

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction
de la régulation de l'offre de soins

Bureau évaluation, modèles et méthodes

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction
du financement du système de soins

Bureau des établissements de santé
et médico-sociaux

Circulaire DSS/1A/DGOS/R5 n° 2012-318 du 16 août 2012 relative à la modification des règles de facturation des séjours MCO des patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME)

NOR : AFSS1232584C

Validée par le CNP le 27 juillet 2012. – Visa CNP 2012-206.

Date d'application : immédiate.

Résumé : la présente circulaire sollicite les agences régionales de santé pour la diffusion auprès des établissements de santé des nouvelles règles de facturation des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour les patients bénéficiant de l'AME.

Mots clés : AME – facturation.

Références :

- Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 251-1 et L. 254-1 ;
- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-11-1, L. 162-22-10 et R. 162-32 ;
- Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;
- 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 ;
- Arrêté du 8 août 2012 modifiant 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 ;
- Circulaire DSS/1A/DGOS/R5 n° 2011-468 du 14 décembre 2011 relative à la mise en œuvre de la nouvelle tarification des séjours MCO des patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME).

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour diffusion et mise en œuvre) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé publics et privés (pour mise en œuvre).

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités de mise en œuvre du dispositif cible de facturation des séjours hospitaliers en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'État (AME).

1. Rappel du contexte législatif et réglementaire

L'article 50 de la loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 a créé un article L. 162-22-11-1 dans le code de la sécurité sociale afin de réformer les règles de tarification des prestations d'hospitalisation dispensées aux patients pris en charge par l'aide médicale de l'État (AME) en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO).

Ces nouvelles règles prévoient notamment :

- de rapprocher la tarification de ces séjours du droit commun de la tarification à l'activité ;
- de prendre en compte les spécificités liées à la prise en charge des patients AME par la mise en œuvre d'un coefficient pérenne de majoration de la tarification ;
- de lisser les impacts financiers de cette réforme sur les recettes des établissements à travers l'instauration d'un coefficient additionnel transitoire de majoration de la tarification.

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 a complété les dispositions de l'article L. 162-22-11-1 en précisant les modalités de tarification de ces séjours et en fixant la valeur des coefficients de majoration de la tarification.

La circulaire DSS/1A/DGOS/R5 n° 2011-468 du 14 décembre 2011 relative à la mise en œuvre de la nouvelle tarification des séjours MCO des patients relevant de l'aide médicale de l'État (AME) a précisé les modalités pratiques de mise en œuvre du dispositif.

Les nouvelles règles de tarification étaient applicables aux séjours des patients sortis à compter du 1^{er} janvier 2012.

En ce qui concerne la facturation, les délais d'adaptation des systèmes d'information de la CNAMTS et des établissements de santé ont nécessité la mise en place d'une procédure transitoire, qui était détaillée dans la circulaire du 14 décembre 2011. La mise en œuvre du dispositif cible de facturation était annoncée pour le 1^{er} juillet 2012.

2. Les modalités de mise en œuvre du dispositif cible de facturation des séjours MCO des patients bénéficiaires de l'AME

2.1. Pour les établissements ex-OQN

En période transitoire, il a été demandé aux établissements ex-OQN de ne pas transmettre à l'assurance maladie les factures des séjours MCO des patients relevant de l'AME. Durant cette période, les caisses d'assurance maladie pouvaient néanmoins verser des avances aux établissements qui le demandaient, sur présentation des factures.

Pour les établissements ex-OQN, le dispositif cible permet de prendre en compte le coefficient de majoration au stade de l'élaboration de la facture. Les montants facturés à l'assurance maladie intègrent ainsi au fil de l'eau l'application de ce coefficient.

Les adaptations nécessaires des systèmes d'information ayant été réalisées, les établissements ex-OQN ont pu reprendre la facturation directe vers l'assurance maladie, selon les règles du dispositif cible de facturation, à compter du 1^{er} juillet 2012.

2.2. Pour les établissements ex-DG

En période transitoire, pour les établissements ex-DG, l'intégralité de la facturation des frais liés aux séjours des patients AME transite dans un flux unique de valorisation *via* l'ATIH.

Pour les établissements ex-DG, la mise en œuvre du dispositif cible de facturation nécessitait, au préalable, la modification de l'arrêté du 14 décembre 2011.

L'arrêté du 8 août 2012 modifiant 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 prévoit l'entrée en vigueur du dispositif cible de facturation pour les établissements ex-DG à compter du 1^{er} septembre 2012.

Pour les établissements ex-DG, le dispositif cible se traduit par un double flux de facturation :

- les données d'activité (GHS et liste en sus) continuent à être valorisées par l'ATIH selon les modalités en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2012, détaillées dans la circulaire du 14 décembre 2011 ;
- les montants assis sur les TJP et le FJH sont facturés à l'assurance maladie *via* le flux B2. La facture transmise à l'assurance maladie est conforme aux nouvelles modalités de tarification, c'est-à-dire que le montant facturé correspond à :

$20 \% * \text{TJP} * \text{durée de séjour} * \text{coefficient(s) de majoration} + \text{FJ du jour de sortie}$

*
* *

Vous pourrez signaler les difficultés de mise en œuvre de la présente circulaire à l'adresse suivante : REFORME.AME@sante.gouv.fr.

Pour la ministre des affaires sociales et de la santé et par délégation :

Par empêchement
du directeur de la sécurité sociale :
Le chef de service,
adjoint au directeur de la sécurité sociale,
F. GODINEAU

Par empêchement
du directeur général de l'offre de soins :
Le chef de service,
adjoint au directeur général de l'offre de soins,
F. FAUCON