

Les nouveautés du RSF pour les cliniques privées en 2012

Deux nouveautés :

- Dans le RSF-A, le RSF de base qui comprend les informations administratives et de facturation de base des patients, 2 nouvelles informations sont demandées
 1. Patient bénéficiaire de la CMU (soit Oui, soit Non)
 2. N° de facture du séjour de la mère (pour les MCO qui ont une maternité)
- La création d'un nouveau bloc RSF, RSF-L, pour permettre la transmission des codes affinés des actes de biologie (issus de la NABM) dans les RSF.

Rappelons que ces modifications n'entreront en vigueur, comme chaque année, qu'au 1er mars, donc au 1er mars 2012. Cela devrait laisser le temps aux éditeurs et aux établissements de s'adapter pour recueillir et mettre en forme ces nouvelles informations.

Le descriptif du nouveau format des RSF-A et RSF-L par l'ATIH (pages 8 à 10).

Comprendre les actes NGAP

La classification NGAP (NGAP pour Nomenclature Générale des Actes Professionnels) est la classification pour les actes techniques en secteur libéral et hospitalier qui avait cours avant l'arrivée de la CCAM qui l'a très largement remplacée à partir de 2005.

Depuis cette date, une partie de la nomenclature NGAP reste toutefois en vigueur pour toute une série d'actes (des actes cliniques médicaux réalisés par les médecins, actes des chirurgiens-dentistes, actes de sages-femmes et d'auxiliaires médicaux) qui sinon ne seraient pas pris en compte pour le paiement de ces actes aux établissements. Soit parce qu'ils n'ont pas d'équivalent dans la CCAM, soit parce qu'ils n'ont pas de tarifs dans la CCAM par exemple.

La facturation des actes NGAP peut donc parfois entrer en conflit avec les cotations CCAM sur un séjour.

La nomenclature NGAP continue à vivre et est régulièrement mise à jour en parallèle de la CCAM.

Comment lire un code NGAP ?

Un code NGAP comprend essentiellement 4 informations :

- Un code appelé lettre-clé qui correspond au type d'acte. Par exemple la lettre-clé AMC pour des actes des masseurs kinésithérapeutes en établissement. Il y a un tarif officiel de base par lettre-clé, avec souvent un tarif si l'acte est réalisée la nuit ou un jour férié
- Un coefficient à appliquer sur une lettre clé pour différencier différentes prises en charge pour un même type d'acte. Par exemple pour les actes relevant de la lettre clé C (consultation au cabinet par le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste omnipraticien ou la sage-femme), on va trouver un coefficient 1 pour une consultation « simple » en cabinet et un coefficient 2 pour un avis ponctuel de spécialiste
- L'intitulé de l'acte sous la forme d'un libellé
- Le tarif en vigueur pour cet acte

Commentaires :

Dans cette note, nous n'avons pas abordé les nombreuses et

subtiles règles de facturation en cas d'actes NGAP groupés ou isolés, d'actes multiples dans une même séance ou encore d'actes renouvelés sous 10 ou 20 jours. Elles sont détaillées dans le lien ci-dessous.

Consulter la version décembre 2011 de la NGAP.

Copyright © T2A Conseil



Le service de Consultation des Droits : pour connaître les droits d'un patient qui n'a pas sa Carte Vitale

Carte Vitale oubliée, arrivée de patients par les Urgences, « doutes » sur la Carte, patients pris en charge en AME, facturation alors que le patient est déjà parti, etc... : autant de situations auxquelles sont confrontés les établissements de santé, avec le risque financier sur la facturation des séjours et consultations externes qui ne seront pas ou mal pris en charge.

Depuis septembre 2009, le groupement SESAM VITALE propose donc aux établissements un nouveau service en ligne appelé Consultation des Droits des assuré (CDR) qui leur permet en direct d'interroger via Internet les droits à jour des patients affiliés à 16 Caisses d'Assurance Maladie Obligatoires couvrant 97% des patients (le Régime Général, la MSA, la Mutualité Générale, le RSI, la MGEN, etc...) avec les

informations suivantes :

- les droits de base,
- l'exonération du ticket modérateur,
- la CMU,
- la déclaration du médecin traitant.

Le pré-requis pour les établissements est très simple : disposer d'un lecteur de carte et donc d'une CPE (Carte de Professionnel d'Etablissement).

En septembre 2011, plus de 940 groupements d'hôpitaux et près de 400 cliniques privées utilisaient le service de Consultation des Droits (CDR).

Une remarque pratique pour finir : selon les cas, l'installation technique du petit logiciel pour se connecter au CDR peut entraîner des dysfonctionnements sur le lecteur de Carte Vitale.

Le site de SESAM VITALE qui détaille le service.

La circulaire de la DHOS du 21/09/2009 sur le CDR.

Copyright © T2A Conseil



Nouvelle CCAM V25 à partir du 9 janvier 2012

Comme annoncée dans un précédent article, une nouvelle CCAM, la 25eme version de la CCAM, dite CCAM V25, sera effective à compter du 9 janvier 2012 avec 9 nouveaux actes, certains facturables (dont le fameux YYYY600 = supplément pour

archivage numérique d'un examen scanographique ou remnographique) d'autres non et diverses modifications de libellés.

A noter la suppression d'un acte : YYYY308 (Tomographie de l'appareil ostéoarticulaire premier plan de coupe) et une subtilité de facturation concernant la prise en charge des agénésies dentaires chez l'adulte : le codage dans le PMSI se fait via les actes CCAM, mais la facturation n'est possible que selon la NGAP.

Note AMELI sur la CCAM V25.

Nouvelles règles de facturation des séjours MCO pour les patients bénéficiant de l'AME

A compter du 1er janvier 2012 s'appliquent de nouvelles règles de facturation pour les séjours MCO et HAD des patients bénéficiant de l'AME. Le principe est simple : rapprocher la tarification de ces séjours du droit commun. En revanche, la mise en oeuvre est assez compliquée.

Tout d'abord de nombreuses prestations sont exclues du dispositif : forfaits ATU, FTM, SE, IVG, les consultations et actes externes, etc...

Ensuite, il y a la création de 2 coefficients :

- un coefficient dit pérenne de 30% à appliquer sur les tarifs du GHS, les GHS de ces séjours sont donc payés 1,3 fois le tarif habituel, avec une phase transitoire jusqu'en juillet 2012 avant de pouvoir facturer en sécurité.
- un coefficient dit transitoire, mais uniquement pour les établissements ex-DG (publics et ESPIC donc). Son taux est de 2% et son effet limité à l'année 2012

Le principe de base diffère selon le statut. Les établissements ex-DG factureront ces séjours à 80% du GHS + 20% du tarif journalier de prestation. Les établissements ex-OQN eux factureront sur la base de 100% du GHS.

Ces coefficients ont pour but de tenir compte des spécificités des patients en AME, plus lourds à traiter que les autres.

Enfin il faut tenir compte de règles de transition sur le premier semestre 2012 et l'année 2012. Toutes les règles sont détaillées dans la circulaire dont nous vous donnons le lien ci-dessous.

Bon courage donc aux établissements concernés !

La circulaire du 14 décembre 2011