

Circulaire DHOS/F1/F2 n° 2005-282 du 15 juin 2005 relative aux modalités de versement pour l'exercice 2005 des ressources d'assurance maladie des établissements publics de santé et des établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale

15/06/2005

Date d'application : immédiate.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-10, L. 162-22-12, L. 162-22-14, L. 174-1 et R. 162-42-1 ;

Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33 modifié ;

Décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé, notamment son article 9 ;

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 mai 2005 relatif aux modalités de versement pour l'exercice 2005 des ressources des établissements publics de santé et des établissements 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 L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Annexe : Calendrier de versement par les caisses des dotations, forfaits et produits de l'activité valorisée de l'année 2005.

Le ministre de la santé et des solidarités, à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]).

La mise en oeuvre de la réforme du financement des établissements de santé se traduit notamment en 2005 par la disparition de la dotation globale de financement. Les ressources d'assurance maladie 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 prennent désormais les formes diverses selon les activités réalisées.

Pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements entrant dans le champ de la réforme, le financement des établissements repose sur la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes auxquelles s'ajoutent le remboursement de certaines spécialités pharmaceutiques et de certains produits et prestations ainsi que le versement de forfaits annuels pour les activités d'accueil et de traitement des urgences, de prélèvements d'organes et de greffes et, le cas échéant, le versement d'une dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). En outre, pendant la phase de montée en charge de la réforme, la loi prévoit un dispositif de montée en charge progressive de la tarification à l'activité s'appuyant sur un mécanisme de financement mixte sous la forme d'une fraction des tarifs des prestations (25 % en 2005) et d'une dotation annuelle complémentaire (DAC).

Pour des raisons de faisabilité technique, liées au délai requis pour mettre en oeuvre de nouvelles chaînes de facturation dans les hôpitaux et de liquidation dans les caisses d'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les établissements transmettent, en 2005, les données relatives à l'activité, aux consultations et actes externes et à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus aux ARH qui les valorisent, puis arrêtent et notifient à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre.

Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie et l'ensemble des activités des établissements exclus du champ d'application de la réforme, le financement de l'établissement par l'assurance maladie est assuré sous la forme du versement d'une dotation annuelle de financement (DAF).

Les modalités de versement de ces différentes ressources aux établissements sont définies par l'**arrêté du 30 mai 2005** susvisé publié au JO du 2 juin 2005.

L'objet de la présente circulaire est de vous présenter le calendrier de versements, de vous préciser les modalités de valorisation de l'activité 2005 et de régularisation de la différence éventuelle entre les sommes versées de manière provisionnelle au titre de l'activité du dernier trimestre 2004 et celles réellement dues, de vous informer sur les modalités de régularisation des acomptes versés lors des cinq premiers mois de 2005 et sur l'outil de suivi de la campagne.

I. - LE CALENDRIER DE VERSEMENT DE RESSOURCES D'ASSURANCE MALADIE 2005

De janvier à mai, les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale ont perçu des acomptes mensuels correspondant à un 12e de leur dotation de l'année précédente. Le calendrier de versement des ressources 2005 prévu par l'**arrêté du 30 mai 2005** court à compter du mois de juin selon les modalités décrites ci-dessous.

A. - Les modalités de versement des dotations et des forfaits annuels

Chaque mois, la caisse verse à l'établissement des allocations correspondant à un douzième du montant annuel des dotations et forfaits arrêtés pour l'établissement selon les modalités suivantes :

- en trois fractions correspondant chacune à 60 %, 15 % et 25 % du montant dû versées respectivement le 25 du mois considéré puis le 5 et le 15 du mois suivant pour la DAF ;
- en une fois le 25 du mois considéré pour la dotation MIGAC et les forfaits annuels ;
- en deux fractions correspondant chacune à 75 % et 25 % du montant dû versées respectivement le 25 du mois considéré et le 15 du mois suivant pour la DAC.

Si ces dates ne correspondent pas à un jour ouvré, le versement a lieu le dernier jour ouvré précédent ces dates.

En pratique, chaque mois l'établissement perçoit :

- le 25 du mois : l'allocation mensuelle due au titre de la dotation MIGAC et des forfaits annuels, 60 % de l'allocation mensuelle due au titre de la DAF, et 75 % de l'allocation mensuelle due au titre de la DAC du mois considéré ;
- le 5 du mois : 15 % de l'allocation mensuelle due au titre de la DAF du mois précédent ;
- le 15 du mois : 25 % de l'allocation mensuelle due au titre de la DAF et de la DAC du mois précédent.

