

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau des établissements de santé
et médico-sociaux

Direction générale de l'offre de soins

Sous direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse organisationnelle
et financière

Circulaire DSS/1A/DGOS/R1 n° 2012-240 du 18 juin 2012 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie

NOR : AFSS1226541C

Validée par le CNP le 16 mai 2012. – Visa CNP 2012-139.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale qui fixe à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie.

Mots clés : facturation-établissements de santé.

Références :

Code général des collectivités territoriales, notamment son article L. 1617-5 ;

Code de la sécurité sociale, notamment son article L. 162-25 ;

Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code ;

Arrêté du 29 juin 2006 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 ;

Arrêté du 22 février 2008 modifié 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 ;

Arrêté du 19 février 2009 modifié relatif 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. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 30 juin 2011 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite 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 ;

Circulaire interministérielle DSS n° 2010-260 du 12 juillet 2010 relative aux règles de prescription applicables en matière de sécurité sociale.

Instruction du 24 juin 2011 relative aux modalités de validation des données d'activités transmises par les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale *via* le logiciel Lamda ;

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour information) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour exécution).

L'article 62 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 a rétabli un article L. 162-25 dans le code de la sécurité sociale fixant à un an le délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation à l'assurance maladie, à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.

La présente circulaire a pour objet de vous préciser les modalités pratiques de mise en œuvre de cette mesure.

1. Rappel et définitions

Le nouvel article L. 162-25 a vocation à préciser le délai de facturation et de valorisation des prestations réalisées dans les établissements de santé à l'égard de l'assurance maladie.

Ainsi, les établissements disposent désormais d'un délai d'un an, à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier, pour émettre et transmettre leur facture initiale et, éventuellement, leurs factures complémentaires ou rectificatives. Au terme de ce délai d'un an, plus aucune facture relative à la prestation réalisée ni aucune rectification de données ne sera admise.

Il convient également de préciser que les rejets n'ont pas d'impact sur le délai de facturation. Le rejet d'une facture n'entraîne pas l'ouverture d'un nouveau délai d'un an. Le traitement des rejets par les établissements de santé doit être réalisé dans le délai de facturation initial d'un an, qui court à compter de la date de réalisation de l'acte ou de la date de fin du séjour hospitalier. Afin de sécuriser les établissements de santé, les caisses s'engagent néanmoins à traiter les factures qu'elles reçoivent dans un délai resserré.

Ces nouvelles dispositions ne modifient pas les procédures de recouvrement existantes pour l'ensemble des établissements. Elles ne modifient pas non plus les règles en vigueur pour les assurés sociaux, notamment l'article L. 332-1 du code de la sécurité sociale concernant les délais de prescription applicables pour l'action des assurés et des ayants droit pour le paiement des prestations de l'assurance maladie.

Par ailleurs, cet article ne concerne pas les autres flux d'information émis par les établissements de santé vers l'assurance maladie, notamment les flux d'informations de séjours et les flux supports à la récupération de la participation forfaitaire et de la franchise auprès de l'assuré.

2. Champ d'application

2.1. Établissements concernés

Ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, qui bénéficient d'un paiement de l'assurance maladie pour les prestations qu'ils réalisent.

L'ensemble des établissements de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, quel que soit le champ d'activité (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, soins de suite et de réadaptation ou psychiatrie), sont inclus dans le périmètre d'application de la mesure.

Cependant, ces dispositions ne s'appliquent pas aux établissements de SSR et de psychiatrie financés sous dotation annuelle de financement (DAF).

2.2. Prestations concernées

L'article L. 162-25 vise l'ensemble des prestations d'hospitalisation, y compris l'hospitalisation, à domicile.

La mesure vise également les actes et consultations externes réalisés au sein des établissements ex-DG uniquement.

Les dispositions de l'article L. 162-25 ne s'appliquent ni au champ de l'activité libérale, ni aux activités financées par dotation (MIGAC ou DAF).

3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de la mesure

3.1. Point de départ du délai de prescription

Pour les prestations d'hospitalisation

En ce qui concerne les prestations d'hospitalisation, le délai d'un an court à compter de la date de fin de séjour hospitalier, c'est-à-dire la date de sortie du patient.

Pour les consultations et actes externes

Pour les consultations et actes externes, le délai d'un an court à compter de la date de réalisation de l'acte.

3.2. *Entrée en vigueur*

Les dispositions de l'article L. 162-25 s'appliquent aux séjours des patients sortis à compter du 1^{er} janvier 2012 et aux actes et consultations externes réalisés à compter du 1^{er} janvier 2012.

3.3. *Actions visées*

Pour les établissements ex-DG

Le délai d'un an s'applique à la fois :

- à la transmission initiale des données afférentes aux prestations d'hospitalisation, aux spécialités pharmaceutiques, produits et prestations en sus (1), aux consultations et actes externes ainsi qu'aux éventuelles modifications de ces données (flux ATIH) ;
- à l'émission et à la transmission des factures initiales et, le cas échéant, des factures complémentaires ou rectificatives, pour les prestations qui font l'objet d'une facturation directe à l'assurance maladie.

À l'issue de ce délai d'un an, aucune transmission de données, notamment *via* Lamda, ou facture relative à la prestation réalisée ne sera admise.

Pour les établissements OQN et ex-OQN

Le délai d'un an comprend l'émission des factures initiales mais également, le cas échéant, des factures complémentaires ou rectificatives.

À l'issue de ce délai, aucune facture initiale, complémentaire ou rectificative relative à la prestation réalisée ne sera admise.

4. Les règles à respecter en matière de motivation des factures complémentaires et rectificatives

Le dispositif encadrant l'émission de factures complémentaires et rectificatives des établissements résulte notamment du code de la sécurité sociale (CSS), des arrêtés PMSI et du guide méthodologique PMSI.

Il en ressort que :

- la facturation d'un séjour ne doit intervenir que lorsque l'établissement est en possession de la totalité des éléments constitutifs du séjour (principe général posé par le guide méthodologique PMSI) ;
- des compléments de facturation peuvent être réalisés pour des prestations ou actes réalisés par des tiers, hors de l'établissement, durant le séjour et pour le compte du patient (article R. 161-42 du CSS) ;
- la modification au cours de l'année de données d'activité ne peut être faite que sur demande motivée et justifiée de l'établissement :
 - ainsi, pour les établissements ex-DG, les modifications de données d'activité *via* la transmission de fichiers à l'ARS par le logiciel Lamda doivent être argumentées, répondre à des situations exceptionnelles et être approuvées par l'ARS (*cf.* instruction DGOS/R1 n° 2011-399 du 24 juin 2011) ;
 - pour les établissements OQN et ex-OQN, l'émission de factures complémentaires et rectificatives auprès de la caisse centralisatrice des paiements de l'assurance maladie doit également répondre à des situations exceptionnelles. Elle doit, par ailleurs, être accompagnée d'un dossier argumenté précisant les causes de l'émission de ces factures.

Nous vous remercions de votre engagement dans cette démarche et vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette circulaire.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

Le directeur général de l'offre de soins,
F.-X. SELLERET

(1) Article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.