSF et RSFA est disponible dans le manuel d'utilisation de PIVOINE-ExOQN téléchargeable sur le site internet de l'ATIH.

2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du reste à charge en ACE SMR pour les praticiens libéraux dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS

Le règlement des honoraires des médecins libéraux en consultations dans un établissement mentionné au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue comme pour les praticiens de ville, c'est-à-dire sur la base d'une feuille de soins personnalisée.

Le paiement de la part AMO et/ou reste à charge s'effectue donc directement auprès du praticien s'il ne pratique pas l'exonération d'avance de frais. Le remboursement des frais médicaux engagés se pratique également comme en cabinet de ville.

Pour plus d'information : [Facturation des établissements | ameli.fr | Établissement](#)

3. La facturation du reste à charge pour les praticiens et IPA ayant choisi le mode d'exercice salarié en SMR ACE dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS

3.1. Généralités

À l'issue de sa consultation, si le patient n'est pas exonéré du ticket modérateur, il doit s'acquitter d'un reste à charge. Ce reste à charge donne lieu à l'émission d'une facture.

La facture peut être émise à l'encontre de :

- un particulier en son nom, ou un ayant droit, un parent, un tuteur... : la personne qui est destinataire de la créance.
- une assurance maladie complémentaire (AMC).
- une assurance privée : en général pour les patients étrangers.
- tout autre organisme payeur, en dehors de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

3.2. La transmission des informations aux principaux débiteurs

■ Pour les particuliers :

La facture est transmise sous forme papier, comportant les informations de reste à charge.

Cette même facture peut être transmise également par voie électronique (suivant les possibilités techniques de l'établissement) si le patient n'a pas pu régler à la sortie de la consultation ou de l'examen.

Il est aussi donné au patient la possibilité de régler par voie électronique. Les sites internet des établissements comportent aujourd'hui dans leur grande majorité des liens directs avec les services administratifs concernés, afin de faciliter le paiement des créances.

■ Pour les organismes complémentaires :

Pour rappel, l'avenant n°1 du 12 décembre 2022 à l'accord national de pilotage du dispositif ROC signé le 12 décembre 2021, ouvre le périmètre du dispositif à l'ensemble des établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), en MCO, HAD, SMR et Psychiatrie.

Le programme ROC intègre la transmission électronique des informations vers les assurances maladie complémentaires, ainsi que les retours vers les établissements de santé, et ceci pour les établissements mentionnés au a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le logiciel de facturation de l'établissement transmet une facture dématérialisée à l'encontre du débiteur correspondant. Il s'assure du bon acheminement de la facture et génère une alerte en absence de réception. Une alerte est également émise lorsque la facture fait objet d'un rejet.

Le logiciel de facturation intègre également les retours NOEMIE de type « paiement », qui sont automatiquement rapprochés des factures.

Pour plus d'informations sur le procédé ROC, se référer à la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide.

■ Pour les autres organismes (État, privés...) :

La facture est transmise via le portail Chorus Pro si le destinataire est une entité publique. Ce portail est un outil de dématérialisation des factures vers une entité publique rendu obligatoire dans les établissements de santé depuis 2019.

Pour un envoi vers une entité privée, l'utilisation de Chorus Prio n'est pas requise.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut même prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La facturation des **Actes et Consultations Externes (ACE) en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)** pour les établissements de santé privés visés aux d de l'[article L. 162-22 du Code de la sécurité sociale \(CSS\)](#) dépend principalement du **statut d'exercice du professionnel de santé** (salarié ou libéral) :
 - professionnels salariés : facturation par l'établissement, via la partie basse du bordereau S3404.
 - professionnels libéraux : comme pour les soins de ville, via la feuille de soins personnalisée du professionnel.
- Un fichier RSF doit être produit pour le recueil des ACE des praticiens et IPA libéraux salariés.



Le champ de la psychiatrie

FICHE 24 | La valorisation et facturation de l'activité ambulatoire sur le champ PSY en établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTES :

Les activités de psychiatrie ne sont pas concernées par la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), que ce soit en séjours ou en activité externe et ambulatoire. L'[article L162-26 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que pour les activités de psychiatrie, la part prise en charge par l'Assurance Maladie des consultations et actes externes est incluse dans les dotations mentionnées à l'[article L162-22-19 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

1. Le financement de l'activité ambulatoire en psychiatrie dans les établissements visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du CSS

L'activité de psychiatrie est financée, pour la part prise en charge par l'Assurance Maladie, et notamment sa partie d'activité ambulatoire, par des dotations.

Ces dotations sont définies dans l'[article L162-22-19 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) comme suit :

1° Une dotation résultant de la répartition de la dotation populationnelle mentionnée au II de l'[article L162-22-18 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), tenant compte de la contribution de l'établissement à la réponse aux besoins de santé du territoire tels que définis dans le projet territorial de santé mentale ;

2° Des dotations tenant compte de l'activité de l'établissement et, le cas échéant, des missions spécifiques qu'il assure ou auxquelles il participe ;

3° La dotation prévue à l'[article L162-23-15 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), lorsque l'établissement atteint des résultats évalués à l'aide d'indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins, mesurés tous les ans par établissement ;

4° Le cas échéant, des crédits issus de la dotation mentionnée à l'[article L162-22-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) pour le financement des activités de recherche en psychiatrie.

Le montant de ces dotations est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement. Ce montant est établi :

1° Pour la dotation populationnelle, en fonction de critères définis au niveau régional après avis des associations d'usagers et de représentants des familles ainsi que des organisations nationales représentatives des établissements de santé en région. Ces critères peuvent faire l'objet d'un encadrement par décret en Conseil d'État ;

2° Pour les dotations d'activité et missions spécifiques, en fonction de critères fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale liés à la nature, au volume et à l'évolution de ses activités et, le cas échéant, à ses missions spécifiques ;

3° Pour la dotation qualité, selon des modalités de calcul fixées par arrêté dans les conditions prévues à l'[article L162-23-15 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ;

4° Pour la dotation de recherche, dans les conditions prévues à l'[article R162-31-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

L'activité médicale est transmise à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) pour valorisation de la dotation activité et missions spécifiques.

La description de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) en psychiatrie des établissements de santé publics et privés repose sur le recueil systématique de données administratives, démographiques, médicales et de prise en charge, normalisées. Ce recueil s'inscrit dans la logique des dispositions de l'[article L6113-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et de l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), qui s'appliquent aux établissements de santé publics, en matière d'analyse de leur activité.

Les établissements de santé publics, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité en psychiatrie, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

La description de l'activité en psychiatrie dans le cadre du PMSI concerne l'activité ambulatoire qui va au-delà de l'activité de consultation. Le recueil couvre les prises en charge ambulatoires sous forme de *résumé d'activité ambulatoire (RAA)*.

Les résumés d'informations sur l'activité et sa facturation sont rendus anonymes avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI).

Les règles de recueil du PMSI sont fixées dans l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'[article L6113-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) (arrêté « PMSI-psychiatrie »). Cet arrêté contient une annexe, le guide méthodologique de production du recueil d'information médicalisé en psychiatrie. Cette annexe contient le détail des règles de production du PMSI psychiatrie.

2. Production des informations administratives et médicales en Psychiatrie en ambulatoire

La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie public repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées. Ce recueil, nommé recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) comporte deux supports, dont le résumé d'activité ambulatoire (RAA) pour les consultations et soins externes, réservé aux établissements anciennement financés par dotation annuelle de financement (ex-DAF).

L'anonymisation du RAA est à l'origine du résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A). Le R3A est transmis à l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé.

2.1. Production des informations relatives à l'activité en Psychiatrie : le RIM-P

2.1.1. Définition et champ du recueil RIM-P

Le recueil s'impose exclusivement aux établissements de santé, publics et privés, de métropole et des départements d'outremer, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'[article L6122-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

Sont également concernés les établissements publics de santé spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées en application de l'[article L6141-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#) ainsi que les hôpitaux du service de santé des armées, conformément à l'[article L6147-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article L6147-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#).

Sont exclues du champ du recueil les activités réalisées par des structures relevant du champ médicosocial en application de l'[article L312-1 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#).

Par exemple : sont exclues les activités réalisées par les centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Les informations sont recueillies à l'échelon de l'**unité médicale**. On désigne par unité médicale (UM) un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Le découpage en UM est en effet du ressort de l'établissement. Toutefois, pour des raisons de cohérence entre les modalités médicales et comptables de découpage, une UM ne peut appartenir qu'à une section d'analyse comptable (SA), elle ne peut pas être partagée entre deux SA.

Le découpage en UM doit être conforme au fichier-structure de l'établissement et cohérent avec les formes d'activité répertoriées dans le point 2.1.2 ci-dessous : une UM doit exercer une seule forme d'activité.

Les établissements ont la possibilité de définir des unités médicales pour des activités spécifiques, par exemple, des unités de gérontopsychiatrie, pour adolescents, pour malades agités et perturbateurs (UMAP), de soins intensifs en psychiatrie (USIP)... Lorsque ces unités sont constituées en dispositif intersectoriel formalisé de type fédération, département ou service, elles doivent être identifiées par un code spécifique de dispositif intersectoriel.

2.1.2. Formes d'activité recueillies dans le RIMP-P en ambulatoire

Le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge :

- à temps complet ;
- à temps partiel ;
- **ambulatoire.**

Les prises en charges ambulatoires qui nous intéressent ici recouvrent :

- les prises en charge par le centre médicopsychologique (CMP) ;
- les prises en charge par le centre d'accueil thérapeutique et de temps de groupe (CATTG) ;
- les prises en charges en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTG.

Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial. Elle inclut aussi l'activité libérale ambulatoire des praticiens hospitaliers ; celle-ci doit pouvoir être distinguée de l'activité non libérale.

Les prises en charge ambulatoires donnent lieu à la production de résumé d'activité ambulatoire (RAA).

Sont exclues du dispositif :

- l'activité d'expertise ([article D162-6 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)) ;
- les actions pour la communauté ;
- les consultations de psychiatrie effectuées sur la voie publique au bénéfice des personnes sans domicile.

Les informations relatives aux prises en charge ambulatoires sont enregistrées sous la forme d'un résumé d'activité ambulatoire (RAA). Le RAA est essentiellement un relevé d'actes. Les actes sont enregistrés selon la grille EDGARX (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion, téléexpertise psychiatrique).

Le relevé d'actes – au sens de la grille EDGARX – s'applique uniquement aux activités réalisées dans le cadre de soins ambulatoires, par exemple :

- prise en charge par le centre médicopsychologique (CMP) ;
- prise en charge par le centre d'accueil thérapeutique et de temps de groupe (CATTG) ;
- psychiatrie de liaison, qu'il s'agisse de patients hospitalisés ou en consultation externe dans les autres champs d'activité d'un établissement de santé ;
- activité dans un établissement médicosocial ;
- soins dispensés dans le service d'accueil des urgences du même établissement.

Il s'agit de relever les actes effectués :

- en présence du patient ;
- en l'absence du patient, mais qui contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient (cas par exemple de la « démarche » ou de la « réunion clinique »).

On recueille, par patient et par jour, les actes effectués dans le cadre d'une prise en charge ambulatoire en indiquant conformément à la grille EDGARX le nombre et la nature des actes, le lieu, et le type d'intervenant pour chacun des actes.

2.1.3.1 Le contenu du recueil des résumés d'activité ambulatoire (RAA)

Le recueil recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires d'accueil et de soins en centre médicopsychologique (CMP), les prises en charges en centre d'accueil thérapeutique et de temps de groupe (CATTG) et les consultations réalisées dans un autre lieu. Cette activité concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial.

Ce recueil ne concerne en aucun cas un acte effectué pour un patient pris en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise. En revanche, les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité peuvent voir recueillir un acte ambulatoire.

Les actes effectués pour un patient pris en charge à temps partiel dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement ne doivent être comptabilisés que s'ils n'ont pas lieu pendant le même temps de prise en charge.

Exemple : un patient vient en hôpital de jour le matin et rencontre un psychologue en CMP l'après-midi. Une venue d'une demi-journée en hospitalisation de jour et un acte en CMP sont enregistrés. En revanche, il est impossible de compter deux prises en charge (l'une à temps partiel, l'autre ambulatoire) ayant lieu pendant la même demi-journée. Dans un tel cas, seule la prise en charge à temps partiel fait l'objet d'un enregistrement.

Lorsqu'une prise en charge est motivée par des difficultés de la relation entre une mère et son nouveau-né, l'enfant ou la mère (ou les deux) peuvent faire l'objet d'actes.

Le lien entre les différents actes ambulatoires, comme les éventuelles prises en charge à temps complet ou à temps partiel pour un même patient, se fait par l'intermédiaire de l'identifiant permanent du patient (IPP).

Pour chaque acte réalisé, les informations suivantes sont renseignées :

- numéro FINESS d'inscription e-PMSI et géographique
- numéro de secteur ou dispositif intersectoriel
- numéro d'unité médicale
- forme d'activité : pour chaque acte, elle est renseignée avec un des codes suivants :
 - code 30 → Prises en charge par le centre médicopsychologique (CMP)
 - code 31 → Prise en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTG (concerne notamment la psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médicosocial)
 - code 31S : prise en charge en ambulatoire par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTG en établissement pénitentiaire
 - code 31P : prise en charge en ambulatoire, en psychiatrie périnatale, par d'autres dispositifs que le CMP et le CATTG.
 - code 32 → Prise en charge par le centre d'accueil thérapeutique et de temps de groupe (CATTG)
 - code 32S : prise en charge par le CATTG en établissement pénitentiaire.
- numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans l'entité juridique
- date de naissance
- sexe
- code postal de résidence
- mode légal des soins : le mode légal de soins reflète la capacité à donner « son consentement » aux soins. Les personnes prises en charge dans le cadre des injonctions de soins le sont après recueil de leur consentement. Le mode légal de soins est alors « 01 soins psychiatriques libres ».
- diagnostic principal ou motif de prise en charge principal
- diagnostics et facteurs associés : il est possible de renseigner jusqu'à 99 diagnostics et facteurs associés par RAA.
- indicateur d'activité libérale : en cas de réalisation de l'acte dans le cadre de l'activité libérale des praticiens des hôpitaux publics, l'indicateur doit être renseigné par la lettre « L ». Dans les autres cas l'indicateur reste « à blanc ».
- date de l'acte
- nature de l'acte
- lieu de l'acte
- catégorie professionnelle de l'intervenant
- nombre d'intervenants
- modalité de réalisation de l'acte

2.1.3.2 La constitution du fichier d'activité ambulatoire

La constitution de fichiers d'activité ambulatoire concerne l'ensemble des établissements ayant une activité de psychiatrie ambulatoire visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) du code de la sécurité sociale.

Chaque mois, un fichier d'activité ambulatoire doit être produit sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il s'agit d'un fichier détaillé constitué par tous les résumés d'activité ambulatoire dont la date de réalisation est comprise entre le 1^{er} janvier et la fin du mois civil considéré. Il comprend les informations décrites au point 2.1.3.1.

2.1.3.3 Le résumé d'activité ambulatoire anonyme (R3A)

La production de résumés d'activité ambulatoire anonymes est effectuée par PIVOINE-DGF à partir du fichier d'activité ambulatoire détaillé.

Les variables suivantes ne figurent pas dans le résumé d'activité ambulatoire anonyme :

- l'identifiant permanent du patient (IPP) ;
- l'unité médicale.

Les variables suivantes sont ajoutées :

- le résultat du cryptage irréversible de l'IPP par une technique de hachage distincte de celle mise en œuvre pour le chaînage ;
- l'âge calculé à la date de réalisation de l'acte, en années, ou en jours pour les enfants de moins d'un an à cette date ;
- le code géographique attribué selon une liste convenue au niveau national ;
- le mois et l'année de la date de réalisation de l'acte ;
- Un code (dit code-retour) indiquant la présence éventuelle d'une non-conformité parmi les informations du RAA ;
- Un numéro séquentiel d'unité médicale.

2.2. Chaînage des données patients pris en charge en ambulatoire

Les informations en activité ambulatoire de psychiatrie dans les établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) sont véhiculées vers l'ATIH via le fichier VID-IPP.

VID-IPP contient les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chaînage des résumés d'activité ambulatoire anonymes. Il associe, pour chaque Identifiant Permanent du Patient (IPP) pris en charge en ambulatoire, les données nécessaires à la création du N° de chaînage.

Ce fichier comporte les variables suivantes (le recueil de certaines variables est facultatif) :

- n° d'immatriculation assuré
- clé du N° d'immatriculation
- date de naissance du bénéficiaire
- sexe du bénéficiaire
- n° FINESS d'inscription e-PMSI
- n° d'immatriculation individuel (facultative)
- clé du N° d'immatriculation individuel (facultative)
- rang de naissance (facultative)
- rang du bénéficiaire (facultative)
- IPP
- INS (identifiant national de santé).

2.3. Transmission des informations relatives à la valorisation de l'activité ambulatoire en Psychiatrie

Conformément à l'[article R6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et à l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié, les établissements de santé de psychiatrie transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes.

Concernant l'activité ambulatoire, les établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) transmettent :

- le fichier Ano-Ambu qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'Assurance Maladie enregistrées dans VID-IPP et le fichier de chainage anonyme ;
- le fichier de résumés d'activité ambulatoire anonymes (R3A) ;
- le fichier de contrôle de la cohérence des recueils CTLA (contrôle des RAA).

La transmission est mensuelle et cumulative : la transmission des fichiers produits au titre d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des mois précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

Lors de la transmission des informations sur la plateforme e-PMSI mise à disposition par l'ATIH, l'adéquation des numéros de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque recueil d'informations. Le numéro FINESS qui doit être utilisé pour la transmission des informations relatives à l'activité de psychiatrie sur la plateforme e-PMSI est, pour les établissements visés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), le numéro de l'entité juridique. Pour les établissements visés aux b et c du même article, le numéro est celui de l'entité géographique.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004, relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-PMSI.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- L'activité de psychiatrie, y compris les consultations externes (appelées **activité ambulatoire**), n'est pas soumise à la facturation individuelle des établissements de santé (**FIDES**).
- Le financement, pour la part prise en charge par l'Assurance Maladie, se fait par un système de **dotations** dont le montant est fixé annuellement par l'État pour chaque établissement.
- L'activité externe (ambulatoire) est enregistrée dans le **résumé d'activité ambulatoire (RAA)**, un support spécifique au RIM-P.
- Bien que le financement de l'activité de soins de l'établissement provienne des dotations de l'Assurance Maladie, le **reste à charge** (ticket modérateur), s'il y a, est facturé au patient ou à son organisme complémentaire.



FICHE 25 | La facturation des Actes et Consultations Externes (ACE) programmés sur le champ PSY en établissements de santé visés au d de l'article L 162-22 du code de la sécurité sociale

CONTEXTE :

Contrairement aux établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), dans les établissements visés au d de ce même article, les soins ambulatoires sont considérés comme une activité libérale et ne donnent pas lieu à la production de Résumé Ambulatoire Anonyme (RAA).

En revanche, en application de l'[article L162-26-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), lorsqu'un établissement du d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) emploie des médecins qui choisissent le mode d'exercice salarié, les honoraires liés à l'activité réalisée au sein de l'établissement par ces praticiens peuvent être facturés par l'établissement.

Il en est de même lorsqu'un établissement de même catégorie que supra emploie des infirmiers exerçant en pratique avancée, les honoraires liés à l'activité réalisée par ces professionnels pour le compte de l'établissement, hors prestations d'hospitalisation, peuvent être facturés par l'établissement dans les conditions prévues à l'[article L162-1-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L162-14-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), dans la limite des tarifs fixés en application des mêmes articles. Lorsque l'intervention de ces professionnels est prise en charge dans le cadre de la rémunération forfaitaire mentionnée à l'[article L162-22-5-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), ces honoraires ne peuvent pas être facturés.

Les actes et consultations externes de ces professionnels médicaux salariés sont soumis à la production de RSF.

1. Production des informations administratives et médicales en ACE PSY

1.1. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE Psychiatrie pour les praticiens et infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS : le bordereau S3404

Les actes et consultations externes des personnels salariés sont facturés par FINESS géographique, dans la partie basse du bordereau S3404 « relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire ». Le bordereau est signé par le directeur de l'établissement.

1.1.1. Présentation du bordereau S3404

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

[illegible]

1.1.2. La partie basse du bordereau S3404

Les parties haute et médiane du bordereau S3404 sont utilisées, en psychiatrie, pour la valorisation des séjours des bénéficiaires de l'Aide Médicale d'État (AME) et des ressortissants des relations internationales. Elles ne concernent donc pas l'activité externe.

La partie basse est utilisée pour renseigner les actes et consultations des médecins et auxiliaires médicaux :

[illegible]

Dans le cas des professionnels salariés, l'établissement renseigne ici son numéro FINESS en lieu et place de l'identifiant du médecin, afin que les honoraires lui soient versés directement.

1.1.3. La transmission des informations du bordereau S3404

La facturation des ACE s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis à l'Assurance Maladie en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins, etc.) doivent être mises à disposition de l'Assurance Maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique (dans le cadre du dispositif SCOR → dématérialisation des pièces justificatives de la facturation).

Après transmission et contrôle de la part de l'Assurance Maladie, les honoraires sont donc versés directement à l'établissement de santé.

1.2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) en ACE Psychiatrie pour les praticiens et infirmiers en pratique avancée (IPA) ayant choisi le mode d'exercice salarié dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22 du CSS : le fichier RSF (Résumé Standardisé de Facturation)

La notice technique de l'Agence Technique de l'information sur l'Hospitalisation (ATIH) [notice technique atih n cim-mf-1210-3-2014.pdf](#) précise dans son annexe 5 que les établissements ex-OQN doivent procéder à la production d'un fichier RSF pour les actes médicaux et consultations externes de leurs médecins salariés.

Parallèlement à l'envoi des bordereaux S3404, les établissements mentionnés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) doivent donc transmettre un recueil de leur activité externe à l'ATIH ([article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#)) prénommé RSF (pour Résumé Standard de Facturation).

La production du RSF n'entraîne pas de modification du rythme de facturation adopté par chaque établissement.

1.2.1. Production des informations relatives à l'activité et à la valorisation des ACE en Psychiatrie pour les médecins et IPA salariés des établissements visés au d de l'article L. 162-22 du CSS.

1.2.1.1 Le fichier RSF

On désigne par RSF un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie.

L'enregistrement de type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie et celles nécessaires au chaînage anonyme. L'enregistrement de type « C » est utilisé pour transmettre les codifications des actes et honoraires des professionnels de santé.

Les autres enregistrements sont produits ou non selon les prestations dispensées.

Le fichier des RSF est produit par le service de facturation et transmis au médecin responsable de l'information médicale.

1.2.1.2 Le contenu du fichier RSF¹

Le RSF reproduit le contenu du bordereau de facturation transmis par les établissements aux organismes d'Assurance Maladie. Leur contenu et leur format sont conformes au cahier des charges inter régime des normes B2 publié par l'Assurance Maladie.

Le RSF « A » contient les variables relatives au numéro de dossier (numéro d'entrée) du patient pour sa consultation, des informations sur son identité et sa couverture sociale, les parts facturées à l'Assurance Maladie, aux organismes complémentaires, etc.

Le RSF « C » indique la spécialité du professionnel exécutant, le code de l'acte effectué, son coefficient, le prix unitaire, les bases de remboursements, les montants remboursés AMO/AMC, le montant des honoraires, etc.

Certaines informations sont donc présentes dans les deux fichiers.

1.1.1. Transmission des informations

La transmission du RSF s'effectue obligatoirement via la plateforme nationale sécurisée de l'ATIH, appelée e-PMSI.

- **Mode de Transmission** : la transmission est réalisée par télétransmission sécurisée (avec des protocoles d'échange sécurisés).
- **Fréquence** : les données PMSI sont transmises selon un rythme mensuel sur un mode cumulatif (les données de la période écoulée sont ajoutées à celles des périodes précédentes de l'année civile).

Une fois les données validées par l'ATIH, elles sont disponibles et consultables par l'établissement et par les services des tutelles sur la plateforme e-PMSI.

2. La facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et du reste à charge en ACE Psychiatrie pour les praticiens libéraux dans les établissements de santé mentionnés au d de l'article L. 162-22 du CSS

Le règlement des honoraires des médecins libéraux en consultations dans un établissement mentionné au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue comme pour les praticiens de ville, c'est-à-dire sur la base d'une feuille de soins personnalisée.

Le paiement de la part AMO et/ou reste à charge s'effectue donc directement auprès du praticien s'il ne pratique pas l'exonération d'avance de frais. Le remboursement des frais médicaux engagés se pratique également comme en cabinet de ville.

Pour plus d'information : [Facturation des établissements | ameli.fr | Établissement](#)

1. Le contenu et le format des enregistrements du RSF et RSFA est disponible dans le manuel d'utilisation de PIVOINE-ExOQN téléchargeable sur le site internet de l'ATIH.

3. La facturation du reste à charge pour les praticiens et IPA ayant choisi le mode d'exercice salarié en ACE Psychiatrie dans les établissements de santé mentionnés aux d de l'article L. 162-22 du CSS

3.1. Généralités

À l'issue de sa consultation, si le patient n'est pas exonéré du ticket modérateur, il doit s'acquitter d'un reste à charge. Ce reste à charge donne lieu à l'émission d'une facture.

La facture peut être émise à l'encontre de :

- un particulier en son nom, ou un ayant droit, un parent, un tuteur... : la personne qui est destinataire de la créance (le plus souvent le patient lui-même).
- une assurance maladie complémentaire (AMC) : une mutuelle
- une assurance privée : en général pour les patients étrangers.
- tout autre organisme payeur, en dehors de la prise en charge par l'Assurance Maladie.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut même prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

3.2. La transmission des informations aux principaux débiteurs

■ Pour les particuliers :

La facture est remise sous forme papier, comportant les informations de reste à charge.

Cette même facture peut être transmise également par voie électronique (suivant les possibilités techniques de l'établissement), notamment si le patient n'a pas pu régler à la sortie de la consultation ou de l'examen.

Outre les circuits classiques de paiements, Il est également donné au patient la possibilité de régler par voie électronique. Les sites internet des établissements comportent aujourd'hui dans leur grande majorité des liens directs avec les services administratifs concernés, afin de faciliter le paiement des créances.

■ Pour les organismes complémentaires :

Pour rappel, l'avenant n°1 du 12 décembre 2022 à l'accord national de pilotage du dispositif ROC (Remboursement des Organismes Complémentaires) signé le 12 décembre 2021, ouvre le périmètre du dispositif à l'ensemble des établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), en MCO, HAD, SMR et Psychiatrie.

Le programme **ROC** intègre la transmission électronique des informations vers les assurances maladie complémentaires, ainsi que les retours vers les établissements de santé, et ceci pour les établissements mentionnés aux a à d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Le logiciel de facturation de l'établissement transmet une facture dématérialisée à l'encontre du débiteur correspondant. Il s'assure du bon acheminement de la facture et génère une alerte en absence de réception. Une alerte est également émise lorsque la facture fait objet d'un rejet. Le logiciel de facturation intègre également les retours NOEMIE de type « paiement », qui sont automatiquement rapprochés des factures.

Pour plus d'informations sur le procédé **ROC**, se référer à la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, bordereau S3404 et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide.

■ Pour les autres organismes (État, privés...) :

La facture est transmise via le portail Chorus Pro si le destinataire est une entité publique. Ce portail est un outil de dématérialisation des factures vers une entité publique rendu obligatoire dans les établissements de santé depuis 2019.

Pour un envoi vers une entité privée, l'utilisation de Chorus Prio n'est pas requise.

La facture doit refléter avec exactitude les informations portées sur le bordereau S3404. Elle peut même prendre la forme de la partie basse du S3404, isolée en facture simple.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Dans les établissements dits « ex-OQN », en actes et consultations externes, la facturation des soins transmise via le bordereau S3404 concerne les professionnels de santé qui ont choisi le mode d'exercice salarié.
- Le S3404 est transmis avec les flux de facturation B2 (télétransmission en norme B2)
- Les actes et consultations externes des professionnels salariés sont soumis à la production d'un RSF (Résumé Standardisé de Facturation).
- Le règlement des honoraires des médecins libéraux s'effectue sur la base d'une feuille de soins personnalisée, comme pour les praticiens de ville.



LES SÉJOURS EN SOINS PROGRAMMÉS

*Le champ Médecine,
Chirurgie, Obstétrique
et Odontologie (MCO)*

FICHE 26 | Les règles communes de financement des hospitalisations en MCO des ES visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

Les modalités de financement au séjour sont fondées sur une classification des différents types de prises en charge construite à partir d'une description fine de l'activité hospitalière. Le financement de l'activité de MCO repose sur la combinaison de plusieurs catégories de prestations.

On les classe en trois compartiments :

Compartiment 1 : financement de l'activité (sur les principes de la tarification à l'activité, la T2A)

- Vise à valoriser les soins.
- Concerne les prises en charge dites "protocoles", organisées et standardisées.

Compartiment 2 : dotations de financement relatives à des objectifs territoriaux et nationaux de santé publique

- Porte sur la prévention et la coordination des patients.

Compartiment 3 : dotations de financement relatives à des missions spécifiques portant sur les soins aigus et les prises en charge spécifiques

- Concerne les missions et prises en charge spécifiques.

C'est le compartiment 1 qui nous intéresse dans le cadre de ce guide.

1. Principe du financement à l'activité des hospitalisations en MCO

Le financement des activités d'hospitalisation en MCO se base sur le renseignement par l'établissement, à chaque séjour d'un patient, d'un certain nombre de données médicales et administratives, aboutissant à classer le séjour dans un groupe homogène de malades (**GHM**) auquel est (voir le point 3.2 de cette même fiche pour les exceptions) associé au moins un tarif dit groupe homogène de séjour (**GHS**).

Ces GHS peuvent être modulés, selon les caractéristiques de la prise en charge du patient, au travers de l'attribution à l'établissement de différents suppléments : **suppléments journaliers** dans le cas de prises en charge dans des unités très spécialisées (réanimation, soins intensifs...), **majoration ou minoration du tarif du GHS selon la durée du séjour** (séjours extrêmement longs ou extrêmement courts), **suppléments au séjour** (prise en charge en radiothérapie pédiatrique, pose de défibrillateur cardiaque par exemple...).

Sur la base des dispositions de l'[article L6113-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#), de l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et de l'[arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique - Légifrance](#) (dit « arrêté PMSI MCO »), les établissements de santé publics et privés procèdent à une description de leur activité médicale par le biais du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Dans ce cadre, les établissements ayant une activité en MCO produisent et traitent, pour chaque séjour, un recueil d'informations sur l'activité de soins.

2. La production des informations relatives à l'activité d'hospitalisation en MCO

2.1. Production du Résumé d'Unité Médicale (RUM) et du Résumé de Sortie Standardisé (RSS)

Un établissement de santé, identifié par un numéro FINESS juridique, est constitué d'un ou de plusieurs établissements dits géographiques, identifiés chacun par un numéro FINESS géographique. Le recueil PMSI doit être réalisé sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

Les séjours hospitaliers donnent lieu au recueil systématique d'un certain nombre d'informations administratives et médicales aboutissant à la production d'un Résumé de Sortie Standardisé (RSS).