B. - Les modalités de versement de la part tarifée à l'activité

La part tarifée à l'activité déterminée par l'article 5 de l'**arrêté du 30 mai 2005** susmentionné est versée sur la base des informations qui vous sont transmises trimestriellement par les établissements. Elle donne donc lieu à un arrêté fixant les sommes dues.

Le versement de cette part activité est fractionné en trois allocations mensuelles égales versées respectivement le 5 du troisième mois suivant la fin du trimestre, le 5 du 1er mois du deuxième trimestre suivant le trimestre concerné et le 5 du 2e mois du deuxième trimestre. Pour les versements relatifs au 1er trimestre, une exception est prévue puisque la 1re fraction est versée en trois fois, les 5 juillet, 5 août et 5 septembre.

En pratique, l'établissement perçoit donc le versement de la part tarifée à l'activité à compter du mois de juillet selon les modalités suivantes :

- le 5 juillet : 1/3 de la 1re allocation mensuelle du 1er trimestre et la deuxième allocation mensuelle du 1er trimestre ;
- le 5 août : 1/3 de la 1re allocation mensuelle du 1er trimestre et la troisième allocation mensuelle du 1er trimestre ;
- le 5 septembre : 1/3 de la 1re allocation mensuelle du 1er trimestre et la 1re allocation mensuelle du deuxième trimestre ;
- le 5 octobre : la deuxième allocation mensuelle du deuxième trimestre ;
- le 5 novembre : la troisième allocation mensuelle du deuxième trimestre ; etc.

Le versement de la part tarifée à l'activité se poursuivra donc au-delà de 2005 puisque les versements de deux allocations mensuelles du 3e trimestre et des trois allocations mensuelles du 4e trimestre 2005 auront lieu respectivement en janvier, février, mars, avril et mai 2006.

II. - LA VALORISATION DE L'ACTIVITÉ TRIMESTRIELLE 2005

Les recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité correspondent à la valorisation de l'activité trimestrielle par les tarifs nationaux de prestations, affectés le cas échéant du coefficient géographique applicable à l'établissement sauf pour les prestations relatives à l'interruption volontaire de grossesse et les consultations et actes externes, à hauteur de 25 %, à l'exception des prestations de prélèvements d'organes valorisées à 100 %. Le montant ainsi obtenu est ensuite affecté du taux moyen de prise en charge de l'assurance maladie déterminé pour l'établissement. S'ajoutent ensuite les sommes dues au titre du remboursement de la consommation de certains médicaments et dispositifs médicaux.

La valorisation s'opère au moyen de l'outil MAT2A mis à votre disposition, après validation des données d'activité par les établissements et vos services.

A. - La méthode de valorisation de l'activité

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhosf1f2-n-2005-282-du-15-juin-2005-relative-aux-modalites-de-versement-pour-l'exercice-2005-des-ressources-d'assurance-maladie-des-etablissements-publics-de-sante-e/>

La valorisation s'effectue selon les modalités suivantes :

1. Les prestations d'hospitalisation définies par l' susvisé, affectées le cas échéant du coefficient géographique applicable à l'établissement, sont valorisées à hauteur des tarifs nationaux de prestation mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Cette valorisation fait apparaître distinctement les montants des prestations d'hospitalisation correspondant aux éléments suivants :

- les forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et leurs suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatalogie, extrêmes hauts) ;
- les forfaits « dialyse » (D, à compter de la mise en oeuvre des autorisations) ;
- les forfaits « groupes homogènes de tarifs » (GHT) pour l'hospitalisation à domicile ;
- les forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- les forfaits « de petit matériel » (FFM) ;
- les forfaits « prélèvement d'organes » (PO).