Ce RSS est constitué, selon les cas, d'un ou plusieurs résumés d'unité médicale (RUM). Un RUM est produit pour chaque passage du patient dans une unité médicale de l'établissement. Cette notion d'unité médicale (UM) correspond à un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé et situé dans un établissement géographique de celui-ci.

Ainsi :

- Lorsqu'au cours de son séjour le patient n'a fréquenté qu'une seule unité médicale, le RSS correspond au RUM (RSS dit « monoRUM ») ;
- Lorsque le patient a fréquenté plusieurs unités médicales, le RSS est composé de l'ensemble des RUM produits, classés chronologiquement et identifiés par le même numéro de RSS (RSS dit « multiRUM »).

Les informations contenues dans chaque RUM font l'objet d'un nombre limité de rubriques mentionnées dans l'[arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique - Légifrance](#). Elles sont d'ordre administratives¹ et médicales².

1. Identifiants correspondant à l'ensemble du séjour dans les unités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement : numéro administratif local de séjour, numéro de l'établissement dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS), version du format du RUM, date de naissance, sexe, code postal de résidence, numéro de l'unité médicale d'hospitalisation, type d'autorisation de l'unité médicale, confirmation du codage du RSS, dates et modes d'entrée et de sortie, provenance et destination, nombre de séances, les données d'instruction gradation si concerné.

2. Diagnostics : diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostics associés, actes médicaux, types de dosimétrie et de machine en radiothérapie, poids à l'entrée dans l'unité médicale pour le nouveau-né, âge gestationnel de la mère et du nouveau-né, date des dernières règles de la mère, indice de gravité simplifié (IGS II), données à visée documentaire.

Les données du RUM sont codées selon des nomenclatures imposées : *nomenclature du guide méthodologique MCO* s'agissant des informations administratives, 10^e révision de la *Classification internationale des maladies* (CIM-10) s'agissant des diagnostics, et *Classification commune des actes médicaux* (CCAM) s'agissant des actes.

En principe, un seul RSS est produit par séjour-patient. On désigne par séjour-patient la prise en charge d'un patient dans une ou plusieurs UM d'un établissement géographique de l'établissement de santé.

Dans une entité géographique donnée, pour un séjour-patient donné, entre une date d'entrée et une date de sortie données, il ne peut être produit qu'un seul RSS.

Dans le cas d'un patient sorti pour être réadmis le même jour calendaire dans une unité médicale de la même entité géographique, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour donnant lieu à la production d'un RSS unique (RSS « multiRUM » dans le cas où les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, RSS « monoRUM » dans le cas où la réadmission se fait dans la même unité médicale).

Toutefois, par exception à cette règle de production d'un seul RSS par séjour-patient, deux RSS peuvent être produits le même jour dans le cas exceptionnel où la réadmission du patient est due à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement.

En revanche, dans le cas particulier de la prise en charge successive d'un patient dans deux entités géographiques de la même entité juridique :

- lorsque le transfert de la première vers la seconde entité géographique est d'une durée supérieure à deux nuitées (transfert définitif), le transfert entraîne la clôture du premier séjour-patient et l'ouverture d'un nouveau séjour. Dans cette situation, qualifiée de « séjour contigu », deux RSS sont donc produits.
- lorsque le transfert de la première vers la seconde entité géographique est d'une durée inférieure à deux nuitées (transfert provisoire), les règles de production des RSS relèvent, selon les cas, du régime des prestations inter-établissements (PIE) ou de celui des prestations interactivités (PIA).

Ces règles s'appliquent également en cas de prise en charge successive du patient dans deux unités géographiques relevant d'entités juridiques distinctes.

SÉJOURS DONNANT LIEU À LA PRODUCTION DES RUM/RSS

Les séjours donnant lieu à production de RUM/RSS sont ceux pour lesquels est administrativement enregistrée une admission dans une unité d'hospitalisation, que ce soit dans le cadre d'une hospitalisation complète, à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit, en ambulatoire ou en séances) ou d'une hospitalisation sans hébergement.

Sont ainsi également visés :



- les séjours en Unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) remplissant les conditions pour la facturation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) → cf. la fiche dédiée aux « urgences » de ce présent guide ;
- les interruptions de grossesse, dont les interruptions volontaires de grossesse (IVG) ;
- le séjour du nouveau-né (> 500g ou > 22 semaines d'aménorrhée), y compris en l'absence d'enregistrement administratif d'une admission en unité d'hospitalisation et y compris s'agissant des enfants nés sans vie ;
- l'admission pour prélèvement d'organe d'un sujet décédé ;
- les prestations non prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, notamment les soins « sans raison médicale » (chirurgie esthétique, soins de confort) ;
- les séances de radiothérapie et de dialyse rénale, y compris en l'absence d'enregistrement administratif d'une admission en unité d'hospitalisation (à l'exception des structures d'auto dialyse et de dialyse à domicile, qui sont uniquement tenues de transmettre leurs informations de facturation).

2.2. Classement du séjour dans un Groupe Homogène de Malades (GHM)

Les informations recueillies via le RSS font l'objet d'un traitement automatique par algorithme qui permet de classer le RSS dans un groupe homogène de malades (GHM), qui constitue un groupe cohérent du point de vue médical (la classification est basée sur des critères médicaux) et économique (les séjours classés dans un même groupe renvoient à des coûts similaires).

Ce classement de chaque RSS dans un GHM (opéré par la « fonction groupage ») s'effectue de la manière suivante :

1) Le séjour est tout d'abord classé dans une **catégorie majeure** (CM). Ce 1^{er} niveau de classement se fait en principe sur la base du diagnostic principal (DP), chaque CM correspondant à un système fonctionnel (affections du système nerveux, de l'œil, de l'appareil respiratoire...). Le classement dans certaines CM s'effectue cependant sur la base d'autres variables (CM 25 à 27 ayant un aspect transversal, CM 28 correspondant aux séances).

2) Le séjour, classé au sein d'une CM, est ensuite classé au sein d'une racine de GHM. Ce classement s'effectue sur la présence d'un acte CCAM marqueur d'une prise en charge ou d'un diagnostic principal particulier.

3) Enfin, le séjour, classé au sein d'une racine de GHM, est ensuite classé au sein **d'un GHM** spécifique. Ce classement s'effectue sur la base des complications ou morbidités associées (CMA) et de l'âge du patient. Ces variables permettent de prendre en considération la gravité de chaque cas et ses effets sur la durée et le coût du séjour. Chaque séjour se voit ainsi affecter un niveau de sévérité de 1 à 4 ou A à D (par ordre de sévérité croissante) qui permet de lui affecter un GHM.

2.3. Production des Résumés de Sortie Anonymes (RSA)

Une fois traités par la fonction groupage et classés ainsi au sein d'un GHM, les RSS font chaque mois l'objet d'un enregistrement au sein d'un fichier de RUM-RSS groupés contenant, outre les données du RSS, les informations relatives aux numéros de catégorie majeure et de GHM.

Afin de permettre la transmission des informations médicales individuelles aux acteurs non autorisés à disposer d'informations nominatives (directeur d'établissement, services de l'Etat), les données des RSS groupés font l'objet d'une pseudonymisation à travers les résumés de sortie anonymes (RSA). La production de ces RSA se fait sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, par le biais d'un processus automatique réalisé par un module du logiciel DRUIDES fourni par l'ATIH.

Le RSA constitue toujours un enregistrement unique, y compris lorsque le RSS est multiRUM.

Les RSA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé (ARS).

3. Production des informations relatives à la facturation en MCO

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé décrit dans l'annexe II de [l'arrêté du 23 décembre 2016](#) (arrêté « PMSI-MCO » qui est l'arrêté relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à [l'article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#).) a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de MCO, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

En ce qui concerne l'activité médicale, toute hospitalisation dans un établissement de santé public ou privé fait l'objet d'un recueil d'informations (depuis 1994 pour les établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), depuis 1997 pour les établissements de santé privés visés aux d et e du même article) transmis sous forme anonyme à l'agence régionale de santé (ARS) : le résumé de sortie anonyme.

En revanche, seuls les établissements de santé privés visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent aujourd'hui un recueil d'informations relatives à la facturation des séjours, appelé résumé standardisé de facturation (RSF), transmis à l'ARS après pseudonymisation sous la forme d'un *résumé standardisé de facturation anonyme*.

3.1. Règles générales de facturation/valorisation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS)

■ Principe selon lequel à un Groupe Homogène de Malades (GHM) donné correspond un seul GHS

En principe, à un GHM est associé un seul GHS et donc un seul tarif.

Par exemple, au GHM 01C032 « Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans, niveau 2 », est associé uniquement le GHS 0023 en 2025.

Il existe cependant plusieurs exceptions à ce principe (voir 3.3).

■ Principe selon lequel un seul GHS est facturé par séjour

Un GHS rémunérant forfaitairement les prestations de soins, un seul GHS peut donc être en principe facturé pour un même séjour. Il existe toutefois des exceptions (voir 3.2).

La date retenue pour la facturation du GHS est le jour de sortie du patient. Les valeurs applicables pour l'ensemble du séjour, c'est-à-dire le tarif du GHS et les coefficients correcteurs (géographiques et prudentiels), sont déterminées à la date de sortie du séjour. C'est également à cette date qu'est déterminé le taux de remboursement par l'Assurance Maladie appliqué au GHS et que la situation du patient est appréciée (notamment l'existence de cas permettant une exonération de participation du patient).

■ Durée du séjour

■ Pour les hospitalisations de plus d'une journée : concernant la durée de calcul du séjour, le jour de sortie n'est pas pris en compte. La durée de séjour est donc calculée par la formule suivante :

$$\text{Durée de séjour} = \text{date de sortie} - \text{date d'entrée}$$

■ Pour les hospitalisations de jour, la date d'admission est égale à la date de sortie.

■ Motifs d'interruption/non-interruption du séjour

Les journées de permissions de sortie ainsi que les transferts d'une durée inférieure à deux journées civiles (d'une nuitée maximum) dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour. Elles sont ainsi prises en compte pour le calcul de la durée de séjour (cf. la partie focus du présent guide sur les prestations inter-établissements et inter-activités).

Lorsque le patient sort d'un établissement et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à facturation d'un seul GHS.

Dans le cas d'un transfert, si celui-ci dure plus de deux nuitées, même si sa durée effective est inférieure à 48 heures, alors il sera considéré comme définitif. L'établissement prestataire sera ainsi en droit de facturer sa prestation.

Enfin, lorsque le patient est ré-hospitalisé dans la même entité géographique après un transfert d'une durée supérieure à deux jours et inférieure ou égale à 10 jours dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie d'un autre établissement, sa prise en charge donne lieu à facturation d'un GHS sur la base de 50 % de son tarif si les prestations de séjour et de soins qui lui sont délivrées au cours des deux séjours donnent lieu à la production du même GHM, à l'exception du cas où cette prise en charge relève d'un traitement itératif.

Ce tarif est minoré si la durée du second séjour est inférieure à la borne basse.

3.2. Cas particulier de plusieurs GHS pour un même séjour

Les exceptions à ce principe sont limitativement énumérées à [l'article 5 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance](#). Plusieurs GHS peuvent être facturés, pour un même séjour, dans les cas suivants :

- pour les établissements privés ex-OQN : possibilité de facturation du GHS du nouveau-né en sus de celui de la mère lorsque l'enfant reste auprès de la mère, c'est à dire sans passage en néonatalogie. L'établissement établit une seule facture au risque maternité (cumul sur la même facture du GHS d'accouchement simple et du GHS nouveau-né).
- pour les établissements ex-DG, pour les séances de radiothérapie : possibilité de facturation d'un GHS de radiothérapie en sus d'un GHS d'hospitalisation, en cas de réalisation d'un acte inscrit sur la liste 1 de l'annexe 4 de l'arrêté en référence, si cet acte ne figure pas sur la liste 2 fixée à la même annexe.
- oxygénothérapie hyperbare : possibilité de facturation d'un GHS d'oxygénothérapie en sus d'un GHS d'hospitalisation ;
- traitement de l'insuffisance rénale chronique : possibilité de facturation d'un GHS d'hémodialyse ou d'un forfait de dialyse péritonéale figurant à la liste 1 de l'annexe 5 de l'arrêté en référence, en sus d'un GHS d'hospitalisation, à l'exception des GHS figurant sur la liste 2 fixée à la même annexe.
- la réalisation d'un acte d'aphérèse sanguine donne lieu à facturation du GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient.

3.3. Cas particulier des GHS dédoublés

En principe, à chaque GHM est associé un seul GHS. Toutefois, par exceptions, un GHM peut se voir associer plusieurs GHS. Ces GHS dédoublés sont limitativement énumérés à l'article 6 de l'[arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance](#). Le principe est le suivant : pour un GHM donné, lorsque la prise en charge répond à certaines conditions, il est renvoyé à un GHS dont le tarif est majoré par rapport à celui du GHS « de base ». Cette majoration a pour objectif de rémunérer un surcoût qui n'est pas pris en compte en classification et donc dans le tarif « de base ». Ces surcoûts peuvent être liés :

- à une prise en charge exceptionnelle coûteuse et peu fréquente de sorte que le faible nombre de séjours attachés à cette prise en charge ne permet pas d'homogénéiser son coût au sein d'un GHS ;
- à une prise en charge innovante en cours de déploiement pour laquelle la majoration a vocation à financer les consommables onéreux inhérents à ces prises en charge. Cette majoration a vocation à être intégrée au sein du tarif une fois la technique diffusée et devenue référence ;
- à une prise en charge au sein d'une structure spécifique. Dans ce cas, la majoration du GHS n'a pas vocation à financer la structure mais les soins complémentaires qui y sont pratiqués.

Un GHS majoré peut également être mis en place afin d'inciter au développement d'une pratique dans un objectif de santé publique.

POINTS CLES À RETENIR :

- Le financement de l'activité de **médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)** repose sur une combinaison de modalités, principalement **l'attribution à l'activité (T2A)**, et des financements non directement liés à l'activité.
- Les ressources basées sur l'activité d'hospitalisation en MCO dépendent du **nombre et de la nature des actes et des séjours réalisés**. Ce financement se base sur le renseignement, pour chaque séjour, de données médicales et administratives qui aboutissent au classement du **séjour dans un groupe homogène de malades (GHM)**, auquel est associé un tarif de **Groupe homogène de séjour (GHS)**.



FICHE 27 | La production des informations des hospitalisations MCO des ES visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

Concernant le financement des séjours, les établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent un recueil nommé VID-HOSP pour les prestations suivantes :

- prestations de séjour et de soins mentionnées au 1° de l'[article R162-33-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et nécessitant une hospitalisation ;
- spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'[article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ;
- prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse.

1. Le VID-HOSP (Variables IDentifiantes en Hospitalisations)

1.1. Détail du contenu du VID-HOSP

Le VID-HOSP est un recueil contenant toutes les informations nécessaires à la valorisation des séjours des patients. Il sert de base à la valorisation de la part prise en charge par l'Assurance Maladie pour les assurés sociaux.

Il contient :

- les données administratives du patient, telles que l'INS, le code gestion, la date de naissance du bénéficiaire des soins, la justification d'exonération si concerné, la nature d'assurance (maladie, maternité...), la caisse gestionnaire, etc.
- les données de facturation telles que le motif de non-facturation à l'Assurance Maladie si le patient est concerné, le montant total de la part du séjour facturée au patient, le montant à facturer au titre du ticket modérateur, le montant à facturer au titre du forfait journalier, le montant de base de remboursement, le taux de remboursement, etc.
- les données propres au séjour telles que la date d'entrée et de sortie, les indications de séjours lors de PIE/PIA (établissement de transfert, de retour, date de début et de fin de séjour dans l'établissement tiers, la discipline de prestation dans l'établissement tiers...), etc.

Le format complet du fichier VID-HOSP est consultable sur le site de l'ATIH [ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation](#).

1.2. Production du VID-HOSP

Il est produit un fichier VID-HOSP par séjour, qui correspond à un Résumé de Sortie Standardisé, ou RSS (voir la fiche « Règles communes de financement des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22 du CSS » de ce présent guide), à l'exception de deux circonstances :

- les séances, l'enregistrement de plusieurs séances successives dans un seul RSS restant possible.
- le nouveau-né sans numéro administratif, séjournant dans l'unité d'obstétrique auprès de sa mère. Un fichier VID-HOSP est créé pour la mère, mais pas pour le nouveau-né. Le numéro administratif de la mère est enregistré dans son RSS et dans celui du nouveau-né.

2. Transmission des informations pour valorisation

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), à l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation respectant l'anonymat des patients.

L'anonymisation du VID-HOSP passe par le Module d'Anonymisation et de Gestion des Informations de Chaînage (MAGIC) mis à disposition par l'ATIH.

MAGIC permet de générer un fichier appelé ANO-HOSP, transmis à l'ATIH pour traitement.

La transmission est mensuelle et cumulative sur l'année calendaire, reprenant les envois des mois précédents. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement de santé producteur.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plateforme d'échanges PMSI.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le VID-HOSDP est le recueil d'informations utilisé par les établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) nécessaire à la valorisation des séjours de ces établissements.
- Il contient des données administratives et de facturation.
- Il est anonymisé avant d'être transmis aux services de l'ATIH.



FICHE 28 | La facturation et valorisation des hospitalisations en MCO dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

La production des informations des hospitalisations en MCO des établissements de santé visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) repose sur la production de divers fichiers.

La transmission de ces fichiers à l'agence régionale de santé (ARS) et à l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) répond à des objectifs cruciaux pour la régulation, le financement et la connaissance de l'activité hospitalière sur le territoire. Cela permet d'analyser l'activité médicale, les pathologies traitées, les actes effectués, ainsi que les coûts associés.

Cette analyse est essentielle pour la planification régionale de l'offre de soins et l'allocation des ressources. L'ARS utilise ces données pour évaluer l'adéquation entre l'offre et les besoins de santé du territoire.

1. Le fichier RSF (Résumé Standardisé de Facturation)

Le RSF contient d'une part des informations communes au résumé de sortie standardisé (RSS : voir la fiche « Règles communes de financement des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22 du CSS » de ce présent guide) du même séjour, d'autre part des informations de facturation. Les éléments communs au RSF et au RSS sont : numéro FINESS, numéro de RSS, sexe, et date de naissance.

CAS PARTICULIER DES ACCOUCHEMENTS :

La correspondance entre RSS et RSF est respectée dans le cas de l'accouchement : les séjours de la mère et du nouveau-né étant payés par un forfait global, il est produit une facture unique pour deux RSS (celui de la mère et celui de l'enfant). La correspondance entre RSS et RSF est assurée par la production de deux RSF : l'un au titre de la mère, correspondant à la facture adressée à l'Assurance Maladie, l'autre au titre du nouveau-né, ne contenant pas de données de facturation, dit « RSF à zéro ».



Le RSF reprend donc la totalité des données de facturation d'un séjour transmises par l'établissement de santé aux organismes d'Assurance Maladie.

Concernant les séjours, pour les établissements de santé privés visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), la production du RSF concerne actuellement :

- les prestations de séjours et de soins mentionnées au 1° de l'[article R162-33-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et nécessitant une hospitalisation, y compris les prestations relatives à l'activité d'alternative à la dialyse en centre ;
- les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'[article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ; les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations ainsi que les médicaments mentionnés à l'[article L162-22-7-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ;
- les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;

■ Contenu du RSF

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'Assurance Maladie.

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « I » Prestations hospitalières : interruption de séjour, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM (pour Classification Commune des Actes Médicaux), « L » Codage affiné des actes de biologie (destiné à l'enregistrement, s'il y a lieu, d'actes de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale - NABM).

Le type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'Assurance Maladie.

Les autres types le sont ou non selon les soins dispensés. Ils permettent la saisie des prestations indiquées supra, à l'exception des actes et consultations externes des médecins libéraux qui ne constituent pas des prestations hospitalières pour les établissements de santé privés visés aux d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le type « A » comporte systématiquement les informations suivantes :

- si le patient est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (C2S) ;
- en cas d'accouchement le numéro de facture du séjour de la mère ;
- le numéro d'identification permanent du patient (IPP) → numéro propre à chaque établissement identifiant le patient tout au long de son parcours à l'hôpital (à ne pas confondre avec l'Identifiant d'Episode du Patient, ou IEP, qui est un numéro attribué pour chaque venue, quel que soit le motif) ;
- le code postal de lieu de résidence du patient ;
- l'identité nationale de santé (INS) du patient.

Le contenu et le format des enregistrements du RSF sont conformes au cahier des charges de la norme B2 publié par l'Assurance Maladie.

2. Transmission des informations d'hospitalisation

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et à l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et à l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié, les établissements de santé privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes : RSA (pour le RSS) et RSFA (pour le RSF).

Le RSF anonymisé est le RSFA. Le RSFA est effectué sous le contrôle du médecin DIM de l'établissement. L'anonymisation est réalisée par le même logiciel – AGRAF-MCO – qui est à l'origine du résumé de sortie anonyme (RSA) dans les établissements de santé privés visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Dans le RSFA figurent :

- le numéro séquentiel de RSFA (identique au RSA)
- le numéro de facture séquentiel
- le mois et l'année de la date d'entrée et de sortie du séjour
- le code géographique de résidence

La transmission est mensuelle et cumulative reprenant les envois des mois précédents. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement de santé producteur. Les RSFA sont transmis à l'ARS concernée via l'ATIH.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plateforme d'échanges PMSI.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- **Le RSF est composé :**
- **d'informations communes avec le RSS (résumé de sortie standardisé, récapitulatif de l'activité médicale) : numéro FINESS, numéro de RSS, sexe, date de naissance.**
- **d'informations de facturation qui reproduisent le contenu du bordereau S3404 transmis à l'Assurance Maladie.**
- **le RSF est anonymisé pour devenir le RSFA (résumé standardisé de facturation anonymisé) : l'anonymisation est réalisée sous le contrôle du médecin DIM (département d'information médicale) de l'établissement, via le même logiciel AGRAF-MCO que pour le RSA (résumé de sortie anonyme).**



FICHE 29 | La production des informations des hospitalisations MCO des ES visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

La base de valorisation des séjours MCO en établissements de santé est axée sur une part prise en charge par l'Assurance Maladie, et un reste à charge destiné aux patients.

La valorisation des séjours des assurés sociaux en France dans les établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'inscrit dans un double circuit :

- la valorisation par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) de la part prise en charge par l'Assurance Maladie obligatoire (AMO).
- la facturation du reste à charge au patient ou à son organisme complémentaire.

La facturation des séjours des patients étrangers dépend du mode de prise en charge de ces derniers, suivant qu'ils sont bénéficiaires d'un régime coordonné avec le régime français (relations internationales), qu'ils sont bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME), ou du dispositif des soins urgents (SU).

1. Base de valorisation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et reste à charge des hospitalisations

1.1. La part AMO

Au regard de l'article 4 de l'[arrêté du 31 décembre 2022 - Légifrance](#) relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'Assurance Maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, la valorisation de l'activité des séjours des établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 du CSS](#) est due au titre des éléments suivants :

- Les forfaits groupe homogènes de séjours (GHS) et leurs éventuels suppléments, qui peuvent être (au regard de l'[arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance](#)) :

1° Lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie, un des suppléments suivants est facturé :

- un supplément dénommé « **réanimation** » (REA)
- un supplément dénommé « **réanimation pédiatrique** » (REP)
- un supplément dénommé « **soins intensifs** » (STF)
- un supplément dénommé « **surveillance continue** » (SRC)

2° Un supplément dénommé « **néonatalogie** » (NN1)

- 3° Un supplément dénommé « **néonatalogie avec soins intensifs** » (NN2)
- 4° Un supplément dénommé « **réanimation néonatale** » (NN3)
- 5° Un supplément dénommé « **dialyse péritonéale** » (DIP)
- 6° Un supplément journalier dénommé « **antepartum** » (ANT) est facturé pour chaque journée de la période de l'antepartum, à l'exception des deux jours qui précèdent la date de l'accouchement
- 7° La prise en charge d'un patient de moins de 18 ans pour une séance de radiothérapie donne lieu à la facturation d'un supplément au séjour dénommé « **radiothérapie pédiatrique** » (RAP).
- 8° Un supplément au séjour dénommé « **Supplément défibrillateur cardiaque** » (SDC).
- 9° Un supplément au séjour dénommé **transport définitif (TDE)**, modulé en fonction de la distance parcourue, par l'établissement depuis lequel le patient est transféré.
- 10° Un supplément au séjour, modulé en fonction de la distance parcourue, dénommé « **transport séance** » (TSE).
- 11° Un supplément dénommé « **CAR-T cells** » (CTC) est facturé dès lors qu'un acte d'administration d'un médicament de **thérapie génique** autologue par voie veineuse.

Conformément à l'article 5 du même arrêté, les tarifs nationaux peuvent être affectés des coefficients suivants :

- le **coefficient géographique** mentionné à l'[article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- le **coefficient prudentiel** mentionné à l'[article L162-22-3-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- le **coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux** mentionné à l'[article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- Les forfaits dialyse (D)
- Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME
- Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant des soins urgents (SU)

1.2. Le reste à charge patient : le ticket modérateur et le forfait journalier

Le reste à charge du patient repose sur une participation aux frais de soins et une participation à l'hébergement. Il se décompose de la manière suivante :

- La participation aux prestations de soins qui peut prendre la forme :
- soit d'un ticket modérateur (TM) basé sur 20 % des tarifs nationaux journaliers des prestations (TNJP), calibrés en fonction de la catégorie de l'établissement.
- soit d'une participation forfaitaire de 32 € (PF32) en cas de réalisation d'actes coûteux (avec un coefficient appliqué à l'acte de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) supérieur ou égal à 60, ou un tarif d'un acte de nomenclature classification commune des actes médicaux (CCAM) supérieur ou égal à 120 €) au cours de sa prise en charge pendant son séjour.

Pour plus d'information : voir le I de l'[article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) relatif à la participation de l'assuré aux frais de santé

o La participation à l'hébergement qui consiste en un forfait journalier hospitalier (FJ de 23 € par jour en MCO). Le patient peut s'acquitter en outre de frais liés aux prestations pour exigences particulières, qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, en particulier les frais liés à la mise à disposition d'une chambre particulière.

Lorsque le patient doit s'acquitter d'un TM de 20 % (et ne bénéficie donc pas de la participation forfaitaire à 32€), la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM mais elle s'impute sur ce dernier. Seul le forfait journalier de sortie est facturable en sus.

Lorsque le patient bénéficie de la participation forfaitaire à 32 €, les forfaits journaliers viennent s'ajouter à ce dernier.

Le forfait journalier n'est pas facturable en cas d'hospitalisation de jour (lorsque la date d'admission et de sortie est identique).

2. Facturation et valorisation des hospitalisations des assurés sociaux en France

2.1. La part facturée à l'Assurance Maladie des assurés sociaux en France

Les établissements de santé ex-DG MCO relèvent d'un dispositif en application du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Leurs données d'activités sont mensuellement transmises à l'agence régionale de santé et valorisées, pour la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire, par application des tarifs nationaux des prestations fixés en application de [l'article L162-22-3-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Dans ce cadre, les données d'activité se rapportant aux séjours réalisés au cours d'un mois donné M doivent être transmises avant la fin du mois M+1.

Dans les faits, la valorisation est effectuée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) à partir des données d'activités collectées sur la plateforme e-PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information → voir les parties sur la production et la transmission des informations des séjours).

Sur la base de cette valorisation, l'agence régionale de santé (ARS) adopte chaque mois un arrêté fixant le montant dû à l'établissement par l'Assurance Maladie. Elle le notifie conjointement à l'établissement et à la CPAM chargée des versements.

Contenu des arrêtés de versements en séjours MCO

Les arrêtés de versement notifient la valorisation des séjours sur la base des GHS et de leur taux de prise en charge par l'Assurance Maladie.

Ces arrêtés mensuels de versement ne s'arrêtent pas pour autant à la valorisation des séjours, et viennent s'ajouter, entre autres, des forfaits issus d'activité de prélèvements d'organes (PO), de sécurité et environnement hospitalier (SE) ou des forfaits d'accueil et traitement des urgences gynécologiques (ATU), par exemple.

La liste des valorisations est détaillée dans chaque catégorie de prise en charge médicales de ce présent guide.

Chaque établissement peut consulter et vérifier les versements via la plateforme e-PMSI et le tableau OVALID (Outil de VALIdation des Données des Etablissements de santé) correspondant.

■ Modalité de versement (acomptes et soldes) des activités de séjours en MCO

L'article 9 de l'[arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'Assurance Maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale - Légifrance](#) mentionne que les montants dus au titre de l'activité sont cadencés comme suit :

■ Pour les établissements hors service de santé des armées et hors hôpitaux de proximité :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME, soins urgents et détenus.

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME, soins urgents et détenus.

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié par le directeur général de l'ARS diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.

■ Pour les établissements du service de santé des armées :

1° 70 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure concernant les prestations et les spécialités pharmaceutiques.

2° La différence entre le dernier montant notifié au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et le montant mentionné au 1 ci-dessus.

3° Une majoration égale à 20 % du douzième du montant mentionné au 1 ci-dessus.

4° En janvier, le versement est complété par le solde de la somme des montants notifiés au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques des mois d'août et septembre de l'année précédente, diminuée de la somme des majorations mentionnées au 3° ci-dessus, et versées l'année précédente.

— Pour les hôpitaux de proximité

Voir la fiche dédiée sur les hôpitaux de proximité de ce présent guide.

2.2. La part facturée aux patients et aux organisme complémentaires : le ticket modérateur, sur la base des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP)

De manière générale, l'article 35 de la LFSS pour 2020 a prévu la création d'une tarification nationale journalière des prestations, base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1er janvier 2021 a été reportée d'un an par l'article 51 de la LFSS de 2021. Elle concerne les établissements du secteur ex-DG pour les champs du MCO, de l'HAD, et de la psychiatrie.

La réforme a consisté à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Les TNJP servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME) et des soins urgents. La réforme n'engendre pas de modification concernant les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur (voir infra).

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différencieraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

Pour le champ MCO, l'échelle de TNJP distingue 7 groupes d'établissements, au regard de leurs budgets :

- Groupe 1 : > 75 % de séances
- Groupe 2 : > 384 M €
- Groupe 3 :]158 M € - 384 M €]
- Groupe 4 :]38 M € - 158 M €]
- Groupe 5 :]14 M € - 38 M €]
- Groupe 6 :]7,8 M € - 14 M €]
- Groupe 7 :]0 M € - 7,8 M €]

Chaque groupe dispose de 17 TNJP, dont les tarifs sont définis par une association d'un code tarifaire et d'un code de discipline médico-tarifaire (DMT), et révisés chaque année :

CODE TARIFAIRE	CODE DMT	INTITULE DU TARIF	MONTANTS
04	213	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques - ambu	
03	210	Médecine UM gériatrie, addictologie, douleurs chroniques - HC	
50	228	Médecine autres UM - ambu	
11	216	Médecine autres UM - HC	
48	229	Médecine - GHS intermédiaires	
12	234	Chirurgie - HC	
90	239	Chirurgie - ambu	
20	232	Spécialités coûteuses	
26	233	Spé très coûteuses - REA	
23	240	Obstétrique - HC	
24	244	Obstétrique - ambu	
25	245	Nouveaux nés - HC	
53	256	Séance chimiothérapie	
49	272	Séance de protonthérapie	
51	274	Séances Radio Hte Precision : stéréotaxie, irradiation corporelle totale, autres techniques spéciales, RCMI	
52	265	Séance dialyse	
27	275	Autres séances	

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur, la participation est égale à 20 % des TNJP, par nombre de jours de présence, sauf le jour de sortie.