2. Les forfaits afférents aux interruptions volontaires de grossesses sont valorisés à hauteur des tarifs fixés par l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse (JO du 28 juillet 2004) ;

3. Les consultations et actes externes réalisés dans les services de soins externes et ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence sont valorisés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine de ville conformément aux dispositions de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

4. Les médicaments et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une facturation en sus des prestations d'hospitalisation sont valorisés selon une procédure en trois temps :

- un remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité correspondant au prix de vente déclaré par le fabricant pour les médicaments (cf. avis du CEPS publié au JO du 10 mai 2005) ou au tarif de prise en charge fixé à la LPP pour les produits et prestations (consultable sur le site ameli.fr) ;
- lorsque le prix d'achat par l'établissement est inférieur au tarif de responsabilité, l'établissement est remboursé à hauteur de son prix d'achat majoré de 50 % de la différence entre ce prix d'achat et le tarif de responsabilité (cf. arrêtés du 9 mai 2005 publiés au JO du 26 mai 2005) ;
- enfin, lorsque l'établissement n'a pas signé de contrat de bon usage, il n'est remboursé qu'à hauteur de 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (soit le tarif de responsabilité ou le prix d'achat). Ce dernier mécanisme ne rentrera en vigueur que quatre mois après la parution du décret relatif au contrat de bon usage actuellement en cours de publication donc probablement pas avant le mois d'octobre ; dans l'attente, les établissements sont remboursés à 100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.

Le montant à notifier à l'établissement pour le remboursement de ces consommations est celui donné par l'outil MAT2A, dans le tableau 43A sous le libellé « dépense T2A accordée ».

Ces quatre grandes catégories de recettes ainsi déterminées doivent être distinguées dans l'arrêté.

B. - Le taux moyen de prise en charge

Les tarifs des prestations d'hospitalisation finançant les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie sont des tarifs « tout compris » qui intègrent la part à la charge de l'assuré. La valorisation des données d'activité pour l'année 2005 impose donc de déterminer la part de tarifs pris en charge par l'assurance maladie.

Au cours du calcul des bases budgétaires, il a été déterminé un taux moyen de prise en charge par activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie), pour chaque établissement. Le taux global de l'établissement a été calibré sur sa dotation d'assurance maladie arrêtée fin 2004 puis éclaté entre activités selon le retraitement comptable de l'exercice 2003 tout en tenant compte des modifications intervenues en 2004 concernant le montant du forfait journalier et les règles d'exonération des actes réalisés au cours d'une hospitalisation dont le coefficient est égal ou supérieur à K50. Les taux de prise en charge ainsi obtenus ont été recalés sur le taux national, pour tenir compte du dépassement des dépenses d'assurance maladie constaté par rapport à l'objectif fixé pour 2004.

Pour la valorisation de l'activité 2005, une enquête a été lancée afin de valider, au vu des résultats comptables de l'année 2004, les taux moyens de prise en charge relatifs à cette activité. Il convient de noter que peu d'éléments fondés sur les comptes administratifs 2004 ont pu être fournis pour permettre d'ajuster ces taux.

En revanche, quelques régions ont proposé de modifier les taux en se basant sur l'usage de leur quote-part des 190 millions d'euros délégués par la circulaire DHOS-F/DSS-1A/2005/n° 181 du 5 avril 2005. Ces modifications n'ont pas été retenues dans la mesure où elles ne sont pas fondées sur les données comptables des établissements.

Pour la valorisation du premier trimestre 2005, les taux retenus sont donc les taux modifiés, dans le cas où les régions auraient fourni, de manière incontestable, des éléments s'appuyant sur les comptes 2004 des établissements et concernant leurs activités MCO. Dans tous les autres cas, ce sont les taux initiaux fondés sur les retraitements comptables 2003 qui s'appliqueront.

Cependant, l'ensemble de ces taux sera revu lorsque les retraitements comptables 2004 des établissements seront transmis à mes services, c'est-à-dire fin septembre 2005, en tenant compte également de l'augmentation du forfait journalier pour 2005 et des conclusions de la mission IGAS/IGF diligentée sur le sujet du dépassement 2004. Ces nouveaux taux seront alors appliqués de manière rétroactive à l'ensemble de l'activité 2005.

III. - LA RÉGULARISATION DE LA DIFFÉRENCE ENTRE LES SOMMES VERSÉES AU TITRE DU DERNIER TRIMESTRE 2004 ET LES SOMMES RÉELLEMENT DUES

Pour la campagne 2004, la circulaire budgétaire DHOS-F2/DSS-1A/2004/ n° 579 du 6 décembre 2004 relative à la campagne des établissements sanitaires financés par dotation globale révisait les dotations régionales en fonction de l'activité et des consommations de médicaments et dispositifs médicaux coûteux. Cette révision était assise sur une extrapolation à l'année entière effectuée à partir des données des neuf premiers mois de 2004.