Cependant, comme pour les actes externes, et comme vu supra, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur. Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie longue durée figurant sur une liste de 30 maladies établie par les pouvoirs publics (Affection longue durée - ALD 30), et pour les soins en rapport avec la pathologie concernée,
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31), et pour les soins en rapport avec la pathologie concernée,
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32), et pour les soins en rapport avec la pathologie concernée.

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit,
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,

- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité,
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, quel que soit le motif des soins,
- Les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse,
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie.

L'exonération du ticket modérateur (TM) n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée à la nature de l'acte. Certains actes médicaux effectués lors d'une hospitalisation peuvent en effet correspondre à une exonération du TM.

Ainsi, en présence d'actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € pour les actes de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ou ayant un coefficient $\geq$ à 60 pour les actes de la Nomenclature générale des actes professionnels (NGAP)) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 € (PF32, au 01/03/2026). Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même hospitalisation, le même jour, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas.

Enfin, la durée du séjour entre aussi en compte dans l'exonération ou non du TM : un séjour supérieur à 30 jours exonère le patient du ticket modérateur à partir du 31^{ème} jour.



Attention : lorsque le patient est exonéré du TM, mais soumis à la participation forfaitaire de 32 €, cette dernière est déduite de la valeur du GHS (puisque facturé au patient).

Lorsque le patient est exonéré du TM et de la participation forfaitaire, aucune déduction au titre du TM n'est effectuée sur le GHS.

HOSPITALISATIONS SUCCESSIVES ET PARTICIPATION FORFAITAIRE :

1. Hospitalisation consécutive et en lien direct :

- Si une hospitalisation succède immédiatement à la précédente et est en lien direct avec elle, la participation forfaitaire peut être facturée pour la seconde hospitalisation également.

Autrement dit :

- 2^{ème} séjour consécutif et en lien direct → facturation à nouveau de la participation forfaitaire.
- Les frais des deux séjours ne sont pas regroupés en une seule participation forfaitaire si les hospitalisations sont distinctes mais liées.

2. Au-delà d'une troisième hospitalisation :

- Une 3^{ème} hospitalisation est considérée comme nouvelle hospitalisation à part entière, même si elle fait suite aux précédentes. Dans ce cas, un ticket modérateur ou une participation forfaitaire, suivant la situation, peut de nouveau être appliqué.

2.3. La part facturée aux patients et aux organismes complémentaires : le forfait journalier hospitalier (FJ)

Le forfait journalier désigne la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation, en sus du ticket modérateur. Il couvre les frais de la partie dite « hôtelière » (hébergement, nourriture, linge, entretien...) du séjour. Il est facturé chaque jour, y compris le jour de sortie.

L'[article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'Assurance Maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Certains assurés peuvent être exonérés du forfait journalier :

- les femmes enceintes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, ou pour l'accouchement, ou pendant les 12 jours après l'accouchement.
- pendant une hospitalisation due à un accident du travail ou une maladie professionnelle (lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle).
- pendant une hospitalisation à domicile, et ceci pour tous les assurés.
- pendant l'hébergement dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle d'un enfant handicapé de moins de 20 ans.
- les titulaires d'une pension militaire.
- les victimes d'un acte de terrorisme et bénéficiaires d'une prise en charge intégrale pour les soins en rapport avec cet événement dès lors qu'une attestation en cours de validité est présentée.

Le FJ est déductible du GHS dans les cas uniques où le patient est exonéré du TM, qu'il soit redevable de la participation forfaitaire de 32 € ou non. Dans le cas où le patient est exonéré du TM et du FJH, ce dernier n'est pas déductible du GHS, et le GHS est valorisé à 100 %.

Pour rappel, le forfait journalier **n'est pas facturable** en cas d'hospitalisation de jour (lorsque la date d'admission et de sortie est identique).

2.4. La facturation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Au regard de l'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

Les règles de facturation sont les suivantes :

- le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'AMO sur la base de 20 % du TNJP. Le forfait journalier est inclus dans le TNJP.
- en cas d'exonération du ticket modérateur autre qu'acte couteux, le total des forfaits journaliers (FJH) est déductible du GHS et facturable à l'AMO en part complémentaire.
- en cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € et le FJH sont déduits du GHS, et facturables à l'AMO en part complémentaire.
- le forfait journalier de sortie est facturable à l'AMO en part complémentaire, que le patient soit exonéré ou non du ticket modérateur.

2.5. La facturation des bénéficiaires du Régime Local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle (RLAM)

Les séjours sont facturés comme tout autre assuré social, au détail près que le ticket modérateur et les forfaits journaliers sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du TNJP. Le forfait journalier est inclus dans le TNJP et le FJ de sortie est facturable en sus.
- En cas d'exonération du ticket modérateur autre qu'acte couteux, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en sus en part AMO.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € est facturable en part AMO.

La facturation est directe vers l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire (RLAM) du bénéficiaire des soins.

3. Facturation et valorisation des hospitalisations des non-assurés sociaux en France

3.1. La facturation des bénéficiaires de l'Aide Médicale État (AME)

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- le ticket modérateur ;
- le forfait journalier hospitalier du jour de sortie.

Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

L'[article L162-22-11-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que les règles de tarification des prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge par l'AME en MCO sont identiques à celles applicables aux assurés sociaux, hors cas particulier où le séjour génère une participation forfaitaire de 32 € ou que la prise en charge est intégrale. Le partage des frais en facturation se fait donc sur 80 % du GHS et 20 % du TNJP.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit pour le patient.

À noter que les bénéficiaires de l'AME sont redevables du FJH dans les conditions de droit commun. Le FJH est cependant pris en charge par les régimes obligatoires, tout comme les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations dits « en sus » ([article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Les FJ sont inclus dans les TNJP, seul le forfait journalier de sortie (FJS) est facturé en sus.

Seule la partie correspondant au montant « non pris en charge par le régime général » (les 20 % + le FJS) est facturée à l'Assurance Maladie, le reste de la facture étant valorisé par l'ATIH.

3.2. La facturation des bénéficiaires des soins urgents (SU)

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » (concernant les conditions d'attribution des SU, se reporter à la partie « Prise en charge des patients venant de l'étranger » de ce présent guide) sont facturées aux caisses primaires d'Assurance Maladie (CPAM), pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS), s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'État.

Les bénéficiaires de ce dispositif sont ainsi dispensés de toute avance des frais. Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- le ticket modérateur ;
- le forfait journalier hospitalier de sortie.

Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

L'[article L162-22-11-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que les règles de tarification des prestations d'hospitalisation dispensées pour la prise en charge des soins urgents en MCO sont identiques à celles applicables aux assurés sociaux, hors cas particulier où le séjour génère une participation forfaitaire de 32 € ou que la prise en charge est intégrale. Le partage des frais en facturation se fait donc sur 80 % du GHS et 20 % du TNJP.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

Les bénéficiaires de ce régime sont redevables du FJH dans les conditions de droit commun. Le FJH est cependant pris en charge par les régimes obligatoires, tout comme les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations dits « en sus » ([article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Les FJ sont inclus dans les TNJP, seul le FJ de sortie est facturé en sus.

À noter, contrairement aux séjours de patients bénéficiant de l'AME, la facturation de ces éléments se fera uniquement sur support papier adressé à la caisse pivot.

Pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la CPAM et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée (circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS 2008-04 du 07.01.2008).

En effet, les établissements de santé doivent respecter la procédure suivante :

Rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie (notamment vérifier si la personne ne relève pas d'une convention internationale ou de l'AME) ;

Vérifier les critères de durée et d'irrégularité de résidence sur le territoire ;

Présenter une demande d'AME à la CPAM : l'instruction de cette demande permet un contrôle approfondi du dossier du patient, avant sa facturation au titre des soins urgents, si la demande d'AME est rejetée ;

Conserver dans le dossier toute pièce justificative de la situation du patient et de l'urgence des soins.

Si la caisse venait à rejeter la qualification SU pour cette facture, il est demandé aux établissements de santé de procéder à la modification de leurs données de facturation.

Aussi :

- Soit le séjour identifié comme relevant des SU a été rejeté au motif qu'il devrait être pris en charge au titre d'autres droits (Assurance Maladie Obligatoire, C2S, AME) alors les établissements de santé doivent remplacer les données de facturation afin que les données médicales du séjour soient établies sur la juste modalité de prise en charge.
- Soit, la caisse rejette le séjour au motif qu'il ne devrait pas être pris en charge (patient payant, non urgents...) alors l'établissement doit impérativement annuler la facturation du séjour en l'état, et refacturer au patient l'intégralité des soins.

Seule la partie correspondant au montant « non pris en charge par le régime général » (les 20 % + le FJS) est facturée à l'Assurance Maladie, le reste de la facture étant valorisé par l'ATIH.

3.3. La facturation des ressortissants des relations internationales (RI)

Les prestations délivrées au titre des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relation internationales) sont facturées aux caisses primaires d'Assurance Maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'État.

Conformément au 2° du II de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) les prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge au titre d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français sont facturées sur la base des TNJP.

- Le séjour est facturé en part obligatoire au regard du taux de prise en charge du patient.
- Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % par l'AMO, les forfaits journaliers sont facturables en sus, sur la part AMO. Le patient est donc redevable du ticket modérateur sur la base du TNJP uniquement et du FJ de sortie.
- Lorsque le patient est pris en charge à 100 %, les forfaits journaliers ne sont pas facturables en sus de la part AMO. Les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables au patient.
- Lorsque le patient est pris en charge à 100 % pour acte coûteux, la participation forfaitaire de 32 € est déductible de la part AMO, et facturable au patient, avec les forfaits journaliers (y compris celui de sortie).

Toutes les règles de facturation des patients non assurés sociaux en France ou relevant d'un régime spécifique sont consultables sur :

[Fiche Facturation séjours en MCO SSR et PSY ex-DG au 1^{er} janvier 2022- V8.2](#)

4. Synthèse des modalités de facturation du ticket modérateur (TM), de la participation forfaitaire (PF) et du forfait journalier hospitalier (FJH) en hospitalisation MCO

Il est question ici de récapituler l'ensemble des règles relatives à la facturation du TM et du FJH et leurs conséquences sur la facturation des prestations aux régimes d'Assurance Maladie Obligatoire et aux patients.

4.1. S'agissant du TM

4.1.1. Règles générales de calcul en MCO

Pour rappel, l'assiette de participation des patients aux séjours réalisés au sein des établissements ex-DG ou actuellement financés sous DAF, est celle du TNJP. Ces tarifs sont évalués en date d'exécution. La durée de séjour qui sert de base de calcul au TM est la suivante : Date fin séjour – Date début séjour (le jour de sortie n'est pas dû).

En cas de transfert définitif (supérieur à 48h), le TM n'est pas dû le jour de sortie de l'établissement d'origine (c'est le TM de l'établissement d'accueil qui s'applique dès le jour de transfert).

Le TM au-delà de la borne d'hospitalisation de 30 jours n'est pas facturé, ni à l'assurance maladie obligatoire (AMO), ni à l'assurance maladie complémentaire (AMC), ni à l'assuré (période dite HTM « Hors Ticket Modérateur »).

4.1.2. Influence sur la facture AMO en MCO

Lorsque le montant du TM est inférieur au montant du FJH, cela signifie que l'établissement facture plus de forfaits journaliers qu'il n'y a de participation du patient au titre du TM : il faut donc compenser la différence en diminuant ce qui revient à l'AMO pour maintenir l'égalité à 100 % du GHS. Le montant effectivement facturé à l'AMO est donc défalqué de l'écart entre le montant du FJH et le TM, afin de maintenir cette égalité.

Ce principe s'explique en référence aux dispositions suivantes :

- pour un séjour donné, les ressources d'un établissement de santé ne peuvent excéder 100 % du GHS pour la part AMO, et le reste à charge ne peut être supérieur à 20 % du séjour.
- dès lors que le patient n'est pas juridiquement exonéré du TM, alors le GHS doit être facturé à l'AMO sur la base d'un taux de remboursement égal à 80 % (autrement dit, il est impossible de facturer un GHS à 100 % lorsque le patient n'est pas exonéré de TM).

4.1.3. Participation forfaitaire de 32 € (PF32)

En cas d'exonération du TM pour acte couteux, la PF32 est défalquée du montant remboursable AMO, et est reporté sur la part complémentaire.

Hospitalisations successives et participation forfaitaire :

1. Hospitalisation consécutive et en lien direct :

- Si une hospitalisation succède immédiatement à la précédente et est en lien direct avec elle, la participation forfaitaire peut être facturée pour la seconde hospitalisation également.

Autrement dit :

- 2^{ème} séjour consécutif et en lien direct → facturation à nouveau de la participation forfaitaire.
- Les frais des deux séjours ne sont pas regroupés en une seule participation forfaitaire si les hospitalisations sont distinctes mais liées.

2. Au-delà d'une troisième hospitalisation :

- Une troisième hospitalisation est considérée comme nouvelle hospitalisation à part entière, même si elle fait suite aux précédentes. Dans ce cas, un ticket modérateur ou une participation forfaitaire, suivant la situation, peut de nouveau être appliqué.

4.2. S'agissant du forfait journalier hospitalier (FJH)

FJ = forfait journalier

FJS = forfait journalier de sortie (faisant l'objet d'une ligne de facturation spécifique)

FJH = forfait journalier hospitalier → somme des FJ + FJS

Le FJH est ainsi calculé : montant du forfait journalier (FJ) x durée de séjour (qui est égale à la date de fin du séjour – date de début du séjour).

Facturation au patient du FJ et du FJS :

Le FJ est facturé pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie (FJS)

Le FJ et le FJS ne sont pas dus en cas de séjour dont les dates d'entrée et de sortie sont identiques (prestation strictement ambulatoire).

En cas de sortie définitive :

Le FJS n'est pas dû en cas de transfert définitif (supérieur à 48h). Le FJS n'est pas dû en cas de décès du patient.

Quid du cumul avec le TM et la PF ?

Lorsque le montant du TM calculé sur la base du TNJP est supérieur au montant de la somme des FJ, ces derniers ne sont pas dus (ils sont inclus dans le TM). Seul le FJS est facturé en sus du TM.

Lorsque le montant du TM calculé sur la base du TNJP est inférieur au montant de la somme des FJ, alors n'est facturé au patient que le FJH.

Lorsque le patient est exonéré du TM, alors le FJH est défalqué du montant remboursable AMO, et est reporté sur la part complémentaire.

Lorsque le patient est exonéré du TM et qu'il bénéficie de la PF, alors la facturation du FJH se cumule avec celle de la PF en part complémentaire, et sont tous deux défalqués de la part AMO.

4.2.1. Tableau de synthèse pour les établissements Ex-DG

FJ = forfait journalier

FJS = forfait journalier de sortie

FJH = somme des FJ + FJS

Assurés sociaux en France

Patients assurés sociaux	FJH A LA CHARGE DU PATIENT			FJH PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE		
	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Patient Valorisation TM et FJH	Recettes établissement	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Valorisation TM et FJ	Recettes établissement
Patient non exonéré du ticket modérateur		<i>Séjours inférieurs à 31 jours</i>			<i>Séjours inférieurs à 31 jours</i>	
		$[(\text{TNJP} \times 20\%) - \text{FJ}] \times (\text{nbre de jours} - 1) + \text{FJH}$	$(\text{GHS} \times 80\%) + [(\text{TNJP} \times 20\%) - \text{FJ}] \times \text{nbre de jours} - 1 + \text{FJH}$		$\text{TNJP} \times (\text{nbre de jours} - 1) \times 20\%$	$(\text{GHS} \times 80\%) + [(\text{TNJP} \times \text{nbre de jours} - 1) \times 20\%]$
	GHS * 80% qq soit la durée du séjour			GHS * 80% qq soit la durée du séjour		
		<i>Séjours de plus de 30 jours</i>			<i>Séjours de plus de 30 jours</i>	
		<i>Jusqu'au 30ème jour</i> $[(\text{TNJP} \times 20\%) - \text{FJ}] \times 30 \text{ jours} + (\text{FJ} \times 30 \text{ jours})$ <i>+ (à partir du 31ème jour)</i> $\text{FJ} \times \text{nbre de jours restant}$ TM non facturable	$(\text{GHS} \times 80\%) + [(\text{TNJP} \times 20\%) - \text{FJ}] \times 30 \text{ jours} + \text{FJ} \times \text{nbre de jours restant}$		<i>Jusqu'au 30ème jour</i> $\text{TNJP} \times 20\% \times \text{nbre de jours}$ <i>+ (à partir du 31ème jour)</i> TM non facturable	$(\text{GHS} \times 80\%) + \text{TNJP} \times 20\% \times 30 \text{ jours}$
	Si 2 séjours sont consécutifs et en lien et si la durée totale des 2 séjours est ≥ 30 jours, le GHS du 2ème séjour est facturable à 100%			Si 2 séjours sont consécutifs et en lien et si la durée totale des 2 séjours est ≥ 30 jours, le GHS du 2ème séjour est facturable à 100%		
Patient exonéré du TM pour acte(s) coûteux (> 120 €) → TM forfaitaire à 24 €	$(\text{GHS} \times 100\%) - \text{PF } 24 \text{ €} - \text{FJH}$	$\text{PF } 24 \text{ €} + \text{FJH}$	GHS * 100%	$(\text{GHS} \times 100\%) - \text{TMF}$ qq soit la durée du séjour	TMF qq soit la durée du séjour	GHS * 100%
Patient exonéré du TM pour autres cas que les actes coûteux (> 120 €)	GHS * 100% - FJH	TM = 0€ + FJH	GHS * 100%	GHS * 100% qq soit la durée du séjour	TM = 0€	GHS * 100%

Non assurés sociaux ou prise en charge totale des soins

	Valorisation Assurance Maladie *	Valorisation Patient	Recettes établissement
<i>Patients bénéficiaires de l'AME Tous les cas</i>	(GHS * 80%)		(GHS * 80%)
	+ [(TNJP * 20%) * nbre de jours -1]		+ [(TNJP * 20%) * nbre de jours -1]
	+ FJS		+ FJS
<i>Patients relations internationales PEC 80%</i>	[(TNJP * 80%) * nbre de jours -1]	(TNJP * 20% * nbre de jours - 1)	[(TNJP * 100%) * nbre de jours - 1]
	+ FJ * nombre de jour -1	+ FJS	+ FJH
<i>Patients ressortissants des relations internationales Exonérés TM pour acte couteux</i>	[(TNJP * 100%) * nbre de jours - 1]	PF 24 €	[(TNJP * 100%) * nbre de jours - 1]
	- PF 24 €	+ FJH	+ FJH
<i>Patients ressortissants des relations internationales Exonérés TM autre que acte couteux</i>	[(TNJP * 100%) * nbre de jours - 1]	FJH	[(TNJP * 100%) * nbre de jours - 1]
			+ FJH
<i>bénéficiaires de la C2S PEC 80%</i>	(GHS * 80%)		(GHS * 80%)
	+ [(TNJP * 20%) * nbre de jours -1]		+ [(TNJP * 20%) * nbre de jours -1]
	+ FJS		+ FJS
<i>Patients bénéficiaires de la C2S exonérés TM pour acte couteux</i>	(GHS * 100%)		
	- PF 24 € (sur GHS)		
	- FJH → sur GHS		GHS * 100%
	+ PF 24 € (part complémentaire)		
<i>Patients bénéficiaires de la C2S exonérés TM autre que acte couteux</i>	(GHS * 100%)		
	- FJH → sur GHS		GHS * 100%
	+ FJH → part compl.		

*Dans le cas de l'AME, l'assurance maladie gère les flux de transmission, mais c'est le fond AME qui prend en charge le coût des soins.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La valorisation des séjours se base sur des forfaits hospitaliers (GHS), des prix de journée (TNJP) et du forfait journalier (FJH).
- La valorisation des séjours se fait selon deux circuits principaux : la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la part reste à charge (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier).
- Pour un assuré social en France, la part AMO est valorisée par l'ATIH, la part complémentaire est facturée au patient ou à son organisme complémentaire.
- Le mode et la base de facturation sont différents suivant que le patient est assuré social en France ou non.



FICHE 30 | La Facturation des hospitalisations MCO dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

La valorisation des séjours MCO en établissements privés (ex-OQN) se fonde sur les forfaits hospitaliers (Groupe Homogènes de Séjours - GHS) tant pour la part prise en charge par l'Assurance Maladie que pour le reste à charge patient.

La facturation est basée sur la transmission d'un document unique à l'Assurance Maladie : le bordereau S3404.

Il regroupe toutes les informations nécessaires à la valorisation des séjours, des médicaments et prestations facturés en sus, des actes de laboratoire, et des honoraires des professionnels libéraux ou salariés travaillant pour ces structures.

1. La base de valorisation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et reste à charge des hospitalisations

1.1 La part AMO

Au regard de l'[article R162-33-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (dite « part AMO ») de la valorisation de l'activité des séjours dans les établissements de santé est due au titre de prestations de séjours.

Ces prestations, facturées par séjour ou épisode de soins, peuvent être minorées ou majorées notamment en fonction de la durée de séjour ou de l'intensité des soins couverts par l'épisode. De manière générale et sauf exception, pour le champ MCO, ces prestations sont appelées GHS (Groupe Homogènes de Séjours).

La part AMO est calculée sur la base de **80 % minimum** des tarifs des GHS pour chaque séjour. Pour plus de détails sur les GHS, se reporter à la fiche « Règles communes de financement des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22 du CSS » de ce présent guide.

1.2. Le reste à charge patient : le ticket modérateur et le forfait journalier

Le reste à charge du patient repose sur une participation aux frais de soins et une participation à l'hébergement. Il se décompose de la manière suivante :

- La participation aux prestations de soins¹ qui peut prendre la forme :
 - soit d'un ticket modérateur (TM) basé sur 20 % des groupes homogènes de séjour (GHS).
 - soit d'une participation forfaitaire de 32 € (PF32) en cas de réalisation d'actes coûteux (avec un coefficient supérieur ou égal à 60 pour les actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) ou un tarif supérieur ou égal à 120 € pour les actes de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM)) au cours de la prise en charge pendant le séjour.
- La participation à l'hébergement qui consiste en un forfait journalier hospitalier (FJH de 23 € par jour en MCO). Le patient peut s'acquitter en outre de frais liés aux prestations pour exigences particulières, qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, en particulier les frais liés à la mise à disposition d'une chambre particulière.

Lorsque le patient doit s'acquitter d'un TM de 20 % (et ne bénéficie donc pas de la participation forfaitaire à 32 €), la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM mais elle s'impute sur ce dernier. Seul le forfait journalier de sortie est facturable en sus.

Lorsque le patient bénéficie de la participation forfaitaire à 32 €, les forfaits journaliers viennent s'ajouter à ce dernier.

Le forfait journalier **n'est pas facturable** en cas d'hospitalisation de jour (quand la date d'admission et de sortie est identique).

2. Le support de facturation : le bordereau S3404

La facturation des séjours dans les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue via le bordereau S3404.

Ce bordereau permet de répertorier les différents forfaits hospitaliers facturables, mais aussi les médicaments, les actes de biologies, et les actes des médecins et des personnels paramédicaux libéraux ou salariés.

Ces établissements ne bénéficiant pas de tarif dit « tout compris », ils facturent, en sus des forfaits hospitaliers, les actes des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux (à l'exception des actes infirmiers). Le bordereau S3404 est donc le document unique de facturation qui regroupe les prestations hospitalières communes, et les cotations des prestations médicales et paramédicales individuelles des personnels concernés par cette facturation en sus.

1. Pour plus d'information : voir le I de l'[article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) relatif à la participation de l'assuré aux frais de santé

La facturation intervient après la réalisation de la prestation, une fois le séjour clos.

Ce bordereau S3404 ne comporte qu'un seul exemplaire (l'original). Une copie de ce bordereau peut être réalisée pour les besoins de l'organisme du régime obligatoire ou de l'établissement. Le patient peut être également destinataire du bordereau à titre exclusif, en dehors des organismes assurant la couverture complémentaire.

Lorsque l'établissement est amené à fournir une copie du bordereau dématérialisé, il s'engage à y porter la mention « DUPLICATA » et « réservé au strict usage du patient ».

2.1. Présentation du bordereau

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

[illegible]

2.2. Les différentes parties du bordereau

1. La partie dite « haute »

Outre la partie supérieure destinée aux renseignements administratifs des bénéficiaires des soins, elle est destinée à rémunérer l'établissement des frais de structure de soins. On y indique les GHS, forfaits journaliers, la participation forfaitaire 32€ le cas échéant, les chambres particulières...

frais de structure et de soins (1)											frais de structure et de soins (2)												
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	periode		prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé	codes exo.	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	periode		prix unitaire	quantité	coefficient	montant facturé	codes
					du	au											du	au					
sous-total 1											sous-total 2												

2. La partie dite « médiane »

Elle concerne les médicaments et les produits et prestations (LPP) délivrés pendant les séjours, et facturés en sus.

produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)													
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes
											sous-total 3		
											champs total 1+2+3		

3. La partie dite « basse »

Cette section est dédiée à la saisie des actes et consultations des praticiens et auxiliaires médicaux habilités, ainsi qu'aux prestations de biologie médicale. Elle consigne également les modalités de transferts inter-établissements et le détail des quotes-parts (obligatoire et complémentaire) acquittées par l'assuré.

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																	
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	dégressif	code conventionnel	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais
									code acte ou lettre-clé	actes	phases	autres					
																	1
																	2
																	3
																	4
																	5
																	6
																	7
																	8
sous-total 4																	
transfert provisoire - n° FINESS établissement 1								n° FINESS établissement 2									
MANDATAIRE(S)																	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)						l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		☐	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		☐	signature du directeur de l'établissement					

3. La facturation des séjours

3.1. Principes généraux

Sont regroupées au sein d'un même bordereau de facturation pour un même malade et un même séjour, les facturations des frais relatifs :

- aux catégories de prestations d'hospitalisation mentionnées à l'[article R162-33 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et suivants.
- aux prestations exécutées par un autre établissement au cours du séjour du patient lors d'un transfert de moins de 48 heures (hors prestation inter activités pour lesquelles l'établissement prestataire facture ses prestations à l'Assurance Maladie obligatoire).
- aux médicaments et dispositifs médicaux relevant de la liste en sus MCO définie à l'[article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L165-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).
- aux médicaments d'accès compassionnel et d'accès précoce ([article L162-22-7-3 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).
- aux suppléments transports en cas de transfert définitif vers un autre établissement de santé, de prestations interactivités externes, ou de permission à but thérapeutique.
- aux honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux, et frais d'examens de laboratoire correspondant aux actes effectués au cours du séjour MCO.

Les règles suivantes doivent être respectées en matière de facturation :

- principe : un séjour = une facture
- peuvent figurer sur un même bordereau S3404, plusieurs séjours GHS :
 - en hospitalisation partielle
 - ou en hospitalisation complète tels que la date de début est égale à la date de fin
 - ou en hospitalisation complète hebdomadaire.
- peuvent faire l'objet de plusieurs factures successives les séjours GHS :
 - en hospitalisation partielle
 - en hospitalisation complète
- en hospitalisation à temps partiel :
 - le GHS est déterminé pour une période hebdomadaire avec le nombre de jours de présence effective du patient au cours de la semaine.
 - le bordereau S3404 doit comporter une ligne prestation GHS pour chaque journée de présence.
- facturation d'éléments complémentaires :
 - les titres de recettes émis par les hôpitaux publics relatifs à des actes réalisés sur des patients hospitalisés en établissement de santé ex-OQN peuvent donner lieu à des factures complémentaires de la part de l'établissement concerné.
- pour les séjours multiples en MCO et en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) dans le même établissement, deux factures distinctes doivent être établies :

- une facture pour le séjour MCO
- une facture pour le séjour SMR
- il est impératif d'établir un bordereau de facturation par risque concerné (maladie, maternité, accident du travail...).

3.1.1. Détail des modalités de valorisation du S3404

- Descriptif de la partie haute (zone 1) « pavés d'identification et de référence »

Cette zone porte les données d'identification et de caractéristique :

- de l'établissement facturant (Finess géographique, adresse, coefficient MCO → coefficient géographique, coefficient prudentiel, coefficient dit « Ségur », coefficient de spécialisation, coefficient honoraires)...
- de référence de la facture (N° de lot, N° de facture...)
- du bénéficiaire des soins ou de l'assuré (NIR, date de naissance, rang, organisme d'AMO...)
- du cadre de la prise en charge des soins facturés (risque, motif d'exonération du TM...)

- Valorisation de la partie haute (zone 2) « facturation des frais de séjours et de soins »

Cette zone est partagée en deux zones identiques afin d'accroître la place réservée aux frais de séjours et de soins. Cette zone comporte la facturation des prestations de séjour MCO, des TM, des éventuels suppléments, des forfaits journaliers...

- Valorisation de la partie médiane (zone 3) « liste des médicaments en sus MCO »

En MCO, cette zone est réservée à la facturation des médicaments relevant de l'[article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et qui sont facturés en sus des forfaits.

L'envoi des prescriptions des médicaments n'est pas requis pour les établissements ex-OQN. Cependant, ces prescriptions doivent rester à disposition des services de l'Assurance Maladie en cas de contrôle.

- Valorisation de la partie basse (zone 4) « relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire »

Cette partie concerne la facturation des actes médicaux, paramédicaux (à l'exclusion des actes infirmiers) et de laboratoire, facturés en sus du séjour MCO du bénéficiaire des soins.

Elle reste vide en l'absence d'acte.

- Concernant les professionnels libéraux :

Le bordereau renseigne le numéro d'identification (numéro ADELI) du professionnel exécutant, afin que l'Assurance Maladie rémunère directement ce dernier au regard de cet identifiant.

— Concernant les professionnels salariés :

Le bordereau renseigne le numéro FINESS de l'établissement facturant, afin que l'Assurance Maladie verse les sommes dues sur le compte de l'établissement concerné.

Cette partie se substitue aux feuilles de soins pré-identifiées de chaque professionnel de santé pour les actes faisant l'objet de la dispense d'avance de frais.

— Valorisation de la partie basse (zone 5) « informations sur les transferts et les signatures » Cette partie renseigne :

- les informations caractérisant la pratique ou non par l'établissement du tiers payant sur les parts obligatoires et/ou complémentaires ;
- les données permettant le cas échéant un paiement des honoraires sur un compte mandataire ;
- les signatures des professionnels de santé, de l'assuré et du représentant légal de l'établissement ;
- les précisions sur les établissements en cas de transfert.

L'[article R161-42 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que les compléments de facturation correspondant aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjoints du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'[article R161-47 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) court à compter de la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement.

3.1.2. La transmission des bordereaux

La facturation se fait directement auprès de l'Assurance Maladie, des organismes complémentaires ou des patients.

— Auprès de l'Assurance Maladie

La facturation à l'Assurance Maladie obligatoire est basée, pour un assuré social en France, sur minimum 80 % du tarif du GHS. Les honoraires en sus des médecins et auxiliaires médicaux (hors infirmiers) basés sur les actes CCAM ou NGAP suivent ce taux de prise en charge.

Elle s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins, etc.) doivent être mises à disposition de l'Assurance Maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique.

Après transmission et contrôle de la part de l'Assurance Maladie, les forfaits d'hospitalisations, les prestations facturables en sus, et les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux salariés (sur la base des tarifs de responsabilité et hors infirmiers) sont versés directement à l'établissement de santé.

Les honoraires des professionnels libéraux leurs sont directement versés.

- Auprès des patients et organismes complémentaires : le ticket modérateur sur la base des GHS, et les forfaits journaliers.

La facturation se fait, comme pour l'AMO, directement auprès des organismes complémentaires ou des patients non couverts par une complémentaire (en partie ou totalement), le cas échéant.



Rappel : le ticket modérateur en établissement privé ex-OQN, lorsqu'il est dû, se calcule sur la base du GHS, soit 20 % de ce dernier.

L' [article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Viennent s'ajouter les actes des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux (hors infirmiers), qui suivent le taux appliqué en hospitalisation, soit 20 % en part restant à charge.

La « facture » présentée au patient pour la part qui ne serait pas prise en charge par l'Assurance Maladie et/ou une complémentaire, est le reflet du bordereau S3404.

Elle récapitule la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et le reste à charges patient.

Cependant, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur. Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie figurant sur une liste de 30 maladies établie par les pouvoirs publics (Affections Longues durée - ALD 30) ;
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31) ;
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32).

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit.
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3.
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3.

- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité.
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.
- Les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse.
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie.

L'exonération du ticket modérateur n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée à la nature de l'acte. Certains actes médicaux effectués lors d'une hospitalisation peuvent en effet correspondre à une exonération du TM.

Ainsi, en présence d'actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € en CCAM ou ayant un coefficient $\geq$ à 60 en NGAP) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 €. Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même hospitalisation, le même jour, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas. La participation forfaitaire de 32 € s'applique dès lors que le tarif résultant de ce cumul est $\geq$ à 120 € ou que le coefficient résultant de ce cumul est $\geq$ à 60.

Enfin, la durée du séjour entre aussi en compte dans l'exonération ou non du TM : un séjour supérieur à 30 jours exonère le patient du ticket modérateur à partir du 31^{ème} jour.



Attention : lorsque le patient est exonéré du TM, mais soumis au TM forfaitaire de 32 €, ce dernier est déduit de la valeur du GHS (puisque facturé au patient).

Lorsque le patient est exonéré du TM et du TM forfaitaire, aucune déduction au titre du TM n'est effectuée sur le GHS.

HOSPITALISATIONS SUCCESSIVES ET PARTICIPATION FORFAITAIRE :

1. Hospitalisation consécutive et en lien direct :

- Si une hospitalisation succède immédiatement à la précédente et est en lien direct avec elle, la participation forfaitaire peut être facturée pour la seconde hospitalisation également.

Autrement dit :

- 2^{ème} séjour consécutif et en lien direct → facturation à nouveau de la participation forfaitaire.
- Les frais des deux séjours ne sont pas regroupés en une seule participation forfaitaire si les hospitalisations sont distinctes mais liées.

2. Au-delà d'une troisième hospitalisation :

- Une troisième hospitalisation est considérée comme nouvelle hospitalisation à part entière, même si elle fait suite aux précédentes. Dans ce cas, un ticket modérateur ou une participation forfaitaire, suivant la situation, peut de nouveau être appliqué.

3.2. La facturation des bénéficiaires du Régime Local d'Assurance Maladie Alsace-Moselle (RLAM)

Les séjours sont facturés comme tout autre assuré social en France, au détail près que le ticket modérateur et les forfaits journaliers sont pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du GHS. Le forfait journalier est inclus dans le GHS et le FJ de sortie est facturable en sus.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en sus en part AMO.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € est facturable en part AMO.

Concernant les conditions de prises en charge relatives aux bénéficiaires du RLAM, se reporter à la fiche « Les débiteurs → organismes relevant de l'AMO » de ce présent guide.

3.3. La facturation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Au regard de l'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'Assurance Maladie en part complémentaire sur la base de 20 % du GHS.
- En cas d'exonération du ticket modérateur autre qu'acte couteux, le forfait journalier est déductible du GHS et facturable à l'Assurance Maladie en part complémentaire.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € et les FJH sont déduits du GHS, et facturables à l'Assurance Maladie en part complémentaire.
- Le forfait journalier de sortie est facturable à l'Assurance Maladie en part complémentaire, que le patient soit exonéré ou non du ticket modérateur.

3.4. La facturation des bénéficiaires de l'Aide Médicale État (AME)

Pour rappel, les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- le ticket modérateur ;
- le forfait journalier hospitalier de sortie.

Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

L'[article L162-22-11-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que les règles de tarification des prestations d'hospitalisations dispensées aux patients pris en charge par l'AME en MCO dans les établissements de santé, sont au moins égales à 80 % des GHS.

Le B du I. de l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME ou des soins urgents, précise que la base de facturation pour ces patients se fondent sur 100 % des tarifs des GHS.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

À noter que les bénéficiaires de l'AME sont redevables du FJH dans les conditions de droit commun. Le FJH est cependant pris en charge par l'AME, tout comme les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations dits « en sus » ([article L162-22-7 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Le FJH est inclus dans le GHS. Le FJ de sortie est facturée en sus.

La valorisation des séjours fait donc l'objet d'une facturation directe et intégrale à l'Assurance Maladie.

Pour information, les dépenses au titre de l'AME sont des dépenses d'État, et non des cotisations de l'Assurance Maladie. L'Assurance Maladie est responsable de la gestion administrative et du versement des prestations, mais est compensée financièrement par l'État.

Concernant les conditions d'attribution de l'AME, se reporter à la partie « Prise en charge des patients venant de l'étranger » de ce présent guide.

3.5. La facturation des bénéficiaires des soins urgents (SU)

Les prestations délivrées dans le cadre de cette procédure des « soins urgents » sont facturées aux caisses primaires d'Assurance Maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) et les Caisses Générales de Sécurité Sociale (CGSS) assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'État.

Les bénéficiaires de ce dispositif sont ainsi dispensés de toute avance des frais. Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- le ticket modérateur, et plus généralement la participation du patient aux frais de soins ;
- le forfait journalier hospitalier de sortie.

Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

L'[article L162-22-11-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que les règles de tarification des prestations d'hospitalisation dispensées pour la prise en charge des soins urgents en MCO dans les établissements de santé, sont au moins égales à 80 % des GHS.

Le B du I. de l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME ou des soins urgents, précise que la base de facturation pour ces patients se fondent sur 100 % des tarifs des GHS.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

Les bénéficiaires de ce régime sont redevables du FJH dans les conditions de droit commun. Le FJH est cependant pris en charge par les régimes obligatoires, et inclus dans le GHS. Le FJ de sortie est facturé en sus.

À noter, contrairement aux séjours de patients bénéficiant de l'AME, la facturation de ces éléments se fera uniquement sur support papier adressé à la caisse pivot.

Pour l'ensemble des dossiers éligibles au dispositif des soins urgents, les établissements doivent présenter une demande d'AME à la CPAM ou à la CGSS et n'imputer sur le dispositif des soins urgents que ceux qui relèvent de cette catégorie et pour lesquels la demande d'AME a été rejetée (circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS 2008-04 du 07.01.2008).

En effet, les établissements de santé doivent respecter la procédure suivante :

Rechercher systématiquement l'existence d'une couverture maladie, et notamment vérifier si la personne ne relève pas d'une convention internationale ou de l'AME ;

Vérifier les critères de durée et d'irrégularité de résidence sur le territoire ;

Présenter une demande d'AME à la CPAM : l'instruction de cette demande permet un contrôle approfondi du dossier du patient, avant sa facturation au titre des soins urgents, si la demande d'AME est rejetée ;

Conserver dans le dossier toute pièce justificative de la situation du patient et de l'urgence des soins.

Si la caisse venait à rejeter la qualification SU pour cette facture, il est demandé aux établissements de santé de procéder à la modification de leurs données de facturation.

Aussi :

— Soit le séjour identifié comme relevant des SU a été rejeté au motif qu'il devrait être pris en charge au titre d'autres droits (Assurance Maladie Obligatoire, C2S, AME) alors les établissements de santé doivent remplacer les données de facturation afin que les données médicales du séjour soient établies sur la juste modalité de prise en charge.

— Soit, la caisse rejette le séjour au motif qu'il ne devrait pas être pris en charge (patient payant, non urgents...) alors l'établissement doit impérativement annuler la facturation du séjour en l'état, et refacturer au patient l'intégralité des soins.

Concernant les conditions d'attribution des SU, se reporter à la partie « Prise en charge des patients venant de l'étranger » de ce présent guide.

3.6. La facturation des ressortissants des relations internationales (RI)

Les prestations délivrées au titre des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relation internationales) sont facturées aux CPAM pour la métropole, ou aux CGSS, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'État.

Conformément au I de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) les prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge au titre d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français sont facturées sur la base des GHS.

- Le séjour est facturé en part obligatoire au regard du taux de prise en charge du patient.
- Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % par l'AMO, les forfaits journaliers sont facturables en sus, sur la part AMO. Le patient est donc redevable du ticket modérateur sur la base de 20 % du GHS uniquement.
- Lorsque le patient est pris en charge à 100 %, les forfaits journaliers (y compris le FJ de sortie) sont facturables en sus au patient.

Concernant les conditions de prises en charge relatives aux RI, se reporter à la partie « Prise en charge des patients venant de l'étranger » de ce présent guide.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La facturation des séjours MCO en établissements Ex-OQN se base sur les GHS, tant en part AMO qu'en part complémentaire.
- Le bordereau S3404 est le document unique de facturation pour les séjours dans les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), quelle que soit la prise en charge administrative du patient.
- Il est composé de trois parties nécessaires au recueil de toutes les informations indispensables à la valorisation complète du séjour.



FICHE 31 | La facturation et valorisation des hospitalisations à domicile (HAD) dans les ES visés aux a, b, c, d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

L'hospitalisation à domicile (HAD) est une forme d'hospitalisation à temps complet au cours de laquelle des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés sont effectués au domicile de la personne, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé.

Elle assure des soins non réalisables en ville car trop complexes, trop intenses ou trop techniques, pour des personnes qui ont besoin de continuité des soins et d'une équipe de coordination pluridisciplinaire (infirmières, rééducateurs, assistante sociale, psychologue, diététicienne...) et médicalisée (il y a toujours un médecin coordonnateur en HAD).

La notion d'hospitalisation à domicile est très large, puisqu'elle recouvre le domicile personnel mais également les établissements d'hébergement collectif pour toutes populations, par exemple : personnes âgées, personnes handicapées, personnes en situation de précarité sociale, mineurs protégés, ou demandeurs d'asiles.

La nature juridique des établissements d'HAD

Les établissements d'HAD sont de statuts variés, publics ou privés (à but lucratif ou non), rattachés à un établissement hospitalier ou autonomes (associatifs ou mutualistes par exemple). Ils sont assimilés à des établissements de santé ([article L6111-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)), et en assument toutes les obligations, notamment en matière de sécurité et de qualité, de continuité des soins et de respect des droits des patients.

Ils sont également soumis à l'autorisation de l'ARS mentionnée à l'[article L6122-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) s'agissant des projets de création d'établissement, de création, conversion et regroupement des activités de soins et d'installation de matériel lourd.

1. La production des informations administratives et médicales en HAD

1.1. Le séjour en HAD

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité autorisée en hospitalisation à domicile, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge en hospitalisation, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

En conformité avec l'[arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement - Légifrance](#), toute hospitalisation à domicile, qu'elle soit effectuée via une structure publique ou privée fait l'objet d'un recueil d'informations : le résumé par sous-séquence (RPSS).

La production de RPSS est obligatoire pour tous les patients pris en charge dans des établissements autorisés à exercer des activités de soins sous forme d'hospitalisation à domicile. Le RPSS est composé d'informations relatives à l'identité du malade et à la prise en charge administrative et médicale du patient.

Il comporte des informations relatives :

- 1. Au **séjour** : caractéristiques sociodémographiques (identité, sexe...) du patient et éléments de sa prise en charge administrative par l'établissement de santé ;
- 2. À la **séquence** : informations médicales précisant les diagnostics, l'état de santé global du patient et son niveau de dépendance, les modalités de sa prise en charge. Ces informations sont susceptibles d'évoluer au cours du séjour ;
- 3. À la **sous-séquence**, autorisant un découpage temporel d'une séquence de soins pour la facturation suivant les modalités de la tarification à l'activité (T2A).

Les informations du RPSS doivent être conformes au contenu du dossier médical du patient. Cette obligation fait notamment référence à la tenue des contrôles prévus par l'[article L162-23-12 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et l'[article L162-23-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Ce RPSS fait l'objet d'une anonymisation, effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir des fichiers de RPSS groupés ou non. Elle est le résultat d'un processus d'anonymisation des RPSS via un outil diffusé par l'ATIH.

Les résumés anonymes par sous-séquence (RAPSS) qui en résultent font l'objet d'une transmission mensuelle à l'agence régionale de santé.

Le séjour débute le **jour de l'admission du patient**, soit le premier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD. Sa date est la date d'entrée du séjour. Il est considéré comme le jour 1 (J1) de la prise en charge.

Le séjour se termine le **jour de la sortie du patient**, soit le dernier jour de la prise en charge par l'équipe de l'HAD. Sa date est la date de sortie du séjour.

En conséquence, le séjour d'un patient en HAD est défini comme la période de soins comprise entre le jour de l'admission et le jour de la sortie du patient, ces deux jours inclus.

Le jour de la sortie donne lieu à la facturation d'une journée, sauf si le séjour s'achève par un transfert du patient¹.

1. Arrêtés relatifs à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, dits « arrêtés prestations ». L'acception du mot « transfert » est ici celle des codes de la sécurité sociale et de la santé publique.

Le séjour s'interrompt en l'absence du patient pour une hospitalisation hors du domicile, incluant au moins une nuitée dans un établissement de santé autre que l'HAD, sauf exception (voir infra).

En revanche, le séjour d'hospitalisation à domicile n'est pas interrompu dans les cas suivants :

- passage du patient par un service d'accueil des urgences de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) non suivi d'une hospitalisation ;
- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'HAD (MCO ou établissement de soins médicaux et de réadaptation) d'actes de diagnostic, de surveillance ou de traitement (chimiothérapie, radiothérapie, dialyse, transfusion sanguine, soins de réadaptation, etc.) au cours d'une journée sans absence de nuit du patient de son domicile ;
- réalisation, dans un établissement de santé autre que l'HAD, d'actes explorations diagnostiques ou de surveillance spécifiquement nocturnes (polysomnographie par exemple) avec absence de nuit du patient de son domicile.

Le décès donne toujours lieu à la production d'un RPSS : dans ce cas en effet une admission est toujours prononcée, quel que soit le temps écoulé entre l'entrée du patient et son décès.

1.1.1. La séquence

Une **séquence** de soins est définie par une valeur donnée – une combinaison singulière – de chacune de trois variables nommées : mode de prise en charge principal (MPP), mode de prise en charge associé (MPA) et indice de Karnofsky (IK)².

La séquence reste la même tant que la valeur des trois variables ne change pas. La séquence change aussitôt que l'une au moins des trois variables est modifiée.

MPP, MPA et IK doivent être évalués au moins une fois par semaine.

Il en résulte qu'une séquence de soins donnée s'achève :

- soit lorsque l'une au moins des trois variables change de valeur : le patient entre alors dans une nouvelle séquence de soins et l'hospitalisation se poursuit.
- soit lorsque le patient sort d'HAD : l'hospitalisation s'achève au terme de sa dernière séquence.

1.1.2. La sous-séquence

Une séquence de soins pouvant durer plusieurs semaines, la sous-séquence autorise un découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement de santé. Il est donc produit une facture pour chaque sous-séquence.

2. Indicateur synthétique d'état de santé global du patient, de l'aide dont il a besoin pour les gestes de la vie courante (besoins personnels, habillage, etc.) et les soins médicaux qu'il requiert.

Le découpage des séquences en sous-séquences n'obéit à aucun modèle, il est réalisé au gré des établissements HAD. Il importe toutefois qu'il n'existe pas de sous-séquence incluant le dernier jour du mois de décembre et le 1^{er} janvier, la campagne tarifaire débutant chaque année à cette date. En conséquence, une sous-séquence en cours le dernier jour de décembre doit obligatoirement être close à cette date et une nouvelle sous-séquence ouverte le 1^{er} janvier.

→ Le contenu du recueil

Le résumé par sous-séquence comporte des informations administratives, démographiques, et des informations relatives à la morbidité et à la prise en charge médicale et paramédicale du patient. Parmi les premières, on distingue celles qui sont constantes au cours du séjour, et celles qui sont propres à chaque sous-séquence.

1.2. Les informations administratives constantes durant le séjour

Ces informations sont les suivantes :

1) un numéro de FINESS d'inscription e-PMSI (qui est une plateforme mise à disposition par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et qui recueille les données d'activité des établissements de santé).

2) une identification du séjour, qui prend des formes différentes suivant la nature de l'établissement HAD :

■ en établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) :

Numéro de séjour HAD

Il est attribué sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Il est préconisé que le numéro de séjour en HAD soit le numéro administratif du séjour (numéro d'hospitalisation, numéro d'entrée). S'il est différent, le médecin responsable de l'information médicale conserve la correspondance entre lui et le numéro administratif du séjour.

Le numéro de séjour en HAD est créé le jour de l'entrée. Il change à chaque nouvelle entrée (lors de chaque séjour) en HAD.

■ En établissements de santé visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) :

Dans les établissements considérés, la saisie du numéro de séjour en HAD est remplacée par celle des informations suivantes :

■ Numéro d'entrée

Il s'agit du numéro d'entrée saisi dans l'enregistrement « A », début de facture du résumé standardisé de facturation (RSF) associé au RPSS.

— Si le séjour facturable à l'assurance maladie

Elle correspond à l'information de même intitulé saisie jusqu'en 2009 dans le fichier VID-HOSP.

Son codage est donc le même :

Code 0 : non (séjour non facturable à l'Assurance Maladie)

Code 1 : oui (séjour facturable à l'Assurance Maladie)

Code 2 : en attente de décision quant au taux de prise en charge du patient

Code 3 : en attente de décision quant aux droits du patient

— Et s'il y a lieu, le motif de la non-facturation à l'assurance maladie

- 3) Un numéro d'identification permanent du patient (IPP) dans la structure d'HAD
- 4) Une date de naissance : jour, mois, année
- 5) Un sexe
- 6) Une date d'entrée du séjour
- 7) Une date de sortie du séjour
- 8) Un mode d'entrée
- 9) Une provenance
- 10) Un mode de sortie
- 11) Une destination

1.3. Les informations médicales constantes durant le séjour

— La variable « nature du séjour »

La nature du séjour représente le projet médical principal déterminé sous la responsabilité du médecin coordonnateur à l'entrée du patient en HAD.

La nature du séjour se décline en huit modalités :

- soins de la petite enfance : pour les enfants de moins de 3 ans
- antepartum
- postpartum
- soins palliatifs
- surveillance
- rééducation orthopédique
- soins ponctuels
- soins complexes

1.4. Les informations variables au cours du séjour

- numéro FINESS de l'établissement (code géographique) ;
- numéro FINESS ESMS (établissement et service médicaux-sociaux) quand le patient est hébergé dans un établissement social ;
- numéro de facture ;
- code postal du lieu de résidence du patient, ou du lieu des soins ;

- type de lieu de domicile du patient (voir le détail des codes dans le guide méthodologique publié par l'ATIH) ;
- numéro de séquence dans le séjour complet ;
- date de début de séquence ;
- date de fin de séquence.

2. Production des informations relatives à la valorisation en HAD

2.1. Établissements visés au d de l'article L. 162-22 du CSS : le résumé standardisé de facturation (RSF)

Les établissements de santé privés visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF).

Il est produit un RSF par sous-séquence. Le lien entre le RSF et le résumé par sous-séquence (RPSS) est assuré par les numéros d'entrée et de facture, informations communes aux deux résumés. De manière générale, la production d'un RPSS donne donc lieu à celle d'un RSF.

En revanche, il n'est pas produit de RSF pour un RPSS lorsque la variable séjour facturable à l'assurance maladie est différente de « oui ». Deux possibilités s'offrent alors à l'établissement : soit produire par lui-même un RSF mentionnant des montants nuls, soit laisser ce soin au logiciel PAPRICA (logiciel permettant l'anonymisation des RPSS, mis à disposition par l'ATIH) ;

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RPSS de la même sous-séquence, d'autre part des informations de facturation.

Les éléments communs au RSF et au RPSS (numéros FINESS, numéro d'entrée, numéro de facture, sexe, date de naissance, dates d'entrée et de sortie) respectent les définitions qui ont été données précédemment.

Les informations de facturation reproduisent le contenu du RSF anonymisé.

Le RSF anonymisé est le résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA). La production des RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel – PAPRICA – que celui qui est à l'origine du résumé anonyme par sous-séquence. Les RSFA sont transmis mensuellement à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

2.2. Établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS : le VID-HOSP

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ne sont pas soumis à la production de résumés standardisés de facturation (RSF).

VID-HOSP est un fichier produit par les services administratifs de gestion du patient ou de facturation, sous la responsabilité du directeur ou de la directrice de l'établissement. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie.
- les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés de sortie anonymes.

Le lien entre un enregistrement VID-HOSP et les autres recueils relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour (« HOSP »).

VID-HOSP est l'équivalent du RSF « A » (Début de facture) produit par les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Le VID-HOSP contient plusieurs variables, comme le montant total du séjour, le numéro d'entrée, le NIR du patient, etc. La liste exhaustive de ces variables se trouve dans le guide méthodologique de production des informations PMSI HAD publié par l'ATIH.

3. Le chainage anonyme des recueils d'informations

Un chainage anonyme des recueils d'informations du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) est mis en œuvre depuis 2001 (circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001). Il permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient lieu : secteur public ou privé, médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou psychiatrie. Le chainage anonyme repose sur la création d'un pseudonyme propre à chaque patient au moyen d'un module logiciel fourni par l'ATIH, qui utilise trois variables :

- le numéro d'assuré social,
- la date de naissance,
- le sexe.

Les hospitalisations d'un même patient peuvent ainsi être reconnues et « chaînées » mais il est impossible d'identifier la personne à partir de son pseudonyme (il est impossible de retourner du numéro au patient).

3.1. Chainage anonyme en établissements visés au d de l'article L. 162-22 du CSS

Les établissements de santé privés visés aux d de l'[article L162-22 - code de la sécurité sociale - Légifrance](#) ne produisant pas de fichier VID-HOSP, les variables identifiantes nécessaires au calcul du numéro anonyme sont présentes dans le RSF « A » Début de facture.

Sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale, les fichiers de RSF et de RPSS sont soumis au logiciel Druides qui intègre le module de calcul du pseudonyme. Druides assure, ainsi, la production des fichiers anonymes relatifs à l'activité et à sa facturation (Résumé Anonyme par Sous-Séquence - RAPSS, et Résumé Standardisé de Facturation Anonyme - RSFA) et du fichier de chainage.

3.2. Chainage anonyme en établissements visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS

La procédure de pseudonymisation chainage anonyme comporte les étapes suivantes pour les établissements publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) :

- lors de chaque séjour un numéro anonyme est créé par les services administratifs de l'établissement (par le biais d'un logiciel fourni par l'ATIH, prénommé MAGIC). Il en résulte un fichier qui fait correspondre à chaque numéro administratif de séjour (NAS) un numéro anonyme. Ce fichier est transmis au médecin responsable de l'information médicale ;
- le médecin responsable de l'information médicale produit pour sa part un fichier qui fait correspondre à chaque NAS le numéro de séjour en HAD (qui est souvent le même numéro que le NAS). La jonction de ce fichier avec celui transmis par les services administratifs crée pour chaque séjour une relation entre NAS, numéro de séjour en HAD et numéro anonyme ;
- lors de l'anonymisation des enregistrements contenant le numéro de séjour en HAD ou le NAS (RAPSS), un lien est ainsi établi entre eux et le numéro anonyme.

4. La transmission des informations en HAD

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et à l'[arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement - Légifrance](#), les établissements de santé transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

- établissements de santé publics et privés visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) : fichiers de RAPSS, fichier des conventions entre établissements HAD et ESMS, auxquels s'ajoute un fichier nommé « ANO » qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage anonyme.
- établissements de santé privés visés au d du même article : fichiers de RAPSS et de RSFA, fichier des conventions établissements HAD et ESMS.

La transmission des informations est mensuelle et cumulative : la transmission des fichiers produits au titre d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des mois précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission sont considérées comme satisfaites lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-PMSI.

Dès la réception des fichiers anonymes par la plateforme e-PMSI, avant d'effectuer les traitements d'exploitation des données, une deuxième pseudonymisation est appliquée par les services de l'ATIH. Il est ainsi calculé un second numéro anonyme différent du numéro anonyme présent dans l'établissement. Lors de la création du second numéro anonyme un nouveau numéro d'index est créé, entraînant la rupture entre le numéro anonyme final et les données d'amont. Les fichiers transmis à l'agence régionale de santé (ARS) ne contiennent que le second numéro anonyme.

Les données recueillies dans le cadre du PMSI sont protégées par le secret professionnel ([article L1110-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), [article R4127-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), [article 226-13 - Code pénal - Légifrance](#), et article 4 du code de déontologie médicale).

Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin. Son rôle est prévu par l'[article R6113-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) à l'[article R6113-8 - Code du travail - Légifrance](#).

Conformément à l'[article R6113-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article R6113-4 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les données recueillies pour chaque patient par le praticien ayant dispensé des soins sont transmises au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.

La création des fichiers et les traitements de données sont soumis à l'avis préalable de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

Les fichiers de résumés par sous-séquences (RPSS) sont indirectement nominatifs au regard de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. En conséquence, leur contenu ne peut être porté à la connaissance que des seuls acteurs légalement ou réglementairement autorisés et des personnes travaillant sous leur responsabilité.

5. Modalité de facturation/valorisation des Groupes Homogènes de Tarifs (GHT) et restes à charge en HAD

5.1. Présentation générale du modèle

Le cadre tarifaire et de régulation des structures et des établissements pratiquant l'activité d'hospitalisation à domicile est défini dans le dispositif législatif et réglementaire de la tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé. Le modèle retenu permet de moduler le niveau des ressources allouées aux établissements en fonction de leur activité et des modes de prise en charge des patients.

5.2. La part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et le reste à charge patient

5.2.1. Règles communes du principe de facturation

La base de facturation des séjours HAD en établissements de santé est axée sur une part prise en charge par l'assurance maladie, et un reste à charge destiné aux patients.

■ La part AMO

La rémunération de la part AMO de la structure d'HAD consiste dans la valorisation et le versement des éléments suivants :

- les forfaits journaliers de séjours et de soins appelés groupes homogènes de tarifs (GHT), dont le montant résulte des pondérations associées aux combinaisons autorisées de quatre variables fondamentales qui forment un groupe homogène de prise en charge (GHPC).

Dans un même GHPC, des activités médicales extrêmement hétérogènes sont regroupées. Il ne s'agit donc pas d'une classification médico-économique comme en MCO ou SMR.

Le classement dans un groupe tarifaire peut être réévalué au cours du séjour et varie selon la durée de prise en charge

Les prestations incluses dans le GHT sont définies conformément au décret pris pour l'application de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Les 2 grilles tarifaires des établissements de santé ex-DG (tarif public) et ex-OQN (tarif privé) sont disponibles dans les arrêtés tarifaires.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versements des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale de sécurité sociale, les tarifs nationaux peuvent être affectés des coefficients suivants :

- le coefficient prudentiel mentionné à l'[article L162-22-3-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- le coefficient géographique mentionné à l'[article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- le coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux mentionné à l'[article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant de l'Aide Médicale État (AME).

■ Le reste à charge : le ticket modérateur

Le reste à charge du patient ne repose en HAD que sur une participation aux frais de soins. Il peut prendre la forme suivante :

- soit un ticket modérateur (TM) basé sur 20 % des tarifs nationaux journaliers des prestations (TNJP) ou des tarifs de prestations d'hospitalisation, en fonction de la catégorie juridique de l'établissement de santé et de son mode de financement ;
- soit une participation forfaitaire de 32 € (PF32) en cas de réalisation d'actes coûteux (avec un coefficient supérieur ou égal à 60 pour les actes issus de la nomenclature générale des actes professionnels – NAGP, ou un tarif supérieur ou égal à 120 € pour les actes issus de la Classification Commune des Actes Médicaux) au cours de la prise en charge.



Le forfait journalier n'est pas facturable en HAD. Les frais d'hôtellerie sont en effet supportés par le patient puisqu'hospitalisé à son domicile.

Cependant, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur. Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie figurant sur une liste de 30 maladies établie par les pouvoirs publics (affection longue durée - ALD 30),
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31),
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32).

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit,
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité,
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, pour l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie.

L'exonération du ticket modérateur n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée à la nature de l'acte. Certains actes médicaux effectués lors d'une hospitalisation peuvent en effet correspondre à une exonération du TM.

Ainsi, en présence d'actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € ou ayant un coefficient $\geq$ à 60, voir supra) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 € (PF32). Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même hospitalisation, le même jour, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas. La PF32 s'applique dès lors que le tarif résultant de ce cumul est $\geq$ à 120 € ou que le coefficient résultant de ce cumul est $\geq$ à 60.

Enfin, la durée du séjour entre aussi en compte dans l'exonération ou non du TM : un séjour supérieur à 30 jours exonère le patient du ticket modérateur à partir du 31^{ème} jour.

Attention : lorsque le patient est exonéré du TM, mais soumis à la PF32, ce dernier est déduit de la valeur du GHT (puisque facturé au patient).

Lorsque le patient est exonéré du TM et de la PF32, aucune déduction au titre du TM n'est effectuée sur le GHT.

5.2.2. Facturation dans les établissements visés au d de l'article L 162-22 du CSS

Un GHT est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile.

Les règles de facturation sont les mêmes que pour les séjours hospitaliers MCO, à l'exception près **qu'aucun forfait journalier n'est facturable**, étant donné que les frais d'hôtellerie ne sont pas à la charge de l'HAD.

Comme pour le MCO, la facturation des séjours sont basés en AMO et en AMC sur les tarifs des GHT (80 % / 20 % pour un assuré social de base en France).

Le séjour du patient pris en charge en hospitalisation à domicile est défini comme la période de soins comprise entre le jour d'admission et le jour de la sortie du patient, ces deux jours inclus.

Le jour de sortie est donc pris en compte pour la facturation des forfaits GHT, sauf lorsque le séjour s'achève par un transfert comportant au moins une nuitée dans un autre établissement. Les transferts de moins d'une nuitée n'ont en revanche pas pour effet d'interrompre le séjour de HAD : un GHT sera donc facturé dans ce cas le jour du transfert.

La facturation des séjours dans les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue via le bordereau S3404.

Ce bordereau permet de répertorier les différents forfaits hospitaliers facturables, mais aussi les médicaments, les actes de biologies, les actes des médecins et des personnels paramédicaux libéraux.