Comme la loi le prévoit (I de l'article 33 modifié de la LFSS pour 2004), l'écart entre la prévision et la réalisation de l'activité 2004 s'impute sur l'exercice 2005. Cet écart s'élève à 85,4 millions d'euros dont 33,4 millions d'euros sur les médicaments et les produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation.

Cette régularisation, qui porte sur l'intégralité de l'écart, doit être notifiée à l'établissement et transmise à la caisse pivot par le biais du premier arrêté relatif au versement de l'activité du premier trimestre (versement intervenant au mois de juillet) où elles doivent être indiquées distinctement des sommes dues au titre du premier trimestre d'activité 2005. Les sommes correspondantes viendront donc en majoration ou en déduction de celles dues au titre du premier trimestre 2005.

IV. - LA RÉGULARISATION DES ACOMPTES DES CINQ PREMIERS MOIS DE 2005

L'arrêté du 30 mai prévoit que la régularisation de la différence entre les sommes effectivement versées en 2005, comprenant les acomptes correspondant aux douzièmes de dotation globale des cinq premiers mois, et les sommes dues au titre de l'exercice 2005 fera l'objet d'une régularisation en 2006 à compter de la décision fixant les montants dus à l'établissement au titre du dernier trimestre 2005. Les modalités pratiques de régularisation seront définies ultérieurement en fonction notamment des règles de versements des ressources d'assurance maladie aux établissements de santé concernés qui seront retenues pour 2006.

Toutefois, pour les établissements de santé bénéficiant d'un financement unique sous forme de DAF, la régularisation de la différence entre les sommes versées sur les cinq premiers mois de l'année et les sommes dues au titre de la DAF se fera sur les versements de DAF à compter du mois de juillet, selon le même mécanisme que celui appliqué pour la dotation globale. Le montant de l'allocation mensuelle pour les mois de juillet à décembre 2005 est donc égal au $\frac{1}{12}$ du montant de la DAF 2005 + $[\frac{1}{6} \times (\frac{5}{12} \text{ de montant de la DAF 2005} - \frac{5}{12} \text{ du montant de la DG de l'année 2004})]$.

V. - L'OUTIL DE SUIVI DE CAMPAGNE ARBUST

En 2004, l'outil ARBUST vous a permis de suivre votre campagne budgétaire et de faire parvenir à mes services les différentes décisions modificatives que vous avez opérées.

Il permettra en 2005 de suivre les différentes enveloppes DAC, DAF et MIGAC en dépenses assurance maladie. Comme le prévoit l'article 4 de l'arrêté du 30 mai 2005 susmentionné, la valorisation de l'activité est présentée en détail (GHS et suppléments, GHT, dialyse, FFM, IVG, ATU, PO, consultations et actes externes). Plusieurs modifications ont été apportées à l'outil pour intégrer notamment les nouvelles modalités de versement de l'activité. Cet outil (ARBUST V1) est en voie de finalisation et sera mis à votre disposition dans le courant du mois de juillet.

En revanche, l'outil ARBUST V0 est d'ores et déjà à votre disposition. Il donne, d'une part, pour l'ensemble des établissements de votre région soumis à la tarification à l'activité les montants à notifier dans le cadre de la régularisation de l'activité 2004 et, d'autre part, présente les calculs opérés pour la détermination des montants composant la base des enveloppes DAC, DAF et MIGAC pour 2005. Vous avez pu opérer sur ces enveloppes plusieurs ajustements. Je vous demande de faire parvenir à mes services pour le 15 juillet 2005, les modifications que vous avez apportées. Ainsi, les données que vous transmettez, doivent correspondre au budget primitif notifié à l'établissement. Les plus ou moins values de recettes constatées sur les comptes administratifs 2004 devront également être impérativement renseignées.

L'outil ARBUST V1 intégrera directement les corrections que vous aurez fait parvenir à mes services dans la version V0.

Enfin, je vous rappelle qu'afin de respecter le calendrier de versement établi par l'**arrêté du 30 mai 2005**, vos arrêtés relatifs au versement de la part tarifée à l'activité doivent parvenir aux caisses chargées du versement quinze jours avant la date à laquelle ce dernier doit avoir lieu.

Vous voudrez me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de la mise en oeuvre de la présente circulaire.

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, J. Castex

Calendrier de versement par les caisses des dotations, forfaits et produits de l'activité valorisée de l'année 2005
Voir document officiel