Les établissements concernés facturent, en sus des forfaits hospitaliers, les actes des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux (à l'exception des IDE et des honoraires afférents aux examens de biologie médicale - [article R162-33-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)). Le bordereau S3404 est donc le document unique de facturation qui regroupe les prestations hospitalières communes, et les cotations des prestations médicales et paramédicales individuelles des personnels concernés par cette facturation en sus.

La facturation intervient après la réalisation de la prestation, une fois le séjour clos.

5.2.2.1 Présentation du bordereau

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

[illegible]

5.2.2.2 Les différentes parties du bordereau

1. La partie dite « haute »

Outre la partie supérieure destinée aux renseignements administratifs des bénéficiaires des soins, elle est destinée à rémunérer l'établissement des frais de structure de soins. On y indique les GHT, TNJP, le forfait acte couteux le cas échéant...

fraîs de structure et de soins (1)												fraîs de structure et de soins (2)												
transfert	mode de transport	DMT	prestation	n° GRS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes	transfert	mode de transport	DMT	prestation	n° GRS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes	
					du	au											du	au						
sous-total 1												sous-total 2												

2. La partie dite « médiane »

Elle concerne les médicaments et les produits et prestations (LPP) délivrés pendant les séjours.

[illegible]

5.2.2.4 La transmission des bordereaux

La facturation se fait directement auprès de l'assurance maladie, des organismes complémentaires ou des patients.

1. Auprès de l'assurance maladie

La facturation à l'assurance maladie obligatoire est basée, pour un assuré social « classique » en France, sur 80 % du tarif des GHT.

Les honoraires en sus basés sur les actes CCAM ou NGAP suivent ce taux de prise en charge. Elle s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins...) doivent être mises à disposition de l'assurance maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique.

Après transmission et contrôle de la part de l'assurance maladie, les forfaits d'hospitalisations, les prestations facturables en sus, et les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux (sur la base des tarifs de responsabilité) sont versés directement à l'établissement de santé.

2. Auprès des organismes complémentaires, sur la base des GHT

La facturation se fait, comme pour l'AMO, directement auprès des organismes complémentaires.

Le ticket modérateur, lorsqu'il est dû, se calcule sur la base du GHT, soit 20 % de ce dernier. La part facturée à l'assurance maladie est donc de 80 % du GHT.

Viennent s'ajouter les actes des praticiens conformément à l'[article R162-33-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), qui suivent le taux appliqué en hospitalisation, soit 80 % part AMO et 20 % part AMC.

3. Auprès des patients : le ticket modérateur, sur la base des GHT

Sur la base du mode de calcul du 2. précédent, la « facture » présentée au patient pour la part qui ne serait pas prise en charge par l'assurance maladie et/ou complémentaire, est le reflet du bordereau S3404.

Elle récapitule la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et le reste à charges patient.



5.2.2.5 La facturation des bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME)

Pour rappel, les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne le ticket modérateur.

L'[article L162-22-11-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) dispose que les règles de tarification des prestations d'hospitalisations dispensées aux patients pris en charge par l'AME en HAD sont au moins égales à 80 % des GHT.

Le B du I. de l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME, précise que la base de facturation se fonde sur 100 % des tarifs des GHT dans les établissements mentionnés au d et e de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

Pour rappel, le forfait journalier n'est pas facturable en HAD.

La valorisation des séjours fait donc l'objet d'une facturation directe et intégrale à l'assurance maladie.

5.2.2.6 La facturation des bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

Au regard de l'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'AMO sur la base de 20 % du GHT.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturables à l'AMO en part complémentaire.

5.2.2.7 La facturation des bénéficiaires du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM)

Les séjours sont facturés comme tout autre assuré social en France, au détail près que le ticket modérateur est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du GHT.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable en part AMO.

5.2.3. Facturation dans les établissements visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du CSS

Le 4° de l'[article R162-33-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les honoraires du praticien désigné par le patient pour assurer de façon continue sa prise en charge à domicile sont inclus dans le forfait GHT. Ce dernier doit donc facturer ses honoraires à la structure HAD concernée.

5.2.3.1 La part facturée à l'assurance maladie

Les établissements de santé ex-DG MCO-HAD relèvent d'un dispositif en application du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Leurs données d'activités sont mensuellement transmises à l'agence régionale de santé et valorisées, pour la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, par application des tarifs nationaux des prestations fixés en application de l'[article L162-22-3-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#). Dans ce cadre, les données d'activité se rapportant aux séjours réalisés au cours d'un mois donné M doivent être transmises avant la fin du mois M+1.

Dans les faits, la valorisation est effectuée par l'ATIH à partir des données d'activités collectées sur la plateforme e-PMSI (voir les parties sur la production et la transmission des informations des séjours).

Sur la base de cette valorisation, l'agence régionale de santé adopte chaque mois un arrêté fixant le montant dû à l'établissement par l'assurance maladie. Elle le notifie conjointement à l'établissement et à la CPAM chargée des versements.

Contenu des arrêtés de versements en séjours HAD

La rémunération de la part AMO de la structure d'HAD consiste dans la valorisation et le versement des éléments suivants :

- les forfaits journaliers de séjours et de soins appelés groupes homogènes de tarifs (GHT), dont le montant résulte des pondérations associées aux combinaisons autorisées de quatre variables fondamentales qui forment un groupe homogène de prise en Charge (GHPC).

Dans un même GHPC, des activités médicales extrêmement hétérogènes sont regroupées. Il ne s'agit donc pas d'une classification médico-économique comme en MCO ou SMR.

Le classement dans un groupe tarifaire peut être réévalué au cours du séjour et varie selon la durée de prise en charge.

Les prestations incluses dans le GHT sont définies conformément au décret pris pour l'application de [l'article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

Les 2 grilles tarifaires des ES ex-DG (tarif public) et ex-OQN (tarif privé) sont disponibles dans les arrêtés tarifaires.

Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versements des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale de sécurité sociale, les tarifs nationaux peuvent être affectés des coefficients suivants :

- **le coefficient prudentiel** mentionné à [l'article L162-22-3-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- **le coefficient géographique** mentionné à [l'article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- **le coefficient relatif aux allègements de charges** mentionné à [l'article R162-33-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)

— Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME.

Chaque établissement peut consulter et vérifier les versements via la plateforme e-PMSI et le tableau OVALID (Outil de VALIdation des Données) correspondant.

— **Modalité de versement (acomptes et soldes) des activités de séjours en HAD**

L'article 9 de l'arrêté versement du 31 décembre 2022 mentionne que les montants dus au titre de l'activité sont cadencés comme suit :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME.

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME.

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié par le directeur général de l'ARS diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.

5.2.3.2 La part facturée au patient : le ticket modérateur, sur la base des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP)

De manière générale, l'article 35 de la LFSS pour 2020 a prévu la création d'une tarification nationale journalière des prestations, base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme concerne les établissements du secteur ex-DG pour les champs du MCO et de l'HAD, ainsi que l'ensemble des établissements de psychiatrie (publics, privés à but lucratif et à but non lucratif). Les grands principes de la réforme sont définis dans le décret d'application du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés.

La réforme a consisté à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Les TNJP servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'AME. La réforme n'engendre pas de modification concernant les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur.

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui diffèreraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

Pour le champ HAD, la réforme du ticket modérateur ne s'applique donc uniquement qu'au secteur de financement ex-DG. L'échelle de TNJP distingue 2 groupes d'établissements, au regard de leurs périmètres d'activité :

INTITULÉ DU TARIF	MONTANTS
Groupe 1 : établissements exerçant uniquement des activités de HAD	
Groupe 2 : établissements exerçant à la fois des activités HAD et des activités MCO, ou PSY, ou SMR	

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur, la participation est égale à 20 % des TNJP, par nombre de jours de présence, sauf le jour de sortie.

5.2.3.3 La facturation des bénéficiaires de l'aide médicale État (AME)

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne uniquement la participation du patient aux frais de soins.

L'[arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État ou des soins urgents - Légifrance](#) prévoit que les règles de tarification des prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge par l'AME dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) se basent sur 80 % des GHT et 20 % des TNJP.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

Pour ces établissements, seule la partie correspondant au montant « non pris en charge par le régime général » (les 20 %) est facturée à l'Assurance maladie, le reste de la facture étant valorisé par l'ATIH. L'assurance maladie gère les flux de facturation, effectue les versements pour son compte et le compte de l'ATIH, mais se fait rembourser par le fonds AME, qui est un dispositif d'État.

5.2.3.4 La facturation des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)

Au regard de l'[article L861-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'AMO sur la base de 20 % du TNJP.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable à l'AMO en part complémentaire.

5.2.3.5 La facturation des bénéficiaires du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM)

Les séjours sont facturés comme tout autre assuré social, au détail près que le ticket modérateur est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du TNJP.
 - En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable en part AMO.
- La facturation est directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.

6. Prises en charge particulières en milieux particuliers

6.1. Intervention de l'HAD dans les établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)

Les établissements HAD peuvent intervenir sous conditions dans les établissements médicosociaux de type EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), dans tout le secteur des établissements sociaux (ES) et des autres établissements médicosociaux (EMS).

Cependant, lorsque le patient pris en charge est domicilié dans une structure d'hébergement, le montant du GHT facturé est minoré d'un taux fixé par arrêté. Ce taux est aujourd'hui de 13 %.

6.2. Intervention simultanée de l'HAD et d'un service de soins à domicile (SSIAD) ou service polyvalent d'aide et de soins à domicile (SPASAD) au domicile du patient

L'intervention conjointe de l'HAD et d'un SSIAD ou d'un SPASAD est possible, pour les patients bénéficiant de ces deux services avant leur admission en HAD. Cette intervention simultanée est possible quel que soit le mode de prise en charge du patient en HAD.

La tarification de l'HAD dans ce cas est minorée de 7 % (sur le GHT).

POINTS CLÉS À RETENIR :

- **L'hospitalisation à domicile est une forme d'hospitalisation à temps complet qui fournit des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés au domicile du patient.**
- **Les établissements d'HAD doivent réaliser un recueil d'informations pour chaque patient, appelé résumé par sous-séquence (RPSS), pour l'activité de soins.**
- **La base de facturation est le groupe homogène de tarifs (GHT), qui est facturé chaque jour de présence en secteur HAD.**
- **Le reste à charge patient, s'il est concerné, est constitué uniquement d'une participation aux frais de soins, basée sur le TNJP ou sur la participation forfaitaire de 32 € (exonération du TM pour acte coûteux). Aucun forfait journalier hospitalier n'est facturé.**



FICHE 32 | Les règles communes de financement, recueil et valorisation des hospitalisations en SMR dans les ES visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

Un nouveau modèle de financement de l'activité de SMR est entré en vigueur au 1^{er} juillet 2023. Il repose sur des recettes forfaitaires et des recettes directement liées à l'activité, assorties de compartiments complémentaires.

Ce financement mixte est principalement composé :

- d'une **part « forfaitaire »** dont l'objectif est d'allouer la ressource en fonction des besoins de santé, approchés par les caractéristiques des populations et des territoires, de la prise en charge en pédiatrie en fonction des orientations régionales et nationales, et également de sécuriser les établissements en leur garantissant une base de ressources indépendante de leur niveau d'activité, leur permettant de mettre en œuvre des stratégies pluriannuelles et de lisser les aléas de revenus liés à l'activité.
- d'une **part « activité »** correspondant à un financement au séjour permettant de prendre en compte l'activité réalisée au cours de l'année N, qui a vocation à compléter le financement de la part forfaitaire pour permettre à l'établissement de bénéficier de ressources liées à son activité réelle, afin d'accompagner la dynamique d'activité.

Les établissements sont également éligibles à **trois compartiments complémentaires pour financer certaines activités ou missions spécifiques**.

1. Le **compartiment « plateaux techniques spécialisés » (PTS)** visant à compenser une partie des charges induites par l'exploitation de PTS rares et coûteux.
2. Le **compartiment « molécules onéreuses » (MO)** permettant le financement en sus de certaines molécules inscrites sur une liste limitative. Il s'agit de permettre aux établissements de dispenser des traitements onéreux. Cette liste englobe la liste en sus MCO ainsi que des molécules onéreuses spécifiques au champ SMR.
3. Le **compartiment relatif aux dotations finançant certaines missions d'intérêt général (MIG)** dont les établissements de SMR ont spécifiquement la charge, en raison notamment de la durée des prises en charge et de la spécificité du projet thérapeutique.

Les établissements SMR bénéficient également de la **dotation d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ)**.

Le présent guide aborde le traitement de la part dite « activité ».

1. Le recueil de l'activité des hospitalisations en SMR

Sur la base des dispositions de l'[article L6113-7 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et de l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), les établissements de santé publics et privés procèdent à une description de leur activité médicale par le biais du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Il s'agit d'un recueil d'informations médicales synthétiques, qui respecte un format normalisé et concerne l'ensemble de l'activité de l'établissement : hospitalisation partielle et complète.

L'objet de ce recueil et de son traitement est :

De décrire l'activité des établissements : en permettant la description quantifiée et en termes médicaux de l'activité des établissements ;

De regrouper les séjours en ensembles définis, qui peuvent servir à une part du financement des établissements : au moyen d'un algorithme s'appuyant sur les informations contenues dans le recueil.

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

En ce qui concerne les établissements de SMR, la production des informations administratives et médicales est prévue par l'[arrêté du 27 décembre 2023 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins médicaux et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique - Légifrance](#), dit « arrêté PMSI SMR ».

L'enregistrement de l'activité est réalisé par semaine calendaire sous la forme d'un résumé hebdomadaire standardisé (RHS). Le recueil ne concerne pas les actes réalisés par les intervenants de SMR pour des patients hospitalisés dans un autre champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie...). Les informations du RHS constituent un résumé normalisé et codé conforme au contenu du dossier médical du patient.

Les recueils d'informations sur l'activité sont pseudonymisés avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI) mise à disposition par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements et les Agences Régionales de Santé (ARS). La validation des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (ARS). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) en SMR, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 27 décembre 2023 sus visé.

1.1. La production des informations relatives à l'activité de SMR : le Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS) et le Résumé Hebdomadaire Anonymisé (RHA)

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité SMR public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées constituant le **résumé hebdomadaire standardisé (RHS)**, et sur le traitement méthodique de ces données.

Toute hospitalisation dans le champ d'activité des SMR d'un établissement de santé, avec ou sans hébergement, doit donner lieu à la production de RHS.

La pseudonymisation du RHS est à l'origine du **résumé hebdomadaire anonyme (RHA)** qui est transmis à l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement.

1.1.1. Production du Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS)

Le champ d'activité SMR est constitué par l'ensemble des unités médicales (UM) d'un établissement de santé autorisées à dispenser des soins médicaux et de réadaptation conformément à l'[article L6122-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et suivants. Les informations sont recueillies à l'échelle de l'unité médicale, définie comme « un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé ».

Un établissement de santé, identifié par un numéro FINESS juridique, est constitué d'un ou de plusieurs établissements dits géographiques, identifiés chacun par un numéro FINESS géographique. La transmission PMSI doit être réalisée sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

L'admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SMR est le facteur déclenchant la production d'un RHS. Tout séjour qui a donné lieu à l'enregistrement administratif d'une admission dans une unité médicale d'hospitalisation de SMR entraîne la production d'un RHS au terme de chaque semaine dans l'unité. Lorsqu'un patient fréquente plusieurs unités médicales au cours de la même semaine, il est produit pour ladite semaine autant de RHS que d'unités médicales fréquentées.

À noter que les jours de présence effective des malades sont indiqués pour chaque jour de la semaine au sein des RHS.

FOCUS : HOSPITALISATION COMPLÈTE ET HOSPITALISATION À TEMPS PARTIEL

Dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet, la présence des patients est continue, hors permissions de sortie.

Dans le cadre d'une hospitalisation temps partiel, les prises en charge peuvent correspondre à des présences discontinues. Dans ce cas, il ne peut être produit de RHS qu'au titre d'une semaine au cours de laquelle le patient a été présent au moins une journée en hospitalisation.

L'[article R6123-150 - Code de la santé publique - Légifrance](#) définit l'hospitalisation à temps partiel comme suit : « L'hospitalisation à temps partiel correspond à une durée de soins inférieure ou égale à douze heures par vingt-quatre heures, ne nécessitant pas d'hébergement, pour les patients dont l'état de santé est compatible avec ce mode de prise en charge. Les prestations délivrées sont similaires par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à celles habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet. »

Le contenu du RHS

Le RHS comporte des informations administratives, démographiques, et des informations relatives à la morbidité et à la prise en charge médicale et paramédicale du patient. Parmi les premières, on distingue celles qui sont constantes au cours du séjour, communes aux unités médicales fréquentées par le patient, et celles qui sont propres à chaque unité médicale.

Les informations administratives constantes au cours du séjour sont, par exemple, le numéro FINESS d'inscription e-PMSI, le numéro de séjour SMR, la date de naissance du patient ou les dates de début et fin de séjour.

Les informations variables au cours du séjour regroupent les informations propres à l'unité médicale et aux mouvements du patient, ou les informations hebdomadaires non médicales du RHS.

La liste exhaustive de ces informations se trouve dans le *guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en soins médicaux et de réadaptation*, publié sur le site de l'ATIH.

FOCUS SUR LES JOURNÉES DE PRÉSENCE

Depuis 2017, la définition de la journée de présence PMSI SMR est alignée sur celle de la journée facturée. En hospitalisation complète et en hospitalisation partielle de nuit, la règle qui s'applique est celle de la présence à minuit. Ainsi, le jour d'entrée est codé comme une journée de présence, tandis que le jour de sortie n'est pas enregistré comme tel, sauf en cas de décès du patient.

Informations hebdomadaires médicales, paramédicales et socio-éducatives :

- La morbidité principale et l'affection étiologique codées sur la base de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes dans sa version CIM-10 à usage PMSI. Cette classification a pour but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes.
- Les actes médicaux : ces actes doivent être codés selon la version la plus récente en vigueur de la classification Commune des actes médicaux (CCAM) ;
- La dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne ;
- Les actes de rééducation et réadaptation, codés conformément à la nomenclature et aux règles d'utilisation figurant dans le catalogue spécifique des actes de réadaptation (CSAR).

1.1.2. La production du Résumé Hebdomadaire Anonymisé (RHA)

La production du résumé hebdomadaire anonymisé (RHA) est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale à partir du RHS groupé. Elle est le résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel fourni par l'ATIH. Le RHA comporte l'ensemble des informations du RHS, à l'exception de celles qui sont supprimées ou transformées dans le processus de pseudonymisation.

Le RHA comporte également le résultat du groupage effectué par la fonction groupage officielle. Ces fichiers sont transmis à l'agence régionale de santé.

2. Base de valorisation/facturation des séjours SMR des assurés sociaux en France

La facturation des séjours SMR en établissements de santé est basée sur une part prise en charge par l'assurance maladie, et un reste à charge destiné aux patients.

2.1. La part Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Au regard du II de l'article 5 de l'[arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale - Légifrance](#), la valorisation de l'activité des séjours est due au titre des tarifs nationaux, dits **groupes médico-tarifaires (GMT)**.

Chaque GMT est associé à un GME : le Groupe Médico-Economique.

La classification d'un séjour en hospitalisation complète ou d'un RHA en hospitalisation à temps partiel en SMR dans un GME est le résultat d'un algorithme en plusieurs étapes, piloté par l'ATIH.

Le GME est l'unité de groupage pour l'hospitalisation en SMR, et sa détermination repose sur un algorithme hiérarchique à **cinq niveaux** principaux.

Les étapes de cet algorithme de classification, basées sur le recueil des données du séjour (principalement les diagnostics CIM-10 et les actes du catalogue spécifique de rééducation et réadaptation CSARR) sont les suivantes :

■ **Détermination de la catégorie majeure (CM)**

- Principe : le séjour est classé dans l'une des 15 Catégories Majeures (CM) existantes, en se basant sur la Manifestation Morbide Principale (MMP), l'Affection Etiologique (AE) ou les diagnostics associés (DA).

■ **Détermination du groupe nosologique (GN)**

- Principe : à l'intérieur de la CM, le séjour est ensuite classé dans un groupe nosologique (GN).
- Critères : le GN est déterminé principalement par la morbidité principale du patient
- Un GN regroupe des séjours pour des pathologies similaires.

■ **Détermination du type de réadaptation (GR)**

- Principe : cette étape évalue la nature, la quantité et l'intensité de la réadaptation reçue par le patient.
- Critères : le classement repose sur :
 - o la notion d'acte spécialisé
 - o le calcul d'un score de réadaptation (spécialisé et global), basé sur la pondération des actes de réadaptation effectués et le nombre de jours de présence.
 - o l'âge du patient ou d'autres critères spécifiques.
- Résultat : le séjour est classé dans un Groupe de Réadaptation (GR).

■ **Détermination du niveau de lourdeur (GL)**

- Principe : ces niveaux traduisent la complexité du séjour et sa consommation en ressources dû principalement à la dépendance du patient.
- Niveau de Lourdeur (GL) :
 - o évalue la charge économique liée aux caractéristiques du patient (dépendance physique et cognitive, âge, ou séjour post-chirurgical).
 - o il correspond à la segmentation du Groupe de Réadaptation.

■ **Détermination du niveau de sévérité**

- Principe : ces niveaux traduisent la complexité du séjour et sa consommation en ressources dû à la prise en charge d'autres pathologies que la pathologie principale.
- Niveau de Sévérité :
 - o Introduit un niveau supplémentaire pour les séjours plus longs ou plus coûteux au sein d'un même GL/GR, basé sur la présence de Complications ou Morbidités Associées (CMA).

Le GME final est la combinaison des informations déterminées à travers ces quatre niveaux hiérarchiques (CM/GN -> GR -> GL -> Sévérité).

C'est par ce GME, via le Groupe médico-tarifaire (GMT) qui lui est associé, qu'est valorisée ou facturée la part prise en charge par l'assurance maladie des séjours d'hospitalisation complète ou des RHA d'hospitalisations partielles en SMR.

Conformément à ce même II de l'article 5 [de l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale - Légifrance](#), les tarifs nationaux peuvent être affectés des coefficients suivants :

- **le coefficient géographique** mentionné à l'[article L162-23-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- **le coefficient prudentiel** mentionné à l'[article L162-23-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)
- **le coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux** mentionné à l'[article R162-34-5 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).
- **le coefficient honoraire** mentionné à l'[article L162-23-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), uniquement pour les établissements mentionnés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).

2.2. La part facturée aux patients et aux organismes complémentaires : le ticket modérateur, sur la base des tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP)

Le reste à charge du patient repose sur une participation aux prestations de soins ([article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)), qui peut prendre la forme :

- soit d'un ticket modérateur (TM) basé sur 20 % des tarifs nationaux journaliers des prestations (TNJP) ;
- soit d'une participation forfaitaire de 32 € (PF32) en cas de réalisation d'actes coûteux (avec un coefficient supérieur ou égal à 60 quand l'acte est issu de nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou un tarif supérieur ou égal à 120 € lorsque l'acte est issu de la Classification commune des actes médicaux (CCAM)) au cours de la prise en charge.

— Généralité sur les TNJP

L'article 35 modifié de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations sur le champ du SMR. La réforme de 2022 a consisté à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP).

Pour les systèmes d'information, la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations se traduit par la création de nouvelles valeurs de disciplines médico tarifaires (DMT) sur le principe suivant :

- a un Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) correspond une et une seule valeur de DMT définie au niveau national.

La tarification nationale journalière des prestations sert de base à la facturation :

- de la participation de l'assuré (ticket modérateur → TM)
- des séjours des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relations internationales)
- des séjours des patients relevant de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

Pour les établissements ex-OQN, le Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) inclut le Forfait Journalier, sauf le FJ de sortie.

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables, et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différencieraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

L'échelle de TNJP distingue 3 catégories d'établissements, au regard du nombre de séjours réalisés par an :

- petite : établissements réalisant moins de 700 séjours par an ;
- moyenne : établissements réalisant entre 700 et 1700 séjours par an ;
- grande : établissements réalisant plus de 1 700 séjours par an.

Au sein de chaque catégorie, on distingue les établissements dits « mixtes », ayant une ou plusieurs activités en plus du SMR, et les « non-mixtes », ayant uniquement une activité en SMR.

Chaque catégorie dispose de 18 TNJP, dont les tarifs sont définis par activité, et suivant que les séjours sont en hospitalisations complètes ou en hospitalisations partielles :

		Groupes Etablissements					
	Groupe "Activité"	Non Mixte de Petite taille	Non Mixte de Moyenne taille	Non Mixte de Grande taille	Mixte de Petite taille	Mixte de Moyenne taille	Mixte de Grande taille
Hospitalisation complète	1. Pédiatrie-Brûlés-Oncohématologie						
	2. Neurologie						
	3. Cardiologie						
	4. Locomoteur						
	5. Respiratoire						
	6. Gériatrie						
	7. Digestif endocrinien						
	8. Addiction						
	9. Polyvalent						
Hospitalisation partielle	1. Pédiatrie-Brûlés-Oncohématologie						
	2. Neurologie						
	3. Cardiologie						
	4. Locomoteur						
	5. Respiratoire						
	6. Gériatrie						
	7. Digestif endocrinien						
	8. Addiction						
	9. Polyvalent						

Pour les patients non exonérés du ticket modérateur, la participation est égale à 20 % des TNJP, par nombre de jours de présence, sauf le jour de sortie.

Cependant, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur. Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie figurant sur une liste de 30 maladies établie par les pouvoirs publics (Affection Longue Durée – ALD 30),
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31),
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32).

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit,
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité,
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.

- Les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse.
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie.

L'exonération du ticket modérateur n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée à la nature de l'acte. Certains actes médicaux effectués lors d'une hospitalisation peuvent en effet correspondre à une exonération du TM.

Ainsi, en présence d'actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € en CCAM ou ayant un coefficient $\geq$ à 60 en NGAP, voir supra) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 € (PF32). Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même hospitalisation, le même jour, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas. La PF32 s'applique dès lors que le tarif résultant de ce cumul est $\geq$ à 120 € ou que le coefficient résultant de ce cumul est $\geq$ à 60.

Enfin, lorsque le séjour est supérieur à 30 jours, à partir du 31^{ème} jour, le TM n'est plus redevable.

Attention : lorsque le patient est exonéré du TM, mais soumis à la PF32, ce dernier est déduit de la valeur du GMT (puisqu'il est facturé au patient), sauf dans le cas des AME.

Lorsque le patient est exonéré du TM et de la PF32, aucune déduction au titre du TM n'est effectuée sur le GMT.

Hospitalisations successives et participation forfaitaire :

1. Hospitalisation consécutive et en lien direct :

- Si une hospitalisation succède immédiatement à la précédente et est en lien direct avec elle, la PF32 peut être facturée pour la seconde hospitalisation également.

Autrement dit :

- 2^{ème} séjour consécutif et en lien direct → facturation à nouveau de la PF32.
- Les frais des deux séjours ne sont pas regroupés en une seule PF32 si les hospitalisations sont distinctes mais liées.

2. Au-delà d'une troisième hospitalisation :

- Une troisième hospitalisation est considérée comme nouvelle hospitalisation à part entière, même si elle fait suite aux précédentes. Dans ce cas, un ticket modérateur ou une PF32, suivant la situation, peut de nouveau être appliqué.

2.3. La part facturée aux patients et aux organismes complémentaires : le forfait journalier hospitalier (FJ)

Le forfait journalier désigne la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation, en sus du ticket modérateur. Il couvre les frais de la partie dite « hôtelière » (hébergement, nourriture, linge, entretien...) du séjour. Il est facturé chaque jour, y compris le jour de sortie.

L' [article L174-4 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) prévoit que le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire, la participation est imputée sur le forfait.

Certains assurés peuvent être exonérés du forfait journalier :

- les femmes enceintes hospitalisées pendant les 4 derniers mois de grossesse, ou pour l'accouchement, ou pendant les 12 jours après l'accouchement.
- pendant une hospitalisation due à un accident du travail ou une maladie professionnelle (lorsque l'hospitalisation est imputable à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle).
- pendant une hospitalisation à domicile, et ceci pour tous les assurés.
- pendant l'hébergement dans un établissement d'éducation spéciale ou professionnelle d'un enfant handicapé de moins de 20 ans.
- les titulaires d'une pension militaire.
- les victimes d'un acte de terrorisme et bénéficiaires d'une prise en charge intégrale pour les soins en rapport avec cet événement dès lors qu'une attestation en cours de validité est présentée.

Le FJ est déductible du GMT dans les cas uniques où le patient est exonéré du TM, qu'il soit redevable de la participation forfaitaire de 32 € ou non. Dans le cas où le patient est exonéré du TM et du FJ, ce dernier n'est pas déductible du GMT, et le GMT est valorisé à 100 %.

Pour rappel, le forfait journalier **n'est pas facturable** en cas d'hospitalisation de jour (lorsque la date d'admission et de sortie est identique).

3. Synthèse des modalités de facturation du Ticket Modérateur (TM), de la participation forfaitaire (PF32) et du Forfait Journalier Hospitalier (FJH) en hospitalisation SMR

Il est question ici de récapituler l'ensemble des règles relatives à la facturation du TM et du FJ et leurs conséquences sur la facturation des prestations aux régimes d'assurance maladie obligatoire et aux patients.

3.1. S'agissant du Ticket Modérateur (TM)

3.1.1. Règles générales de calcul en SMR

Pour rappel, au regard de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), l'assiette de participation des patients aux séjours réalisés au sein des établissements ex-DG ou ex-OQN, est celle du TNJP. Ces tarifs sont évalués en date d'exécution. La durée de séjour qui sert de base de calcul au TM est la suivante : Date fin séjour – Date début séjour (le jour de sortie n'est pas dû).

En cas de transfert définitif (supérieur à 48h), le TM n'est pas dû le jour de sortie de l'établissement d'origine (c'est le TM de l'établissement d'accueil qui s'applique dès le jour de transfert).

Le TM au-delà de la borne d'hospitalisation de 30 jours n'est pas facturé, ni à l'AMO, ni à l'AMC, ni à l'assuré (période dite HTM « Hors Ticket Modérateur »).

3.1.2. Influence sur la facture AMO en SMR

Lorsque le montant du TM est inférieur au montant du FJH, cela signifie que l'établissement facture plus de forfait journalier qu'il n'y a de participation du patient au titre du TM : il faut donc compenser la différence en diminuant ce qui revient à l'AMO pour maintenir l'égalité à 100 % du GMT. Le montant effectivement facturé à l'AMO est donc défalqué de l'écart entre le montant du FJH et le TM, afin de maintenir cette égalité.

Ce principe s'explique en référence aux dispositions suivantes :

- pour un séjour donné, les ressources d'un établissement de santé ne peuvent excéder 100 % du GMT pour la part AMO, et le reste à charge ne peut être supérieur à 20 % du séjour.
- dès lors que le patient n'est pas juridiquement exonéré du TM, alors le GMT doit être facturé à l'AMO sur la base d'un taux de remboursement égal à 80 % (autrement dit, il est impossible de facturer un GHS à 100 % lorsque le patient n'est pas exonéré de TM).

3.1.3. Participation forfaitaire de 32 € (PF32)

En cas d'exonération du TM pour acte couteux, la PF32 est défalquée du montant remboursable AMO, et est reporté sur la part complémentaire.

— Application lors de séjours successifs

1. Hospitalisation consécutive et en lien direct :

- Si une hospitalisation succède immédiatement à la précédente et est en lien direct avec elle, la participation forfaitaire peut être facturée pour la seconde hospitalisation également.

Autrement dit :

- 2^{ème} séjour consécutif et en lien direct → facturation à nouveau de la participation forfaitaire.
- Les frais des deux séjours ne sont pas regroupés en une seule participation forfaitaire si les hospitalisations sont distinctes mais liées.

2. Au-delà d'une troisième hospitalisation :

- Une troisième hospitalisation est considérée comme nouvelle hospitalisation à part entière, même si elle fait suite aux précédentes. Dans ce cas, un ticket modérateur ou une participation forfaitaire, suivant la situation, peut de nouveau être appliqué.

3.2. S'agissant du forfait Journalier hospitalier (FJH)

FJ = forfait journalier

FJS = forfait journalier de sortie (faisant l'objet d'une ligne de facturation spécifique)

FJH = forfait journalier hospitalier → somme des FJ + FJS

Le FJH est ainsi calculé : montant du FJ x durée de séjour (qui est égale à la date de fin du séjour – date de début du séjour).

Facturation au patient du FJ et du FJS :

Le FJ est facturé pour chaque journée d'hospitalisation (FJ), y compris le jour de sortie (FJS)

Le FJ et le FJS ne sont pas dus en cas de séjour dont les dates d'entrée et de sortie sont identiques (prestation strictement ambulatoire).

En cas de sortie définitive :

Le FJS n'est pas dû en cas de transfert définitif (supérieur à 48h). Le FJS n'est pas dû en cas de décès du patient.

Quid du cumul avec le TM et le TMF ?

Lorsque le montant du TM calculé sur la base du TNJP est supérieur au montant de la somme des FJ, ces derniers ne sont pas dus (ils sont inclus dans le TM). Seul le FJS est facturé en sus du TM.

Lorsque le montant du TM calculé sur la base du TNJP est inférieur au montant de la somme des FJ, alors n'est facturé au patient que le FJH.

Lorsque le patient est exonéré du TM, alors le FJH est défalqué du montant remboursable AMO, et est reporté sur la part complémentaire.

Lorsque le patient est exonéré du TM et qu'il bénéficie de la PF32, alors la facturation du FJH se cumule avec celle du TMF en part complémentaire, et sont tous deux défalqués de la part AMO.

3.2.1. Tableaux de synthèse

Assurés sociaux en France

	FJH A LA CHARGE DU PATIENT			FJH PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE		
	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Patient Valorisation TM et FJH	Recettes établissement	Assurance Maladie Valorisation des GHS	Patient Valorisation TM et FJH	Recettes établissement
Patient non exonéré du ticket modérateur		Séjours inférieurs à 31 jours			Séjours inférieurs à 31 jours	
		$[(TNJP * 20\%) - FJ] * (\text{nbre de jours} - 1)$ + FJH	$(GHS * 80\%) +$ $[(TNJP * 20\%) - FJ] * \text{nbre de jours} - 1$ + FJH		$TNJP * (\text{nbre de jours} - 1) * 20\%$	$(GMT * 80\%) +$ $[(TNJP * \text{nbre de jours} - 1) * 20\%]$
	GMT * 80%			GMT * 80%		
	qq soit la durée du séjour	Séjours de plus de 30 jours		qq soit la durée du séjour	Séjours de plus de 30 jours	
		Jusqu'au 30ème jour $[(TNJP * 20\%) - FJ] * 30 \text{ jours}$ + (FJ * 30 jours)	$(GHS * 80\%) +$ $[(TNJP * 20\%) - FJ] * 30 \text{ jours}$ +		Jusqu'au 30ème jour $TNJP * 20\% * \text{nbre de jours}$	$(GMT * 80\%) +$ $TNJP * 20\% * 30 \text{ jours}$
		+ (à partir du 31ème jour) FJ * nbre de jours restant TM non facturable	FJ * nbre de jours restant		+ (à partir du 31ème jour) TM non facturable	
	Si 2 séjours sont consécutifs et en lien et si la durée totale des 2 séjours est ≥ 30 jours, le GMT du 2ème séjour est facturable à 100%			Si 2 séjours sont consécutifs et en lien et si la durée totale des 2 séjours est ≥ 30 jours, le GMT du séjour est facturable à 100%		
Patient exonéré du TM pour acte(s) couteux (> 120 €) → TM forfaitaire à 24 €	(GMT * 100%) - PF 24 € - FJH	PF 24 € + FJH	GHS * 100%	(GMT * 100%) - PF 24 qq soit la durée du séjour	TMF qq soit la durée du séjour	GMT * 100%
Patient exonéré du TM pour autres cas que les actes couteux (> 120 €)	GMT * 100% - FJH	TM = 0€ + FJH	GHS * 100%	GMT * 100% qq soit la durée du séjour	TM = 0€	GMT * 100%

Non assurés sociaux ou prises en charge intégrale

	Valorisation Assurance Maladie *	Valorisation Patient	Recettes établissement
Patients bénéficiaires de l'AME	$+ [(TNJP * 100\%) * \text{nbre de jours} - 1]$ + FJS		$+ [(TNJP * 100\%) * \text{nbre de jours} - 1]$ + FJS
bénéficiaires de la C2S PEC 80%	(GMT * 80%) $+ [(TNJP * 20\%) * \text{nbre de jours} - 1]$ + FJS		(GMT * 80%) $+ [(TNJP * 20\%) * \text{nbre de jours} - 1]$ + FJS
Patients bénéficiaires de la C2S exonérés TM pour acte couteux	(GMT * 100%) - PF 24 € (sur GMT) - FJH → sur GMT + PF 24 € (part complémentaire) + FJH → part compl.		GMT * 100%
Patients bénéficiaires de la C2S exonérés TM autre que acte couteux	(GMT * 100%) - FJH → sur GMT + FJH → part compl.		GMT * 100%

*Dans le cas de l'AME, l'assurance maladie gère les flux de transmission, mais c'est le fond AME qui prend en charge le coût des soins.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La valorisation des séjours se base sur des forfaits hospitaliers (GMT), des prix de journée (TNJP) et des forfaits journaliers (FJH).
- La valorisation des séjours des assurés sociaux en France se fait selon deux circuits : la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et la part Reste à Charge (Ticket Modérateur et Forfait Journalier Hospitalier).
- La base de facturation est différente suivant que le patient est assuré social en France ou non.



FICHE 33 | La facturation et valorisation des hospitalisations en SMR dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé dans le cadre du Programme de Médicalisation des systèmes d'Information (PMSI), décrit dans de l'arrêté du 27 décembre 2023 dit « arrêté PMSI-SMR », a notamment pour but de mettre à la disposition de l'état des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de soins de suite et de réadaptation, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

1. informations d'activité

1.1. Le support de transmission des informations d'activité : le fichier VID-HOSP

À la date d'application du présent guide, les établissements de santé publics et privés mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent, concernant les séjours, un recueil nommé VID-HOSP (« VID » pour « variables identifiantes », l'abréviation « HOSP » faisant référence au numéro administratif de séjour).

Il est produit par les services administratifs (service de gestion des patients ou facturation) sous la responsabilité du directeur de l'établissement de santé. Il contient :

- les informations relatives à la situation du patient vis-à-vis de l'assurance maladie ;
- les variables identifiantes (« VID ») nécessaires à la génération du numéro de chainage des résumés hebdomadaires anonymes (RHA).

Le lien entre VID-HOSP et les résumés hebdomadaires standardisés (RHS) relatifs au même séjour est assuré par le numéro administratif de séjour.

1.2. La transmission des informations

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), à l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et à de l'arrêté du 27 décembre 2023, les établissements de santé publics et privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

Pour les établissements mentionnés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les fichiers transmis sont :

- RHA (voir la fiche « Règles communes de financement, de recueil d'activité et de valorisation des hospitalisations complètes en SMR dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22 du CSS »).

- ANO, qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'assurance maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage anonyme.
- FICHCOMP, qui peuvent être multiples, et destinés à recueillir des informations concernant la valorisation d'autres prestations que les GMT, comme la consommation de certaines molécules onéreuses par exemple.

2. La part valorisée par l'assurance maladie

Pour chaque période mensuelle, l'établissement de santé transmet à l'ARS les fichiers de données mentionnés précédemment. Ces fichiers sont issus de la plus récente version du logiciel d'anonymisation et de remontée des données du PMSI. La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission agréée par les services de l'Etat. Ces fichiers de données cumulatives à périodicité de transmission mensuelle sont relatifs d'une part, aux résumés du mois écoulé et des mois précédents de la même année civile, et d'autre part, aux résumés des séjours de l'année précédente et se poursuivant sur l'année en cours. Ils sont transmis un mois au plus tard après la fin de la période considérée (chaque mois la date de fin est un dimanche, le recueil en SMR étant hebdomadaire).

Après traitement des fichiers de données mentionnés supra, chaque établissement de santé peut consulter des tableaux de bord par le biais de la plate-forme de service développée par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) dite e.PMSI, mise à disposition des établissements par l'Etat.

Chaque agence régionale de santé transmet tout ou partie de ces données aux organismes de l'assurance maladie ou des services de l'Etat de la région, qui apportent leur concours à son activité, dans le respect des modalités précisées dans la demande d'autorisation accordée par la CNIL.

En vue de la constitution de bases nationales de données mensuelles cumulatives, les agences régionales de santé transmettent également à l'ATIH les fichiers constitués de l'ensemble des informations que leur ont transmises les établissements de santé de leur région au titre du mois ou des mois précédents de l'année civile en cours, ou, le cas échéant, des séjours débutés l'année précédente et se poursuivant sur l'année en cours. Ces données sont transmises à l'ATIH six semaines au plus tard après la fin du mois considéré.

En vue de la constitution de bases nationales de données annuelles, l'agence régionale de santé valide, au plus tard au 15 février de l'année en cours, les fichiers constitués de l'ensemble des informations que lui ont transmises les établissements de santé de la région au cours de l'année précédente.

En synthèse, la valorisation est calculée par l'**ATIH** à partir des données d'activités des établissements de santé collectées par les ARS.

Sur la base de cette valorisation, l'ARS adopte chaque mois un arrêté fixant le montant dû à l'établissement par l'assurance maladie. Elle le notifie conjointement à l'établissement et à la CPAM chargée des versements.

2.1. Contenu des arrêtés de versements en séjours SMR

Au regard de l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale, la valorisation de l'activité des séjours est due au titre des forfaits groupe médico-tarifaire (GMT) → voir la fiche « Règles communes de financement, de recueil d'activité et de valorisation des hospitalisations complètes en SMR dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'article L 162-22 du CSS ».

Chaque établissement peut consulter et vérifier les versements sur la plateforme e-PMSI.

2.2. Modalité de versement (acomptes et soldes) des activités de séjours en SMR

L'article 9 de l'arrêté versement du 31 décembre 2022 mentionne que les montants dus au titre de l'activité sont cadencés comme suit :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME (qui font l'objet d'un versement différencié).

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant calculé sur les versements de l'année antérieure, à l'exception des sommes dues au titre de prises en charge AME.

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié par le directeur général de l'ARS diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.

3. La part facturée au patient : le reste à charge

S'agissant des établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation, la facturation du ticket modérateur sur la base du Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) a pris effet au 1er juillet 2023, et ceci pour les établissements ex-DG et Ex-OQN. Les grands principes de la réforme sont définis dans le décret d'application du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés.

La facturation du reste à charge suit les mêmes règles que le champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique et Odontologie (MCO → voir fiche « Facturation et valorisation des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) dans les établissements publics de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du CSS » du présent guide).

L'envoi d'un avis de sommes à payer et l'émission d'un titre de recette matérialisent la recette, dont le recouvrement, est géré par le comptable public (voir fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide).

Le dispositif ROC est également opérationnel pour les prises en charge des restes à charge par les mutuelles (voir de même la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide).

4. La part facturée à l'AMO pour les bénéficiaires du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM), de l'Aide Médicale Etat (AME,) de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et des Relations Internationales (RI)

4.1. Pour les bénéficiaires du RLAM

Les séjours sont valorisés et facturés comme pour tout autre assuré social, au détail près que le ticket modérateur et les forfaits journaliers sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace-Moselle sur la base du TNJP. Le forfait journalier est inclus dans le TNJP et le forfait journalier de sortie est facturable en sus.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en part AMO.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € (PF32) est facturable en part AMO.

La facturation est directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.

4.2. Pour les bénéficiaires de l'AME

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- Conformément au 3° du II de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) les prestations d'hospitalisation sur la base de 100 % TNJP, en part complémentaire.
- La PF32 facturée en part complémentaire.
- Le forfait journalier hospitalier du jour de sortie, facturé en part complémentaire.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne uniquement la participation du patient aux frais de soins. Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

La facturation est directe à l'assurance maladie. L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

4.3. Pour les bénéficiaires de la C2S

Les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'assurance maladie en part Assurance maladie complémentaire (AMC) sur la base de 20 % du TNJP. Le forfait journalier est inclus dans le TNJP.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en part complémentaire.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable en part complémentaire, ainsi que les forfaits journaliers (y compris celui de sortie).

4.4. La facturation au titre des relations internationales

Les prestations délivrées au titre des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relation internationales) sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale (CGSS), s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'Etat.

Conformément au 2° du II de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) les prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge au titre d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français sont facturées sur la base des TNJP.

- Le séjour est facturé en part obligatoire au regard du taux de prise en charge du patient.
- Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % par l'AMO, les forfaits journaliers sont inclus dans le TNJP. Le patient est donc redevable du ticket modérateur sur la base du TNJP uniquement.
- Lorsque le patient est pris en charge à 100 %, les forfaits journaliers (y compris le FJ de sortie) sont facturables au patient.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Le fichier de base de transmissions des données d'activité à l'ATIH des établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) est le VID-HOSP.
- La facturation du reste à charge suit le même principe que sur le champ MCO.



FICHE 34 | La facturation des hospitalisations en SMR dans les ES visés au d de l'article L 162-22 du CSS

CONTEXTE :

Le dispositif de production, de traitement et de transmission des informations des établissements de santé dans le cadre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), décrit dans de l'arrêté du 27 décembre 2023 dit « arrêté PMSI-SMR », a notamment pour but de mettre à la disposition de l'État des informations communes aux établissements de santé publics et privés ayant une activité de soins médicaux et de réadaptation, relatives à leur activité médicale et à sa facturation.

La fiche « règles communes de financement, de recueil d'activité et de valorisation des hospitalisations complètes en SMR dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) » de ce guide indique la production, pour tout établissement de santé SMR, d'un recueil appelé Résumé Hebdomadaire Standardisé (RHS).

Pour les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), au RHS s'ajoute un recueil d'informations relatives à la facturation de l'activité, appelé Résumé Standardisé de Facturation (RSF).

1. La production et la transmission des données de facturation

1.1. Le recueil des données : le résumé standardisé de facturation (RSF)

Les établissements privés mentionnés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) produisent des résumés standardisés de facturation (RSF) transmis à l'agence régionale de santé après pseudonymisation sous la forme d'un **résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA)**.

L'appellation RSF désigne un ensemble d'enregistrements : « A » Début de facture, « B » Prestations hospitalières, « I » Prestations hospitalières : interruption de séjour, « P » Prestations hospitalières : prothèses, « H » Prestations hospitalières : médicaments, « C » Honoraires, « M » CCAM, « L » Codage affiné des actes de biologie².

Le type « A » est constamment produit car il contient les informations relatives à la prise en charge du patient par l'assurance maladie et celles nécessaires à la génération d'un pseudonyme pour le patient (qui permet de relier entre elles les hospitalisations d'un même patient, où qu'elles aient eu lieu : secteur public ou privé). Les autres types le sont ou non selon les soins dispensés.

Le lien entre RSF et RHS correspondants (c'est-à-dire relatifs aux mêmes semaines) est assuré par la relation entre le numéro d'entrée (information du RSF) et le numéro administratif de séjour (information du RHS). En l'absence d'identité entre ces deux numéros, l'établissement de santé doit fournir un fichier de correspondance nommé HOSP-FACT dont le format est disponible sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Du fait de la longueur potentielle des séjours en SMR, des factures intermédiaires peuvent être produites. Le fichier de RSF doit correspondre à l'état le plus récent des factures correspondant au fichier des RHS en rapport.

Le RSF contient d'une part des informations communes avec le RHS du même séjour, d'autre part des informations de facturation.

Les informations de facturation reproduisent le contenu du bordereau transmis par les établissements aux organismes d'assurance maladie.

Le RSF pseudonymisé est le **résumé standardisé de facturation anonyme (RSFA)**. La production du RSFA est effectuée sous le contrôle du médecin responsable de l'information médicale. Elle est réalisée par le même logiciel fourni par l'ATIH qui est à l'origine du résumé hebdomadaire anonyme. Le RSFA est transmis à l'agence régionale de santé. Seuls les enregistrements contenant des informations sont à transmettre.

1.2. La transmission des informations

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#), à l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et à de l'arrêté du 27 décembre 2023, les établissements de santé privés transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation anonymes :

Pour ces établissements, sont transmis :

- le RSFA ;
- le RHA (voir la fiche « règles communes de financement, de recueil d'activité et de valorisation des hospitalisations complètes en SMR dans les établissements visés aux a, b, c et d de l'Article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance ») ;
- le VID-CHAINAGE, permettant la production de variables de chaînage dans le cadre de la réforme de financement du SMR, pour les séjours d'hospitalisation complète non clos de moins de 90 jours de présence.

Le rythme de transmission des données PMSI est mensuel.

La transmission est cumulative reprenant les envois des mois précédents. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement de santé producteur.

La transmission doit être réalisée sur la base du FINESS juridique pour les établissements publics et sur la base du FINESS géographique pour les établissements privés.

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plateforme d'échange e-PMSI, mise à disposition par l'ATIH.

2. Support de facturation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) et reste à charge des hospitalisations : le bordereau S3404

La facturation des séjours dans les établissements Ex-OQN visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue via le bordereau S3404, et se fait directement à l'assurance maladie.

Ce bordereau permet de répertorier les différents forfaits hospitaliers facturables, mais aussi les médicaments, les actes de biologies, les actes des médecins et des personnels paramédicaux libéraux.

Ces établissements ne bénéficiant pas de tarif tout compris, ils facturent, en sus des forfaits hospitaliers, les actes des praticiens et auxiliaires médicaux salariés et libéraux (à l'exception des Infirmiers Diplômés d'Etat - IDE). Le bordereau S3404 est donc le document unique de facturation qui regroupe les prestations hospitalières communes, et les cotations des prestations médicales et paramédicales individuelles des personnels concernés par cette facturation en sus.

La facturation intervient après la réalisation de la prestation, une fois le séjour clos.

Ce bordereau S3404 ne comporte qu'un seul exemplaire (l'original). Une copie de ce bordereau peut être réalisée pour les besoins de l'organisme du régime obligatoire ou de l'établissement. Le patient peut être également destinataire du bordereau à titre exclusif, en dehors des organismes assurant la couverture complémentaire.

Lorsque l'établissement est amené à fournir une copie du bordereau dématérialisé, il s'engage à y porter la mention « DUPLICATA » et « réservé au strict usage du patient ».

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

S 3404

3. La partie dite « basse »

Cette partie est utilisée pour renseigner les actes et consultations des médecins et auxiliaires médicaux salariés ou libéraux autorisés à facturer leur activité, ainsi que les actes concernant les analyses de laboratoires. On y trouve également les mentions relatives aux transferts inter-établissements, et à la part acquittées à titre obligatoire et complémentaire par l'assuré.

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire																	
transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués				quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépass	code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais
									code acte ou lettre-clé	activité	phase	ext.doc					
																	1
																	2
																	3
																	4
																	5
																	6
																	7
																	8
															sous-total 4		
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1															n° FINESS établissement 2		
MANDATAIRE(S)																	
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)															l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire		☐
															l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire		☐
																	signature du directeur de l'établissement

3.2. Principes généraux de facturation

Sont regroupées au sein d'un même bordereau de facturation pour un même malade et un même séjour, les facturations des frais relatifs :

- aux catégories de prestations d'hospitalisation mentionnées à l'[article R162-34 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et suivants du CSS.
- aux prestations exécutées par un autre établissement au cours du séjour du patient lors d'un transfert de moins de 48 heures (hors prestation inter activités pour lesquelles l'établissement prestataire facture ses prestations à l'assurance maladie obligatoire).
- aux médicaments relevant de la liste en sus SMR définie à l'[article L162-23-6 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), et en accès précoce et accès compassionnel relevant de l'[article L162-23-6-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#).
- aux suppléments transports en cas de transfert définitif vers un autre établissement de santé, de prestations interactivités externes, ou de permission à but thérapeutique.
- aux honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux (hors actes infirmiers), et frais d'examens de laboratoire correspondant aux actes effectués au cours du séjour SMR.

Les règles suivantes doivent être respectées en matière de facturation :

- Principe : un séjour = une facture (pour les GMT), pour les séjours en dehors des séjours extrêmement longs. En cas de séjour extrêmement long (plus de 90 jours), l'établissement établit une 1^{ère} facture avec le GMT déterminé à la date correspondant au seuil (90 jours). Puis il établit une facture intermédiaire porteuse des GMT hebdomadaires jusqu'à la sortie des patients. Dans ce cas, plusieurs GMT hebdomadaires consécutifs par semaine n° X peuvent figurer sur le même bordereau S3404.
- Peuvent figurer sur un même bordereau S3404, plusieurs séjours GMT :
 - o En hospitalisation partielle
 - o Ou en hospitalisation complète tels que la date de début est égale à la date de fin
 - o Ou en hospitalisation complète hebdomadaire.
- Peuvent faire l'objet de plusieurs factures successives les séjours GMT :
 - o En hospitalisation partielle
 - o En hospitalisation complète
- En hospitalisation à temps partiel :
 - o Le GMT est déterminé pour une période hebdomadaire avec le nombre de jours de présence effective du patient au cours de la semaine.
 - o Le bordereau S3404 doit comporter une ligne prestation GMT pour chaque journée de présence.

— Facturation d'éléments complémentaires :

- o Les titres de recettes émis par les hôpitaux relatifs à des actes réalisés sur des patients hospitalisés en établissement de santé ex-OQN peuvent donner lieu à des factures complémentaires de la part de l'établissement concerné.

— Pour les séjours multiples en MCO et en SMR dans le même établissement, deux factures distinctes doivent être établies :

- o Une facture pour le séjour MCO
- o Une facture pour le séjour SMR

— Il est impératif d'établir un bordereau de facturation par risque concerné (maladie, maternité, AT...)

— Pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME) ou les ressortissants des relations internationales, pour lesquels le financement du séjour en SMR repose sur les Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP), la facturation intermédiaire du séjour est possible, à une cadence au libre choix de l'établissement.

3.2.1. Détail des modalités de valorisation du S3404

— Valorisation de la partie haute (zone 1) « pavés d'identification et de référence »

Cette zone porte les données d'identification et de caractéristique :

- o De l'établissement facturant (Finess géographique, adresse, coefficient SMR → coefficient géographique, coefficient prudentiel, coefficient dit « RH », coefficient honoraires...)
- o De référence de la facture (N° de lot, N° de facture...)
- o Du bénéficiaire des soins ou de l'assuré (Numéro d'Inscription au Répertoire - NIR, date de naissance, rang, organisme d'AMO...)
- o Cadre de la prise en charge des soins facturés (risque, motif d'exonération du ticket modérateur...)

— Valorisation de la partie haute (zone 2) « facturation des frais de séjours et de soins »

Cette zone est partagée en deux zones identiques afin d'accroître la place réservée aux frais de séjours et de soins. Cette zone comporte la facturation des prestations de séjour SMR, des tickets modérateurs, des éventuels suppléments et forfaits journaliers.

— Valorisation de la partie médiane (zone 3) « liste des médicaments en sus SMR »

En SMR, cette zone est réservée à la facturation des médicaments relevant de l'[article L162-23-6 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) et qui sont facturés en sus des prestations de séjours. L'envoi joint au bordereau S3404 des prescriptions des médicaments n'est pas requis pour les établissements ex-OQN. Cependant, ces prescriptions doivent rester à disposition des services de l'assurance maladie en cas de contrôle.

— Valorisation de la partie basse (zone 4) « relevé des honoraires médicaux, paramédicaux et actes de laboratoire »

Cette partie comporte la facturation des actes médicaux, paramédicaux (à l'exclusion des actes infirmiers) et de laboratoire, facturés en sus du séjour SMR du bénéficiaire des soins. Elle reste vide en l'absence d'acte.

- *Concernant les professionnels libéraux :*

Le bordereau renseigne le numéro d'identification (numéro ADELI) du professionnel exécutant, afin que l'assurance maladie rémunère directement ce dernier au regard de cet identifiant.

- *Concernant les professionnels salariés :*

Le bordereau renseigne le numéro FINESS de l'établissement facturant, afin que l'assurance maladie verse les sommes dues sur le compte de l'établissement concerné.

Cette partie se substitue aux feuilles de soins pré-identifiées de chaque professionnel de santé pour les actes faisant l'objet de la dispense d'avance de frais.

— Valorisation de la partie basse (zone 5) « informations sur les transferts et les signatures » :

Cette partie renseigne :

- les informations caractérisant la pratique ou non par l'établissement du tiers payant sur les parts obligatoires et/ou complémentaires.
- les données permettant le cas échéant un paiement des honoraires sur un compte mandataire.
- les signatures des professionnels de santé, de l'assuré et du représentant légal de l'établissement.
- les précisions sur les établissements en cas de transfert.

L'[article R161-42 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que les compléments de facturation correspondant aux prestations servies ou aux actes effectués par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient, peuvent être disjointes du bordereau. Dans cette hypothèse, le délai mentionné au I de l'[article R161-47 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) court à compter de la date de réception par l'établissement des derniers éléments de facturation présentés au remboursement.

3.2.2. La transmission des bordereaux

La facturation se fait directement auprès de l'assurance maladie, des organismes complémentaires ou des patients.

1. Auprès de l'assurance maladie obligatoire (AMO)

La facturation vers l'assurance maladie obligatoire s'effectue via une télétransmission en norme B2 (voir la fiche « Créance, titres de recettes, avis de sommes à payer, et normes de transmission des données médicales » de ce présent guide pour plus de détails). Les bordereaux S3404 doivent être transmis en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins...etc...) doivent être mises à disposition de l'assurance maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique.

Après transmission et contrôle de la part de l'assurance maladie, les forfaits d'hospitalisations, les prestations facturables en sus, et les honoraires des médecins et auxiliaires médicaux salariés (sur la base des tarifs de responsabilité) sont versés directement à l'établissement de santé.

2. Auprès des organismes complémentaires ou des patients : le ticket modérateur sur la base du Tarif National Journalier de Prestation (TNJP) et le forfait journalier.

La facturation se fait, comme pour l'AMO, directement auprès des organismes complémentaires lorsque le patient est couvert.



Le ticket modérateur, lorsqu'il est dû, se calcule depuis le 1^{er} juillet 2023 sur la base de 20 % des TNJP SMR.

Viennent s'ajouter les actes des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux ou salariés (hors infirmiers), qui suivent le taux appliqué en hospitalisation, soit 80 % part AMO et 20 % part AMC.

La « facture » présentée au patient pour la part qui ne serait pas prise en charge par l'assurance maladie et/ou une complémentaire, est le reflet du bordereau S3404.

Elle récapitule la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et le reste à charges patient.

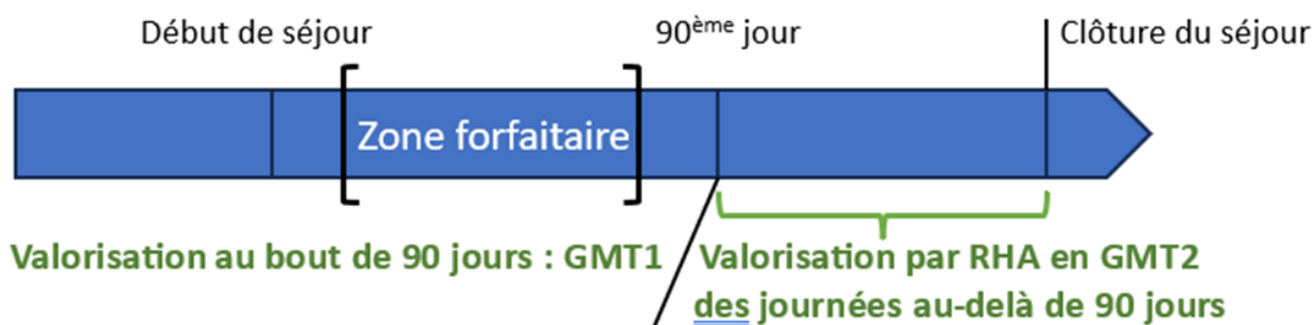
3.2.3. Cas particulier des séjours extrêmement longs

Dans le cas de la facturation en flux direct, le financement au séjour peut impacter la trésorerie des établissements, et particulièrement lors de séjours dits « extrêmement longs », considérés supérieurs à 90 jours.

Un dispositif compatible avec ce type de séjour a été mis en place.

Le mécanisme est en 2 temps :

- valorisation au bout de J90 : la valorisation est réalisée dans les règles classiques exposées ci-dessus, avec un GMT1 valorisé à 90 jours.
- puis l'établissement établit des factures intermédiaires (tous les 15 jours ou tous les mois par exemple) porteuses de GMT 2 « hebdomadaires » par semaine n° X, jusqu'à la sortie du patient. Le GMT « hebdomadaire » est déterminé par semaine n° X (X suivant le système de numérotation ISO des semaines) et couvre une période calendaire de soins du lundi inclus au dimanche inclus.



La facturation peut se faire sur plusieurs bordereaux S3404, au rythme des facturations des GMT.

4. La part facturée à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) pour les bénéficiaires du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM), de l'Aide Médicale Etat (AME), de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S) et des Relations Internationales (RI)

4.1. Pour les bénéficiaires du RLAM

Les séjours sont facturés comme tout autre assuré social, au détail près que le ticket modérateur et les forfaits journaliers sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, et les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du TNJP et sont facturés en partie haute du S3404 en part AMO.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en partie haute du S3404 en part AMO.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable en partie haute du S3404 en part AMO.
- Les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) sont facturables en part AMO et AMC en partie basse du S3404.

La facturation est directe vers l'organisme d'assurance maladie obligatoire du bénéficiaire des soins.

4.2. La facturation des bénéficiaires de l'AME

Les bénéficiaires de l'AME sont dispensés de l'avance des frais, en application de l'[article L251-2 - Code de l'action sociale et des familles - Légifrance](#) et choisissent librement leurs prestataires. Ils ont notamment le libre choix de l'établissement de santé.

Cette prise en charge intégrale fait l'objet d'une avance qui concerne :

- Conformément au 3° du II de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), les frais de séjour sur la base de 100 % du TNJP, facturés en part AMC en partie haute du S3404.
- La PF32, facturée en part AMC en partie haute du S3404.
- Le forfait journalier hospitalier du jour de sortie, facturé en part AMC en partie haute du S3404.

Seules les éventuelles prestations pour exigence particulière sont facturables au patient.

L'avance de frais est intégrale : aucun reste à charge n'est ainsi produit.

4.3. Pour les bénéficiaires de la C2S

Les bénéficiaires de la C2S sont également dispensés de l'avance de frais.

- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, et les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables à l'assurance maladie en part AMC en partie haute du S3404, sur la base de 20 % du TNJP.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en part AMC en partie haute du S3404.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la PF32 est facturable en part AMC en partie haute du S3404.
- Les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) sont facturables en part AMO et AMC en partie basse du S3404.

4.4. La facturation au titre des relations internationales

Les prestations délivrées au titre des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relation internationales) sont facturées aux caisses primaires d'assurance maladie, pour la métropole, ou aux caisses générales de sécurité sociale, s'agissant des départements d'outre-mer, du lieu d'implantation des établissements. Les CPAM et les CGSS assurent la gestion du dispositif pour le compte de l'Etat.

Conformément au 2° du II de l'[article L162-20-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) les prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge au titre d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français sont facturées sur la base des TNJP.

- Le séjour est facturé en part obligatoire au regard du taux de prise en charge du patient.
- Le ticket modérateur, quand il est dû, est facturé sur la base des 20 % du TNJP au patient.
- Les forfaits journaliers sont inclus dans le TNJP, seul le FJ de sortie est facturable en cas de non- exonération du TM.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) sont tenus à la production et à la transmission de données d'activité (via le RHS) et de facturation (via le RSF) envers les tutelles.
- Le support de facturation unique vers l'assurance maladie est le bordereau S3404.



FICHE 35 | Les modalités communes de valorisation et facturation des séjours et restes à charge en psychiatrie

CONTEXTE :

Les établissements de santé publics et privés, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, ayant une activité en psychiatrie, quel que soit leur mode de financement, sont tenus de réaliser, pour chaque patient pris en charge, par extraction depuis le système d'information de l'établissement de santé, un recueil d'informations portant sur l'activité de soins et sur sa facturation.

Ce recueil couvre les prises en charge à temps complet et à temps partiel sous la forme de résumés par séquence (RPS).

L'objet de ce recueil et de son traitement est :

de décrire l'activité des établissements : en permettant la description quantifiée et en termes médicaux de l'activité des établissements ;

de servir à une part du financement des établissements en produisant des informations nécessaires au calcul de la dotation à la file active ([arrêté du 30 mars 2023 relatif aux dotations relatives à la file active et à la qualité du codage mentionnées à l'article R. 162-31-3 du code de la sécurité sociale dans le champ des activités de psychiatrie - Légifrance](#)).

La production des informations administratives et médicales est prévue dans l'[arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique - Légifrance](#) (dit arrêté « PMSI psychiatrie »).

Les informations recueillies sont, à l'instar du contenu du dossier médical, protégées par le secret médical dû aux malades.

Le recueil des données administratives et médicales normalisées se fonde sur le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie auquel s'ajoute un recueil d'informations relatives à la facturation.

Les résumés d'informations sur l'activité et sa facturation sont pseudonymisées avant leur télétransmission sécurisée vers une plateforme d'échange (e-PMSI). Sur celle-ci, les données transmises sont analysées selon un schéma standardisé et le résultat présenté sous forme de tableaux consultables et téléchargeables par les établissements. La validation des tableaux par les établissements rend les données transmises disponibles à leurs services de tutelle (agence régionale de santé, assurance maladie). Les fichiers transmis et validés alimentent une base nationale de données du PMSI en psychiatrie, constituée sous la responsabilité de l'État, et réglementée selon l'arrêté du 23 décembre 2016 susmentionné.

1. La production des informations relatives à l'activité des séjours de psychiatrie : le RIM-P

La connaissance de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ d'activité de psychiatrie public et privé repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées, recueil nommé recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P).

Ce RIM-P comporte, pour les patients admis en hospitalisation, avec ou sans hébergement, un support appelé **résumé par séquence (RPS)**. Le RPS est commun à tous les établissements publics et privés.

La pseudonymisation du RPS est à l'origine du résumé par séquence « anonyme » (RPSA). Le RPSA est transmis à l'agence régionale de santé (ARS) dont dépend l'établissement de santé.

Les séjours à temps complet et à temps partiel donnent lieu à la production d'un résumé par séquence.

1.1. Champ du recueil et définitions

1.1.1. Structure et forme d'activité

Le recueil s'impose exclusivement aux établissements de santé, publics et privés, de métropole et des départements d'outremer, titulaires d'une autorisation d'activité de soins en psychiatrie au sens de l'[article R6122-25 - Code de la santé publique - Légifrance](#). Les informations sont recueillies à l'échelon de l'unité médicale. On désigne par **unité médicale (UM)** un ensemble individualisé de moyens matériels et humains assurant des soins à des patients, repéré par un code spécifique dans une nomenclature déterminée par l'établissement de santé.

Les établissements ont la possibilité de définir des unités médicales pour des activités spécifiques, par exemple, des unités de gériopsychiatrie, pour adolescents, pour malades agités et perturbateurs (UMAP), de soins intensifs en psychiatrie (USIP), ... Lorsque ces unités sont constituées en dispositif intersectoriel formalisé de type fédération, département ou service, elles doivent être identifiées par un code spécifique de dispositif intersectoriel.

En hospitalisation, le recueil d'informations porte sur l'ensemble des prises en charge, qu'elles soient à temps complet ou à temps partiel.

 Prises en charge à temps complet ou en accueil familial thérapeutique :

- en unité d'hospitalisation à temps plein ;
- accueil familial thérapeutique ;
- appartement thérapeutique ;
- centre de soins post-aigus (CeSPA) ;
- centre d'accueil et de crise.

■ Prises en charge à temps partiel :

- hôpital de jour ;
- hôpital de nuit.

Les séjours d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel donnent lieu à la production des résumés par séquence (RPS).

1.1.2. Caractéristiques générales du recueil

Les informations sont enregistrées par séjour au moyen d'un ou de plusieurs RPS possédant le même numéro de séjour.

■ Le séjour :

Le séjour débute le premier jour des soins, à temps complet, à temps partiel ou en accueil familial thérapeutique, par une équipe soignante de psychiatrie, et se termine le dernier jour des soins, également par une équipe soignante de psychiatrie.

La clôture d'un séjour est commandée par :

- la sortie de l'établissement (sortie de l'entité juridique), y compris une sortie temporaire ou une sortie sans autorisation ;
- un changement de forme de la prise en charge (au sein de la même entité juridique). Un séjour correspond en effet à une seule forme de prise en charge :
 - passage de soins à temps complet à des soins à temps partiel et inversement ;
 - passage d'une prise en charge à temps complet ou partiel à une prise en charge ambulatoire ;
 - passage d'une prise en charge en accueil familial thérapeutique à des soins à temps complet.

En revanche, le séjour n'est pas clos quand le patient change de forme d'activité dans la même forme de prise en charge. Par exemple, le passage de l'hospitalisation à temps plein à un centre de soins post-aigus (CeSPA) n'induit pas un changement de séjour puisqu'il s'agit toujours de temps complet.

- une mutation du patient dans une unité d'hospitalisation d'un autre champ d'activité (médecine-chirurgie-obstétrique-odontologie (MCO), soins médicaux et de réadaptation (SMR), ...) de l'établissement (même entité juridique) à l'exclusion des mutations entrant dans le cadre des prestations inter-activités (PIA).

D'autres circonstances n'engendrent pas la clôture du séjour :

- une permission ([article R1112-56 - Code de la santé publique - Légifrance](#)) ;
- une absence de courte durée n'excédant pas 12 heures ([article L3211-11-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)) ;
- une situation de « Prestation inter-établissements (PIE) »
- le changement d'année civile.

Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour.

Un séjour peut comprendre une ou plusieurs séquences.

■ La séquence :

La première séquence d'un séjour débute le premier jour de la prise en charge, à temps complet, à temps partiel ou en accueil familial thérapeutique. Ainsi, le premier jour de la première séquence coïncide avec le premier jour du séjour.

Il y a changement de séquence au sein d'un séjour :

- à chaque changement de forme d'activité au sein d'une même forme de prise en charge ; ce changement correspond à un changement d'unité médicale ;
- lorsque le mode légal de soins change ;
- en cas de changement de mois civil ; par convention, une séquence en cours le dernier jour du mois doit en effet être close à cette date, et une nouvelle séquence doit être ouverte le même jour ;
- à chaque changement d'unité médicale ;

Un séjour peut ainsi comporter une ou plusieurs séquences. Lorsqu'il en comporte plusieurs, les séquences sont consécutives, telles que le dernier jour de l'une est égal au premier jour de la suivante.

Le dernier jour de la dernière séquence coïncide avec le dernier jour du séjour.

■ L'unité de compte de l'activité :

L'unité de compte dépend de la forme de prise en charge

■ Prise en charge à temps complet ou en accueil familial thérapeutique

L'unité de compte est la journée au sens de la date calendaire.

■ Prise en charge à temps partiel

La prise en charge peut être discontinuée au cours d'une séquence (par exemple, n'avoir lieu que le lundi et le jeudi de chaque semaine).

Dans les établissements visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), on comptabilise :

- des venues d'une journée ou des venues d'une demi-journée pour la prise en charge en hôpital de jour ;
- des nuitées pour la prise en charge en hôpital de nuit.

Par venue, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

Dans les établissements visés au d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) la notion de venue est remplacée par celle de **séance**.

Par *séance*, on entend l'accueil et les soins d'un patient dans le cadre d'une prise en charge :

- limitée à une journée (dates d'entrée et de sortie égales) ;
- individuelle ou collective impliquant la participation d'un ou de plusieurs intervenants ;
- habituellement itérative.

1.1.3. Le contenu du recueil

Le recueil comprend d'une part des informations nécessaires à la mesure de l'activité pour les prises en charge à temps complet et partiel et ambulatoire, d'autre part des informations destinées à des enquêtes récurrentes réalisées par les services de l'État.

— Les Informations administratives constantes au cours du séjour :

- Numéro FINESS d'inscription e-PMSI
- Identifiant permanent du patient (IPP)
- Date de naissance : jour, mois, année
- Sexe
- Code postal du lieu de résidence
- Numéro de séjour
- Date d'entrée du séjour : jour, mois, année
- Date de sortie du séjour : jour, mois, année
- Mode d'entrée : mutation, transfert, transfert provisoire, domicile
- Provenance : si le mode d'entrée le nécessite
- Mode de sortie : mutation, transfert, transfert provisoire, domicile, décès
- Destination : si le mode de sortie le nécessite

— Les informations variables au cours du séjour :

— Informations relatives à l'unité médicale et aux mouvements du patient

- Numéro de l'unité médicale
- Forme d'activité
- Date de début de séquence : jour, mois, année
- Date de fin de séquence : jour, mois, année

— Informations relatives à la prise en charge du patient

- Nombre de jours de présence
- Nombre de demi-journées de présence
- Nombre de jours d'isolement
- Indicateur d'accompagnement thérapeutique en milieu scolaire
- Numéro de secteur ou de dispositif intersectoriel
- Mode légal de soins

- Informations médicales, paramédicales et socio-éducatives du patient
- Diagnostic principal ou motif principal de prise en charge
- Diagnostics et facteurs associés
- Actes de la CCAM
- Cotation de la dépendance selon la grille des activités de la vie quotidienne

1.2 Transmission des informations

Conformément à l'[article L6113-8 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et l'[article R6113-10 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et à l'arrêté du 23 décembre 2016, les établissements de santé de psychiatrie transmettent à l'agence régionale de santé les fichiers de données d'activité et de facturation « anonymes » (par pseudonymisation).

Les établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) transmettent :

- le fichier ANO qui réunit les informations sur la prise en charge des patients par l'Assurance Maladie enregistrées dans VID-HOSP et le fichier de chainage « anonyme » ;
- le fichier de résumés par séquence « anonymes » (RPSA)
- le fichier de contrôle de la cohérence des recueils : CTLS (contrôle des RPS)

Les établissements de santé visés au d du même article transmettent :

- le fichier de résumés par séquence « anonymes » (RPSA)
- le fichier ANO
- le fichiers de contrôle de la cohérence du recueil : CTLS (contrôle des RPS)

La transmission des fichiers produits au titre d'un mois civil doit être effectuée au cours du mois suivant, avec cumul des mois précédents de la même année civile. Les obligations en matière de transmission ne sont considérées comme satisfaites que lorsque les données ont été validées par l'établissement producteur.

Lors de la transmission des informations sur la plateforme e-PMSI, l'adéquation des numéros de l'établissement de santé dans le fichier national des établissements sanitaires et sociaux (FINESS) avec le descriptif des établissements enregistrés est vérifiée dans chaque recueil d'informations. Le numéro FINESS qui doit être utilisé pour la transmission des informations relatives à l'activité de psychiatrie sur la plateforme e-PMSI est :

- pour les établissements visés au a de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) le numéro de l'entité juridique ;
- pour les établissements visés aux b, c et d du même article : le numéro de l'entité géographique.

Les établissements de santé dont le numéro d'entrée du système de facturation est différent du numéro de séjour figurant dans le résumé par séquence (RPS) doivent produire un fichier de correspondance entre les deux numéros de manière à permettre, au moment de la pseudonymisation en vue de la transmission, un couplage entre RPS et RSF (fichier HOSP-FACT).

La transmission s'effectue par une méthode de télétransmission sécurisée agréée par les services de l'État, suivant une procédure décrite dans la circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-PMSI (Circulaire @ PMSIV5).

2. Modalité de facturation/valorisation dans le champ Psychiatrie.

2.1. Généralité sur la part AMO

L'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) 2020 définit un nouveau modèle de financement des activités de psychiatrie (PSY) sous la forme de dotations.

La part prise en charge par l'Assurance Maladie pour les assurés sociaux n'est pas assurée par une facturation ou valorisation de type T2A, mais par des dotations propres à cette activité, et pour chaque établissement.

Ces dotations sont les suivantes :

■ La **dotation populationnelle**, qui tient compte :

- du nombre d'habitants de la région
- du taux de densité de psychiatres libéraux
- du taux de pauvreté des habitants de la région
- de la taille moyenne des ménages
- du taux de places dans le secteur médico-social à destination des patients souffrant de pathologies psychiatriques.

■ La **dotation file-active**, qui découle :

- du relevé d'information médicalisée en psychiatrie
- d'une période de référence comprise entre le 1er janvier et le 31 décembre de la période considérée
- de la nature de prise en charge (temps complet, temps partiel ou ambulatoire) et selon l'âge du patient (enfant ou adulte)
- pour les prises en charge de temps complet et temps partiel, de la forme d'activité et de la durée de prise en charge de chaque patient de la file active à l'aide de grilles de pondérations journalières. Les pondérations sont fixées à partir de la nature, du volume de l'évolution des activités et le cas échéant des missions spécifiques des établissements.
- pour les prises en charge en ambulatoire, de la répartition de la dotation est fonction du nombre d'actes effectués par chaque patient de la file active.

■ La **dotation activités spécifiques** répartie entre les établissements qui réalisent une ou plusieurs des activités suivantes :

- les activités de prise en charge de personnes détenues
- la prise en charge de mineurs de retour de zones terroristes
- les unités pour malades difficiles (UMD)
- les unités d'accueil et de soins pour personnes sourdes
- les centres de ressources ou de recours tels que le centre national de ressource et de résilience (CN2R), les centres d'excellence TSA/TND, le centre national de ressource réhabilitation psychosociale.

■ La **dotation relative à la qualité du codage**, répartie entre les établissements en fonction d'indicateurs rendant compte notamment de la complétude, de la conformité et de la cohérence des données, au regard d'un score qualité calculé à partir de remontées d'informations du relevé d'information médicalisée en psychiatrie.

■ La **dotation relative à la structuration de la recherche**, répartie entre les régions en fonction notamment du nombre d'établissements de santé autorisés à exercer l'activité de psychiatrie.

■ La **dotation relative aux nouvelles activités** allouée chaque année aux établissements de santé sur la base d'appels à projets nationaux ou régionaux visant à financer le développement de nouvelles activités conformément aux orientations régionales et nationales en termes de psychiatrie et de santé mentale.

■ La **dotation d'accompagnement à la transformation**, répartie entre régions en tenant compte notamment des objectifs de transformation de l'offre de soins en psychiatrie, fixés dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conclu entre le directeur général de l'agence régionale de santé et les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les données relatives à la dotation file-active et qualité du codage sont véhiculées via le fichier RIM-P (voir le point 1. sur la production des informations en psychiatrie).

Chaque année, au plus tard quinze jours après la publication de l'arrêté portant sur la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale, le montant de l'objectif de dépense est réparti par le ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale entre les différentes dotations sus visées.

Le versement de ces dotations fractionnées en douze allocations mensuelles, est assuré par la caisse d'Assurance Maladie dont dépend chaque établissement.

2.2. Généralité sur la part AMC

Le reste à charge du patient repose sur une participation aux prestations de soins ([article L160-13 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)), qui peut prendre la forme :

- soit d'un ticket modérateur (TM) basé sur 20 % des tarifs nationaux journaliers des prestations (TNJP) ;
- soit d'une participation forfaitaire de 32 € en cas de réalisation d'actes coûteux (avec un coefficient supérieur ou égal à 60 ou un tarif supérieur ou égal à 120 €) au cours de la prise en charge.
- un forfait journalier, correspondant aux charges d'hôtellerie, nourriture, nettoyage, etc..

2.2.1. Les TNJP

L'article 35 modifié de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations sur le champ de la psychiatrie à partir du 1er janvier 2022. Pour les systèmes d'information, la mise en œuvre de la tarification nationale journalière des prestations se traduit par la création de nouvelles valeurs de Disciplines Médico Tarifaires (DMT) sur le principe suivant :

- a un Tarif National Journalier de Prestations (TNJP) correspond une et une seule valeur de DMT définie au niveau national.

La tarification nationale journalière des prestations sert de base à la facturation :

- de la participation de l'assuré (ticket modérateur) en psychiatrie
- des séjours des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (relations internationales)
- des séjours des patients relevant de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

La réforme n'engendre pas de modification concernant les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur :

- en fonction des actes réalisés : lorsqu'un acte coûteux a été réalisé au cours du séjour, une participation forfaitaire de 32 € (PF32) se substitue au TM ;
- en fonction du statut du patient : les assurés en ALD, les invalides et les pensionnaires militaires d'invalidité sont exonérés de la participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF32).
- en fonction du « risque » : les patients relevant du risque maternité ou ATMP (accident du travail / maladie professionnelle) sont exonérés du TM.

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différencieraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

Pour les patients relevant du régime local Alsace Moselle, la participation de l'assuré est prise en charge sur la base de 20 % des TNJP.

La tarification nationale journalière des prestations en psychiatrie est définie au regard des critères du tableau suivant :

Groupes "activité"	Groupe Etablissement					
	1. Non mixte et en partie sectorisé	2. Non mixte et sectorisé	3. Non mixte et non sectorisé	4. Mixte et en partie sectorisé	5. Mixte et sectorisé	6. Mixte et non sectorisé
Hospitalisation complète de - de 18 ans						
Centre de crise de - de 18 ans						
Hospitalisation complète de + de 18 ans						
Centre de crise de + de 18 ans						
Hospitalisation partielle de - de 18 ans						
Hospitalisation partielle de + de 18 ans						



Pour les patients non exonérés du ticket modérateur, la participation est égale à 20 % des TNJP, par nombre de jours de présence, sauf le jour de sortie.

Cependant, certains assurés peuvent être exonérés du ticket modérateur. Il s'agit de :

- personnes atteintes d'une maladie figurant sur une liste de 30 maladies établie par les pouvoirs publics (ALD 30),
- personnes atteintes d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave non inscrite à la liste citée ci-dessus, nécessitant des soins pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 31),
- personnes atteintes de plusieurs affections non inscrites à la liste citée ci-dessus mais nécessitant des soins continus pour une durée supérieure à 6 mois (ALD 32).

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

Pour les trois cas ci-dessus : seuls les soins en relation avec la ou les maladies ayant entraîné l'exonération sont pris en charge sur la base de 100 % des tarifs.

- Les affiliés titulaires d'une rente d'accident du travail avec un taux d'incapacité de travail au moins égal à 66,66 %, ainsi que leurs ayants droit,
- Les titulaires d'une pension militaire d'invalidité ou d'une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires d'une pension de vieillesse substituée à une pension d'invalidité au moins égale à 2/3,
- Les titulaires de l'allocation supplémentaire du fonds de solidarité vieillesse, de l'allocation supplémentaire du fonds spécial d'invalidité, de l'allocation de solidarité aux personnes âgées et de l'allocation supplémentaire d'invalidité,
- Les femmes enceintes dans les 4 mois précédant l'accouchement, et jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement.
- Les frais liés à l'interruption volontaire de grossesse.
- Les nouveau-nés pour les soins dispensés en établissement de santé ainsi que l'hospitalisation dans les 30 premiers jours de vie.
- Les détenus et les personnes placées en Centre de Rétention Administrative, avec dispense d'avance de frais.

L'exonération du ticket modérateur n'est pas seulement appliquée à la situation du patient, mais peut aussi être associée à la nature de l'acte. Certains actes médicaux effectués lors d'une hospitalisation peuvent en effet correspondre à une exonération du TM.

Ainsi, en présence d'actes dépassant un certain tarif ($\geq$ à 120 € ou ayant un coefficient $\geq$ à 60) le ticket modérateur est remplacé par une participation forfaitaire à 32 €. Lorsque plusieurs actes sont effectués par le même praticien au cours d'une même hospitalisation, le même jour, leurs tarifs et/ou leurs coefficients peuvent se cumuler dans certains cas. La participation forfaitaire de 32 € s'applique dès lors que le tarif résultant de ce cumul est $\geq$ à 120 € ou que le coefficient résultant de ce cumul est $\geq$ à 60.

Enfin, la durée du séjour entre aussi en compte dans l'exonération ou non du TM : un séjour supérieur à 30 jours exonère le patient du ticket modérateur à partir du 31^{ème} jour.

2.2.2. Les FJH

La participation à l'hébergement (hôtellerie, linge, nourriture...) consiste en un forfait journalier hospitalier (FJH de **17 €** par jour en Psychiatrie). Le patient peut s'acquitter en outre de frais liés aux prestations pour exigences particulières, qui ne sont pas pris en charge par l'Assurance Maladie, en particulier les frais liés à la mise à disposition d'une chambre particulière (voir la partie consacrée à la facturation des prestations pour exigences particulières du présent guide).

Lorsque le patient doit s'acquitter d'un TM de 20 % (et ne bénéficie donc pas de la participation forfaitaire à 32 €), la participation à l'hébergement n'est pas ajoutée au TM mais elle s'impute sur ce dernier. Les patients relevant du risque maternité ou Accident du Travail/Maladie Professionnelle (AT/MP) sont exonérés du paiement du forfait journalier.

2.3. Synthèse des modalités de facturation du FJH et du TM en hospitalisation PSY

2.3.1. S'agissant du FJH

Le FJH est ainsi calculé : montant du FJ x nombre de jours de présence.

Pour rappel, le forfait journalier hospitalier (FJH) est la somme du FJ (facturé pour chaque présence à minuit) et du FJS (facturé au jour de sortie – forfait faisant l'objet d'une ligne de facturation spécifique).

Facturation au patient du FJ et du FJS :

Le FJ est facturé pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie (FJS)

Le FJ et le FJS ne sont pas dus en cas de séjour dont les dates d'entrée et de sortie sont identiques (prestation strictement ambulatoire).

En cas de sortie définitive :

Le FJS n'est pas dû en cas de transfert définitif (supérieur à 48h). Le FJS n'est pas dû en cas de décès du patient.

2.3.2. S'agissant du ticket modérateur TM

■ Règles générales de calcul en PSY :

Pour rappel, l'assiette de participation des patients aux séjours réalisés au sein d'un établissement psychiatrique, quelle que soit l'échelle tarifaire, est le TNJP. Ces tarifs sont évalués en date d'exécution. La durée de séjour est égale au nombre de jour de présence du patient (le jour de sortie n'est pas dû).

En cas de transfert définitif (supérieur à 48h), le TM n'est pas dû le jour de sortie de l'établissement d'origine (c'est le TM de l'établissement d'accueil qui s'applique dès le jour de transfert).

Le TM au-delà de la borne d'hospitalisation de 30 jours n'est pas facturé, ni à l'AMO, ni à l'AMC, ni à l'assuré (période dite HTM « Hors Ticket Modérateur »).

POINTS CLÉS À RETENIR :

- En psychiatrie, le RIM-P est la base du recueil de données administratives et médicales, complétée par des informations de facturation.
- Le financement de l'activité de psychiatrie repose sur un modèle de dotations (part AMO) et sur la Tarification Nationale Journalière des Prestations (TNJP) pour la facturation du reste à charge (part AMC) ou de prises en charge particulières (RI, AME...).



FICHE 36 | La facturation des hospitalisations en psychiatrie dans les établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

La réforme de financement de l'activité de psychiatrie en 2022 a entraîné l'arrêt de la facturation des prestations de séjours et de séances à l'Assurance Maladie pour les assurés sociaux, comme cela était antérieurement au 31 décembre 2021.

Pour les détails de transmission des informations d'activité en psychiatrie pour la valorisation de la part Assurance Maladie Obligatoire (AMO), voir la fiche « Modalités communes de valorisation et facturation des séjours et restes à charge en psychiatrie » de ce présent guide.

La facturation des tickets modérateurs des séjours des assurés sociaux, et des frais de séjours pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME) et des Relations Internationales (RI), se fait au travers des Tarifs Nationaux Journalier de Prestations (TNJP).

1. La part facturée à l'Assurance Maladie pour les bénéficiaires du Régime Local d'assurance maladie Alsace-Moselle (RLAM), de l'Aide Médicale Etat (AME), de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S), et des Relations Internationales (RI)

1.1. Pour les bénéficiaires du RLAM

- La part Assurance Maladie Obligatoire (AMO) est valorisable par les dotations, comme pour tout assuré lambda.
- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace-Moselle sur la base du TNJP. Le forfait journalier est inclus dans le TNJP.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers sont facturables directement en part AMO.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € (PF32) est facturable en part AMO.

1.2. Pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME)

- 100 % du séjour établi sur la base du TNJP est facturable.
- Viennent s'y ajouter les forfaits journaliers + le forfait journalier de sortie.

Attention : cette facturation se fait en part Assurance Maladie Complémentaire (AMC), directement à l'Assurance Maladie, sans valorisation par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

1.3. Pour les bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S)

- La part AMO est valorisable par les dotations, comme pour tout assuré lambda.
- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est en revanche facturable à l'Assurance Maladie en part AMC sur la base de 20 % du TNJP.
- Les forfaits journaliers sont inclus dans les TNJP.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers sont facturables en part AMC.
- Le forfait journalier de sortie est facturable en part AMC, que le patient soit exonéré ou non du ticket modérateur.

1.4. Pour les ressortissants des « Relations Internationales » (RI)

- La base de remboursement est le TNJP au regard du taux de prise en charge du patient.
- Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % par l'AMO, les forfaits journaliers sont inclus dans la part prise en charge par l'AMO. Le patient est donc redevable du ticket modérateur sur la base du TNJP uniquement.
- Lorsque le patient est pris en charge à 100 %, les forfaits journaliers sont facturables en sus en reste à charge patient.

Pour toutes précisions, les fiches facturations de l'Assurance Maladie sont consultables ici :

[Fiche Facturation séjours en MCO SSR et PSY ex-DG au 1^{er} janvier 2022- V8.2](#)

2. La part facturée à l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) pour les assurés sociaux

La facturation de la part AMC suit les règles communes de facturation des restes à charge (ticket modérateur + forfait journalier hospitalier), sauf en cas d'exonération.

Se reporter à la fiche « Modalités communes de valorisation et facturation des séjours et restes à charge en psychiatrie » de ce présent guide.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Pour les assurés sociaux, la part AMO du séjour n'est plus facturée mais couverte par les dotations PSY.
- Seuls les tickets modérateurs et les frais de séjours pour certains bénéficiaires sont facturés sur la base du tarif national journalier de prestations.



FICHE 37 | La facturation des hospitalisations en psychiatrie dans les établissements de santé visés au d de l'article L 162-22-du CSS

CONTEXTE :

La réforme de financement de l'activité de psychiatrie en 2022 a entraîné l'arrêt de la facturation des prestations de séjours et de séances à l'Assurance Maladie pour les assurés sociaux, comme cela était antérieurement au 31 décembre 2021.

La facturation des tickets modérateurs des séjours des assurés sociaux, et des frais de séjours pour les bénéficiaires de l'Aide Médicale Etat (AME) et des RI (relations internationales), se fait au travers des Tarifs Nationaux Journaliers de Prestations (TNJP).

Il n'y a donc pas de part facturée à l'AMO sur la part des séjours pour les assurés sociaux dans le champ de la psychiatrie. Cette part est financée par les dotations PSY (voir la fiche « modalités communes de valorisation et facturation des séjours et restes à charge en psychiatrie »).

La facturation des restes à charge dans les établissements visés aux d de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) s'effectue via le bordereau S3404, et se fait directement à l'Assurance Maladie, à une complémentaire santé, ou aux patients, suivant les cas.

Ce bordereau permet de répertorier les différentes prestations facturables, mais aussi les médicaments, les actes de biologies, les actes des médecins et des personnels paramédicaux libéraux et salariés (hors personnel infirmier).

Le bordereau S3404 est donc le document unique de facturation qui regroupe les prestations hospitalières communes, et les cotations des prestations médicales et paramédicales individuelles des personnels concernés par cette facturation en sus.

La facturation intervient après la réalisation de la prestation, une fois le séjour clos.



Pour les établissements ex-OQN, le tarif national journalier de prestations (TNJP) inclut le forfait journalier.

Ce bordereau S3404 ne comporte qu'un seul exemplaire (l'original). Une copie de ce bordereau peut être réalisée pour les besoins de l'organisme du régime obligatoire ou de l'établissement. Le patient peut être également destinataire du bordereau à titre exclusif, en dehors des organismes assurant la couverture complémentaire.

Lorsque l'établissement est amené à fournir une copie du bordereau dématérialisé, il s'engage à y porter la mention « DUPLICATA » et « réservé au strict usage du patient ».

Le bordereau S3404 se présente comme suit :

S 3404

2. Les différentes parties du bordereau

1. La partie dite « haute »

Outre la partie supérieure destinée aux renseignements administratifs des bénéficiaires des soins, elle est destinée à rémunérer l'établissement des frais de structure de soins. On y indique les TM, FJ, le forfait acte couteux (32 €) pour les bénéficiaires de la C2S ou du RLAM le cas échéant, le tarif journalier pour les bénéficiaires de l'AME, ou/et les chambres particulières, par exemple...

frais de structure et de soins (1)											frais de structure et de soins (2)													
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes exo.	transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	période		prix unitaire	quantité	coeff.	montant facturé	codes	
					du	au											du	au						
sous-total 1											sous-total 2													

Contrairement aux champs MCO et SMR, aucune prestation hospitalière n'est à indiquer dans cette partie, la part AMO des séjours des assurés sociaux étant valorisée par des dotations, comme précisé dans les points précédents.

2. La partie dite « médiane »

Elle concerne les médicaments et les produits et prestations (LPP) délivrés pendant les séjours, et facturés en sus.

produits de la LPP facturables, spécialités pharmaceutiques et médicaments soumis à ATU (joindre la prescription)													
transfert	mode de traitement	DMT	prestation	n° GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	codes exo.
											sous-total 3		
											sous-total 1+2+3		

3. La partie dite « basse »

Cette section est dédiée à l'enregistrement des actes et consultations des praticiens et auxiliaires médicaux (à l'exception des soins infirmiers), ainsi que des examens de biologie médicale. Elle consigne également les modalités de transferts inter-établissements et le détail des participations obligatoires et complémentaires acquittées par l'assuré.

transfert	n° de case	numéro d'identification du prescripteur	spécialité	numéro d'identification de l'exécutant	spécialité	date des actes	date de la prescription	n° GHS	actes effectués					quantité ou coefficient	honoraires facturés	dépassé	code exonération	signature des praticiens ou auxiliaires médicaux attestant la prestation des actes, l'exactitude du montant total des honoraires facturés et la dispense d'avance de frais											
									code acte ou lettre-clé	activité	phase	actes	éléments de tarification						modificateurs	autres									
																		1											
																		2											
																		3											
																		4											
																		5											
																		6											
																		7											
																		8											
										sous-total 4																			
transfert provisoire – n° FINESS établissement 1										n° FINESS établissement 2																			
MANDATAIRE(S)																													
MONTANT TOTAL en euros (1+2+3+4)										l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire ☐										l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire ☐									
																				signature du directeur de l'établissement									

3. La transmission des bordereaux

La facturation se fait directement auprès de l'Assurance Maladie, des organismes complémentaires ou des patients.

— Auprès de l'Assurance Maladie

La facturation vers l'Assurance Maladie obligatoire s'effectue via une télétransmission en norme B2. Les bordereaux S3404 doivent être transmis en même temps que ces flux de facturation B2. Les pièces justifiant la facturation (ordonnance, feuilles de soins...etc...) doivent être mises à disposition de l'Assurance Maladie sur demande ([article R161-40 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#)).

Ils peuvent être transmis par voie postale, ou par voie électronique.

Dans le cadre de l'extension du projet de dématérialisation des pièces justificatives de la facturation (SCOR) aux cliniques privées, l'Assurance Maladie promeut la dématérialisation à la source du bordereau S3404 dans un objectif de simplification administrative et d'optimisation du processus de gestion des pièces justificatives entre les différents acteurs.

Pour autant, la dématérialisation du bordereau S3404 n'a pas pour objet de modifier la nature juridique initiale de la pièce présentée à l'Assurance Maladie au moyen d'un flux électronique.

Après transmission et contrôle de la part de l'Assurance Maladie, les prestations facturables en sus sont versées directement à l'établissement de santé.

■ **Auprès des organismes complémentaires ou des patients : le ticket modérateur sur la base du TNJP et le forfait journalier**

La facturation se fait directement auprès des organismes complémentaires lorsque le patient a souscrit à une complémentaire santé.



Le ticket modérateur, lorsqu'il est dû, se calcule sur la base de 20 % des TNJP PSY.

Viennent s'ajouter les actes des praticiens et auxiliaires médicaux libéraux (hors infirmiers), qui suivent le taux appliqué en hospitalisation, soit 80 % en part AMO et 20 % en part AMC.

La « facture » présentée au patient pour la part qui ne serait pas prise en charge par l'Assurance Maladie et/ou une complémentaire, est le reflet du bordereau S3404.

Elle récapitule la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et le reste à charges patient.

4. Facturation des honoraires

Les honoraires des praticiens et auxiliaires médicaux (hors actes infirmiers) sont facturés en sus de la valorisation des séjours en psychiatrie.

4.1. Pour les professionnels libéraux

La facturation se fait en partie basse du bordereau S3404, avec le numéro d'immatriculation du professionnel ayant effectué la consultation ou l'acte pendant l'hospitalisation.

4.2. Pour les professionnels salariés

La facturation se fait sur la partie basse du bordereau S3404, avec le numéro FINESS de l'établissement employant le professionnel de santé.

5 La part facturée à l'Assurance Maladie pour les bénéficiaires du RLAM, de l'AME, de la C2S, et des Relations Internationales

5.1. Pour les bénéficiaires du RLAM

■ La part AMO est valorisable par les dotations, comme pour tout assuré lambda.

■ Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est pris en charge au titre du régime local Alsace Moselle sur la base du TNJP, en part obligatoire en partie haute du S3404.

■ Les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables en part obligatoire en partie haute du S3404.

- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € est facturable en part AMO.
- Les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) sont facturables en part obligatoire en partie basse du S3404.

5.2. Pour les bénéficiaires de l'AME

- 100 % du séjour en part complémentaire sur la base du TNJP est facturable en partie haute du S3404, forfaits journaliers (hors FJ de sortie) compris.
- Le forfait journalier de sortie est facturable en part complémentaire en partie haute du S3404.
- Les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) sont facturables en part obligatoire en partie basse du S3404.

Attention : aucune valorisation n'est effectuée par l'ATIH.

5.3. Pour les bénéficiaires de la C2S

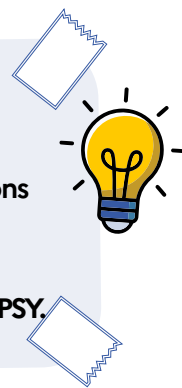
- La part AMO est valorisable par les dotations, comme pour tout assuré lambda.
- Le ticket modérateur, en l'absence d'exonération, est facturable à l'Assurance Maladie en part complémentaire en partie haute du S3404, sur la base de 20 % du TNJP.
- Les forfaits journaliers sont facturables en partie haute du S3404 en part complémentaire.
- En cas d'exonération pour acte couteux, la participation assurée forfaitaire de 32 € est facturable en part complémentaire.
- Les actes médicaux et paramédicaux (hors actes infirmiers) sont facturables en part obligatoire en partie basse du S3404.

5.4. Pour les ressortissants des « relations internationales »

- La base de remboursement est le TNJP au regard du taux de prise en charge du patient.
- Lorsque le patient n'est pas pris en charge à 100 % par l'Assurance Maladie, les forfaits journaliers sont inclus dans la part facturée en part obligatoire. Le patient est donc redevable du ticket modérateur sur la base du TNJP uniquement.
- En cas d'exonération du ticket modérateur, les forfaits journaliers (y compris celui de sortie) sont facturables au patient.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- La part prise en charge habituellement par l'Assurance Maladie est financée par des dotations sur le champ de la psychiatrie.
- Les prestations en sus des séjours et le reste à charge sont véhiculés via le bordereau S3404
- Le ticket modérateur est calculé sur la base de 20 % des tarifs nationaux journaliers de prestations PSY.



LES SOINS NON PROGRAMMÉS (URGENCES)

FICHE 38 | Les admissions aux urgences : consultations et hospitalisations

CONTEXTE :

Selon l'Académie de Médecine, l'urgence médicale se définit comme la « situation d'un patient à soigner sans délai ». Pour y répondre, la médecine d'urgence s'organise autour de trois piliers complémentaires :

- **le SAMU (service d'aide médicale urgente)** : pivot de la régulation médicale, il assure une écoute permanente (24h/24, 7j/7, 365j/an) pour apporter une réponse immédiate et adaptée à chaque appel.
- **le SMUR (structure mobile d'urgence et de réanimation)** : unité mobile interventionnelle visant à projeter la prise en charge médicale directement sur le terrain.
- **les services d'urgences (SU)** : structures d'accueil permanent (24h/24) déclinées en plusieurs modalités selon les besoins du territoire :
 - Services d'urgences généraux (SU)
 - Antennes de médecine d'urgence
 - Structures d'urgences pédiatriques
 - Structures d'urgences saisonnières

Champ d'application du guide : ce document traite spécifiquement de la gestion et du fonctionnement des Services d'Urgences (SU).

Le cadre réglementaire régit strictement cette mission de service public. [L'article R6123-18 - Code de la santé publique - Légifrance](#) dispose ainsi :

« Tout établissement autorisé à exercer l'activité [des urgences] est tenu d'accueillir en permanence dans la structure des urgences ou dans l'antenne de médecine d'urgence sur sa plage horaire d'ouverture, toute personne qui s'y présente en situation d'urgence ou qui lui est adressée, notamment par le SAMU [...]. »

1. Le parcours du patient dans un service des urgences.

Une venue aux urgences comporte plusieurs étapes.

1.1. L'accueil administratif

À l'instar des parcours programmés, l'accueil administratif aux urgences est le point de départ incontournable de la prise en charge.

Dans l'idéal, le patient doit présenter dès son arrivée à un guichet dédié :

- une pièce d'identité officielle (pour garantir l'identitovigilance) ;
- sa carte Vitale et son attestation de complémentaire santé (pour la chaîne de facturation) ;
- les coordonnées d'une personne référente.

L'état de santé du patient (troubles physiques, cognitifs) ou l'urgence de la situation empêchent souvent la présentation de ces pièces. Dans ce cas, le recueil d'informations auprès des accompagnants ou des services de secours devient une priorité absolue pour constituer un dossier le plus complet possible.

1.2. L'orientation du patient

Une fois le dossier créé, l'infirmier d'Orientation et d'Accueil (IOA) prend le relais pour orchestrer le parcours du patient.

La fonction de l'IOA s'inscrit en propre dans les missions de l'infirmier.

Pivot du service, l'IOA exerce une mission clé ancrée dans l'[article R4311-5 - Code de la santé publique - Légifrance](#) : recueillir les observations cliniques, évaluer les paramètres vitaux et veiller à l'installation sécurisée du patient.

Ses priorités sur le terrain :

- Accueillir : Offrir une prise en charge personnalisée au patient et à ses proches.
- Trier : Évaluer la gravité de la situation via une échelle de tri pour hiérarchiser les soins.
- Orienter : Choisir le lieu de soins le plus adapté.

En première ligne, l'IOA garantit la qualité de la prise en charge dès l'entrée. Lorsque le flux sature la capacité d'accueil, le triage devient un outil de régulation indispensable. À tout moment, l'IOA peut solliciter l'appui d'un binôme infirmier ou d'un médecin urgentiste.

1.3. L'examen médical

Un examen médical en salle d'examen permet ensuite au médecin d'évaluer cliniquement l'état de santé du patient. D'autres examens supplémentaires peuvent être nécessaires : imagerie, exploration fonctionnelle...

Une simple consultation peut être suffisante à la prise en charge médicale du patient. Dans d'autres cas, une hospitalisation est nécessaire.

2. Les passages aux urgences en Médecine-Chirurgie-Obstétrique-Odontologie (MCO), non suivis d'hospitalisation

Le passage aux urgences non suivi d'hospitalisation est à rapprocher, en établissement de santé, aux soins externes (aux consultations).

Cependant, son financement est différent des soins programmés.

2.1. Généralité sur le financement des urgences MCO non suivies d'hospitalisations

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2020 définit un nouveau modèle de financement pour le périmètre des urgences, qui repose sur 3 compartiments :

- une dotation populationnelle ;
- une dotation complémentaire ;
- des recettes liées à l'activité.

Au sein des recettes liées à l'activité, de **nouveaux forfaits et suppléments** sont créés pour les passages non programmés non suivis d'hospitalisation dans le même établissement qu'une structure des urgences, qu'une structure des urgences pédiatriques ou qu'une antenne de médecine d'urgence (au sens Finess géographique), en remplacement des facturations des forfaits Accueil et Traitement des Urgences (ATU) et des actes et consultations associés, utilisés dans le modèle précédent.

L'article 51 de la LFSS pour 2021 substitue au ticket modérateur proportionnel aux tarifs des prestations et des actes réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation une participation forfaitaire de l'assuré, dénommée « forfait patient urgences ».

2.2. Généralité sur les modalités de facturation

La réforme du financement des urgences s'applique aux établissements de santé publics et privés.

Concernant les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation, elle se caractérise par :

- L'instauration du forfait patient urgences, représentant le reste à charge dû par le patient, et qui a pour objectif :
 - d'améliorer la lisibilité pour les patients du reste à charge sur les passages aux urgences ;
 - de faciliter la facturation par les établissements, et le recouvrement des créances.

En effet, ce reste à charge forfaitaire qui est indépendant de la nature des actes dispensés ou d'un lien médical avec une pathologie existante (Affection Longue Durée – ALD – par exemple) est ainsi facturable avant la sortie du patient, ce dernier peut s'en acquitter sur place, ou repart à minima avec sa facture.

- La création de forfaits et suppléments à l'activité, qui sont fonction de l'intensité de la prise en charge et du recours aux plateaux techniques, et sont pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire sans facturation en sus d'actes relevant des nomenclatures CCAM, NGAP ou NABM.



Le dossier patient doit en revanche garder la trace du détail des actes réalisés sur chacun des plateaux techniques.

Ainsi ces deux types de forfaits visent à couvrir les frais correspondants aux soins dispensés dans une structure des urgences autorisée. Ces frais sont représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement du patient dans une telle structure, c'est-à-dire dont l'autorisation est mise en œuvre dans le respect des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement en vigueur.

Ces moyens correspondent à l'organisation de la prise en charge diagnostique et thérapeutique complète au sein de la structure des urgences, qui permet d'assurer, postérieurement à son accueil, l'observation, les soins et la surveillance du patient jusqu'à son orientation. En l'absence de prise en charge médicale au sein de la structure des urgences (et donc de mobilisation de l'ensemble des moyens de celle-ci), l'établissement ne peut facturer ces forfaits et suppléments.

La facture vers l'Assurance Maladie est réalisée a posteriori après la sortie du patient.

Seuls les passages non programmés et non suivis d'hospitalisation dans le même établissement que la structure des urgences autorisée (au sens Finess géographique), peuvent faire l'objet de la facturation du forfait patient urgences et des forfaits urgences.



En cas de re-convocation dans un service de la structure ayant accueilli le patient aux urgences, les soins sont financés sous la forme d'actes et de consultations externes et non pas au travers des forfaits et suppléments instaurés par la réforme de financement des urgences.

2.3. Le Forfait Patient Urgences (FPU)

Le FPU s'applique à tout patient dont le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation. Le montant de référence de ce forfait est fixé à 23 € à ce jour.

Selon le profil médico-administratif du patient, ce tarif peut être minoré ou intégralement pris en charge.

— FPU Minoré (9,96 €) :

- Patients en affection de longue durée (ALD).
- Victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle (incapacité < 2/3).

— Prise en charge intégrale par l'Assurance Maladie (0 € pour le patient) :

- Femmes enceintes (au titre de l'assurance maternité).
- Titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension militaire d'invalidité.
- Bénéficiaires de la C2S (prise en charge à 100 %) ou de l'AME.
- Victimes d'actes de terrorisme ou mineurs victimes de violences sexuelles.
- Nouveau-nés de moins d'un mois et donneurs d'organes.
- Accidents du travail ou maladies professionnelles (incapacité ≥ 2/3).
- Personnes écrouées.

Compensation financière pour l'établissement :

Afin de préserver les recettes de l'établissement lors de l'application du FPU minoré, un « complément FPU » (égal à la différence entre 23 € et 9,96 €) est facturé. Ce complément est intégralement remboursé à l'hôpital par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO).

2.4. Le Forfait âge Urgences (FU) et ses suppléments

Le 1 de l'article 13 de l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise :

« Chaque passage non programmé au sein d'une structure des urgences, une structure des urgences pédiatriques ou une antenne de médecine d'urgence au 3° de l'[article R6123-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), qui n'est pas suivi d'une hospitalisation en service de médecine de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie au sein de l'établissement, donne lieu, pour les soins dispensés dans une structure ou antenne susmentionnée, à facturation de forfaits dénommés "forfaits âge urgences" (FU). »

Ce forfait reflète l'intensité de la prise en charge du patient, et le recours aux plateaux techniques. La facturation d'un seul forfait est autorisée pour chaque passage aux urgences sans hospitalisation.

Ce FU est facturable dès lors qu'une prise en charge complète du patient a été effectuée par un médecin ou un infirmier en pratique avancée de médecine d'urgence (dans les conditions définies à l'[article R4301-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#) et à l'[article R4301-3-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#)) de la structure des urgences concernée.

Ce forfait âge est facturable dans les conditions suivantes :

- pour la prise en charge d'un patient de moins de 4 mois : forfait FU0 ;
- pour la prise en charge d'un patient d'au moins 4 mois et de moins de 16 ans : forfait FU1 ;
- pour la prise en charge d'un patient d'au moins 16 ans et de moins de 45 ans : forfait FU2 ;
- pour la prise en charge d'un patient d'au moins 45 ans et de moins de 75 ans : forfait FU3 ;
- pour la prise en charge d'un patient de plus de 75 ans : forfait FU4.

La facturation de ces forfaits est cumulable au forfait FPU, mais pas avec un acte inscrit aux nomenclatures des médecins ou des personnels paramédicaux, y compris avec les prestations hospitalières sans hospitalisation donnant lieu aux forfaits « SE », « PO », « FFM », et « APE ».

Cependant, des suppléments sont autorisés :

1. Suivant l'état clinique du patient (supplément SU2 ou SU3) ;
2. Pour la réalisation d'un acte de biologie suivant l'âge du patient (supplément SUB, SB2 ou SB3) ;
3. Pour la réalisation d'au moins un acte de radiologie par un radiologue, de l'imagerie conventionnelle à la réalisation d'un acte d'imagerie en coupe donnant droit à un forfait technique (supplément SIM ou SIC) ;
4. Si le patient est arrivé par véhicule sanitaire hors VSL ou par transport sanitaire aérien (supplément SUM) ;
5. Lorsqu'un avis d'un médecin spécialiste est demandé par un médecin urgentiste ou un infirmier en pratique avancée. Dans ce cas un seul supplément est facturable par spécialité (supplément SAS) ;
6. Lorsque la prise en charge est réalisée entre 22h et 8h (supplément SUN) ;
7. Lorsque la prise en charge est réalisée entre 20h et 22h, le samedi entre 14h et 20h, un dimanche ou jour férié entre 8h et 20h (supplément SUF) ;

8. Un supplément vient s'ajouter au 3. et 5. :
 - a. Lorsque l'acte est réalisé entre 20h et 8h (supplément SSN) ;
 - b. Lorsque l'acte est réalisé un dimanche ou un jour férié entre 8h et 20h (supplément SSF) ;
9. Lorsque l'état clinique du patient correspond aux cas suivants :
 - a. Lorsqu'un diagnostic principal, renseigné dans le Résumé de Passage aux Urgences (RPU), de la liste 1 de l'annexe 19 de l'arrêté du 19 février 2015 est posé (supplément PE1). Ce supplément concerne une prise en charge pédiatrique et n'est pas cumulable avec le b. suivant.
 - b. Lorsqu'un diagnostic principal, renseigné dans le RPU, de la liste 2 de l'annexe 19 de l'arrêté du 19 février 2015 est posé (supplément PE2). Ce supplément concerné également une prise en charge pédiatrique, et n'est pas cumulable avec le a. précédent.

Ces suppléments ne peuvent être facturés seuls sans un forfait âge.



Lorsqu'un patient est admis dans un service d'urgences, et qu'il est transféré le même jour dans un autre établissement pour poursuivre sa prise en charge en hospitalisation, les deux établissements facturent indépendamment leur prestation.

Cette situation n'entre pas dans le cadre des prestations inter établissements/activités (PIE/PIA) puisqu'il n'y a pas de réadmission dans l'établissement d'origine. Il y a transfert définitif.

2.4.1. Valorisation en établissement visés aux a, b et c de l'article L 162-22 du CSS hors Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES) urgences

Pour la part prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), la valorisation de l'activité repose, comme pour les actes externes hors FIDES, sur la transmission des données à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

Cette transmission s'effectue via le fichier RSF-ACE (Résumé Standardisé de Facturation des Actes et Consultations Externes), selon le calendrier défini par les arrêtés de versements mensuels (cf. point 1 de la fiche « Valorisation et facturation des ACE programmés sur le champ MCO en établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L.162-22 du Code de la sécurité sociale »).

Par ailleurs, le circuit de remontée PMSI des actes médicaux issus de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) vers l'ATIH est maintenu. Il permet de conserver, à titre informatif et selon les modalités antérieurement en vigueur, la transmission des actes réalisés lors d'un passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation.

À ce titre, l'ensemble des établissements doit poursuivre la transmission des fichiers RSF-M et RSF-L, dédiés respectivement à la description des actes CCAM et des actes NABM réalisés dans ce contexte. Ces informations sont transmises à l'ATIH sans code de regroupement associé dans le fichier RSF-C utilisé pour la facturation, celle-ci étant désormais assurée sur une base forfaitaire. Le maintien de ce dispositif garantit la continuité et l'exhaustivité de la description de ces actes dans le PMSI.

Les seuls cas pour lesquels la facturation demeure réalisée directement auprès de l'Assurance Maladie sont les suivants :

- les bénéficiaires relevant des relations internationales (RI) ;
- les bénéficiaires de l'Aide Médicale de l'État (AME).

La part relevant de l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) est facturée selon les mêmes modalités que les actes et consultations externes programmés (cf. fiche « Valorisation et facturation des ACE programmés sur le champ MCO en établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L.162-22 du Code de la sécurité sociale »). Elle concerne exclusivement le forfait de passage aux urgences (FPU).

2.4.2. Facturation en établissement visés aux a, b et c en FIDES urgences, ou en établissement visés au d de l'article L 162-22 du CSS.

2.4.2.1 Composition de la facture

Pour les établissements du secteur privé ainsi que pour les établissements publics intégrés au dispositif FIDES, les forfaits et suppléments font l'objet d'une facturation directe à l'Assurance Maladie.

Les recettes de ces établissements reposent sur deux flux de facturation distincts :

■ Une facture adressée au patient ou à son organisme complémentaire, correspondant exclusivement au forfait patient urgences (FPU) ;

■ Une facture adressée à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), comprenant :

- Le report, à titre informatif, du forfait patient urgences nominal ou du forfait patient urgences minoré ;
- Le complément du forfait patient urgences minoré, facturé à 100 % lorsque ce dernier est applicable ;
- Le forfait activité socle (FU), déterminé en fonction de l'âge du patient et pris en charge à 100 % ;
- Le cas échéant, les suppléments forfaitaires, également remboursés à 100 %.

Pour les établissements privés ex-OQN, la répartition des éléments sur le bordereau de facturation S3404 s'effectue selon les modalités suivantes (cf. fiche « Valorisation et facturation des ACE programmés sur le champ MCO en établissements de santé visés au d de l'article L.162-22 du Code de la sécurité sociale ») :

■ En partie haute :

- Le forfait patient urgences (FPU) ;
- Le complément du forfait patient urgences ;

■ En partie basse :

- Le forfait activité socle (FU) ;
- Les éventuels suppléments forfaitaires.

Par ailleurs, la remontée des actes demeure obligatoire, selon les mêmes principes que pour les établissements non intégrés au dispositif FIDES Urgences. Elle s'effectue via le fichier RSF pour les établissements ex-OQN et via le fichier RSF-ACE pour les établissements ex-DG.

Pour plus de détails sur les modalités techniques de transmission, il convient de se référer à la [notice technique atih-tous_champs-2022-hh.pdf](#)

2.4.2.2 Honoraires des médecins libéraux en établissements Ex-OQN

L'[article R162-33-2 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que :

« Dans le cas des établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) [...], sont exclus des forfaits mentionnés à l'[article R162-33-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#), à l'exception des forfaits assurant le financement des soins de **médecine d'urgence** autres que gynécologiques, [...] :

a) Les honoraires des praticiens, y compris ceux afférents aux examens de biologie médicale, et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement ; [...] »

De ce fait, les seuls forfaits facturés dans le cadre des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation servent de base à la rémunération des médecins urgentistes. Aucun dépassement n'est autorisé.

3. Les passages aux urgences en Médecine-Chirurgie-Obstétrique-Odontologie (MCO), suivis d'hospitalisations

3.1. L'hospitalisation en Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) à la suite d'un passage aux urgences

L'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD) accueille les patients orientés depuis les urgences lorsqu'une hospitalisation brève est nécessaire, généralement inférieure à 24 heures à compter de leur arrivée. Cette prise en charge vise soit à assurer le traitement et la surveillance de patients dont l'état nécessite une observation rapprochée avant un retour à domicile, soit à permettre la réalisation d'investigations complémentaires afin de préciser le diagnostic et l'orientation du patient.

L'article 12 de l'[Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile - Légifrance](#) précise que, lorsqu'un patient est pris en charge en UHCD, la facturation d'un Groupe Homogène de Séjour (GHS) n'est possible que si les trois conditions suivantes sont simultanément réunies :

- l'état du patient présente un caractère instable ou le diagnostic demeure incertain ;
- la situation clinique nécessite une surveillance médicale ainsi qu'un environnement paramédical ne pouvant être assurés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- la prise en charge requiert la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques. Cette condition ne se limite pas à la réalisation d'actes codés en CCAM et n'est pas subordonnée au caractère répétitif des actes réalisés.

Ces trois critères sont cumulatifs.

En l'absence de l'une de ces conditions, la prise en charge en UHCD ne relève pas d'une facturation en groupes homogènes de séjours (GHS). Elle donne alors lieu à la facturation du forfait activité socle (FU), de ses éventuels suppléments, ainsi que du forfait patient urgences (FPU). Cette situation concerne notamment les patients présentant des symptômes nécessitant la réalisation rapide d'examens diagnostiques complémentaires, sans que leur état ne justifie une surveillance en hospitalisation.

À l'inverse, lorsque les trois conditions sont réunies, la prise en charge est facturée sous la forme d'un GHS correspondant à un Groupe Homogène de Malades (GHM), dès lors que la date de sortie est identique à la date d'entrée, quelle que soit la durée effective du séjour au sein de l'UHCD.



Lorsque la prise en charge a lieu dans la structure des urgences sans que le patient soit physiquement hospitalisé dans l'UHCD (voir le 2.2.2.1 du chapitre I du [guide methodo mco 2026 version provisoire.pdf](#)), les prises en charge répondant de manière cumulative aux 3 conditions mentionnées correspondent à la facturation d'un forfait âge urgences et ses éventuels suppléments, ainsi qu'un FPU.

3.2. L'hospitalisation en unité d'hospitalisation complète MCO de la même entité géographique, à la suite d'un passage aux urgences.

Dans le cas d'une mutation vers un service MCO de la même entité géographique, à la suite d'une admission aux urgences, les règles générales de production des résumés de sortie standardisés (RSS) s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales.

Un RSS unique doit être produit et un seul GHS facturé.

Le [guide methodo mco 2026 version provisoire.pdf](#) précise dans le 2.2.2.1 du chapitre I que le numéro mentionné dans le Résumé d'Unité Médicale (RUM) est celui de l'Unité Médicale (UM) dans laquelle le patient est physiquement hospitalisé, y compris lorsque le médecin dispensant les soins est rattaché à une UM différente.

Exemple : faute de place dans une unité A, un patient est hospitalisé dans une unité B, mais la prise en charge médicale est assurée par A : le numéro d'UM qui doit être indiqué dans le RUM est celui de B.

Ainsi, il n'est donc pas possible de facturer un GHS pour un patient hospitalisé aux urgences même lorsque sa prise en charge médicale est assurée par un médecin d'un service d'hospitalisation : il n'est pas possible de faire figurer le RUM du service d'hospitalisation dans le RSS alors que le patient n'y est pas physiquement présent.

Dans ce cas la prise en charge correspond à la facturation d'un forfait âge urgences et ses éventuels suppléments, ainsi qu'un FPU.

En revanche, pour rappel, lorsqu'un patient est admis dans un service d'urgences, et qu'il est transféré le même jour dans un autre établissement pour poursuivre sa prise en charge en hospitalisation, les deux établissements facturent indépendamment leur prestation.

Cette situation n'entre pas dans le cadre des PIA/PIE puisqu'il n'y a pas de réadmission dans l'établissement d'origine. Il y a transfert définitif.

4. Particularité des urgences gynécologiques

Les urgences gynécologiques sont hors réforme des urgences sus citées.

L'[article R162-33-1 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) précise que « les soins non programmés non suivis d'une hospitalisation, dispensés en dehors d'une structure des urgences, d'une structure des urgences pédiatriques ou d'une antenne de médecine d'urgence autorisées selon les modalités mentionnées au 3° de l'[article R6123-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et, représentatifs » (...) » notamment « de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à l'accueil et au traitement des urgences gynécologiques, hors urgences obstétricales, dans les services de gynécologie-obstétrique », sont assurées par des forfaits.

Ainsi, lorsque des patientes sont accueillies pour des urgences gynécologiques et orientées directement vers les services de gynécologie-obstétrique, le passage peut donner lieu à la facturation d'un forfait Accueil et Traitement des Urgence (ATU) en plus des actes pratiqués dans le service.

Cette facturation ne concerne pas les urgences obstétricales.

Le taux de prise en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire de ce forfait s'applique au taux de prise en charge des actes associés, soit une répartition 80% en part AMO /20% en part AMC (assurance maladie complémentaire).

La facturation s'effectue :

- En établissements privés ex-OQN :
 - Avec le codage des actes en partie basse du bordereau S3404 ;
 - Avec le codage de l'ATU en partie haute de ce même bordereau.
- En établissements ex-DG :
 - Par une valorisation avec remontée de l'activité (actes et ATU) à l'ATIH (via le fichier RSF-ACE) ;
 - Par arrêté de versement.

Voir pour plus de détail la fiche « Valorisation et facturation des ACE programmés sur le champ MCO en établissements de santé visés aux a, b et c de l'[article L162-22 - Code de la sécurité sociale - Légifrance](#) » de ce présent guide.

5. Les urgences psychiatriques

Financée par dotation, l'activité des urgences psychiatriques constitue une expertise spécifique qui se déploie selon deux modèles opérationnels distincts.

L'activité de liaison (au sein des urgences générales)

Ce modèle repose sur l'intervention des personnels de psychiatrie au sein des services d'urgences générales, conformément au cadre légal (3^e de l'[article R6123-1 - Code de la santé publique - Légifrance](#), et [article R6123-32-9 - Code de la santé publique - Légifrance](#)).

- Parcours patient : le médecin urgentiste examine le patient, écarte les causes somatiques, pose le diagnostic initial et l'oriente vers le psychiatre référent de la structure.
- Règles de facturation (si non-hospitalisation) :
 - Volet somatique : Facturation standard via les forfaits FU, suppléments éventuels et FPU.
 - Volet psychiatrique : Non facturé directement, il est intégré dans la prise en charge globale du passage aux urgences.

L'accueil dédié (au sein des établissements spécialisés)

Ce modèle concerne les établissements de santé mentale mono-activité dotés d'une structure d'accueil spécifiquement dédiée aux urgences psychiatriques.

- Valorisation : l'activité est intégralement prise en charge et valorisée par les dotations budgétaires dédiées à la psychiatrie, au même titre que les autres activités du secteur.

POINTS CLÉS À RETENIR :

- Une urgence médicale est une situation nécessitant des soins sans délai. Tout établissement autorisé à l'activité d'urgences a l'obligation légale d'accueil permanent de toute personne en situation d'urgence, y compris adressée par le SAMU.
- Des forfaits sont la base de valorisation d'un passage aux urgences non suivi d'hospitalisation : forfait FU et suppléments pris en charge par l'assurance maladie, forfait FPU représentant le reste à charge patient.
- Les urgences gynécologiques ne sont pas concernées par les forfaits FU-FPU, et restent valorisées par des actes médicaux, auxquels s'ajoute un forfait dit ATU.



Contact :

DGOS-FIP1-FACTURATION@sante.gouv.fr