

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

MINISTÈRE DES FINANCES
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ
ET DES DROITS DES FEMMES

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Bureau des établissements de santé et médico-sociaux (1A)

Instruction interministérielle DSS/1A n° 2015-76 du 13 mars 2015 relative aux modalités de facturation des soins urgents

NOR : AFSS1506889C

Validée par le CNP le 6 mars 2015. – Visa CNP 2015-48.

Catégorie : mesures d'organisation des services retenues par le ministre pour la mise en œuvre des dispositions dont il s'agit.

Résumé : cette instruction précise le circuit de facturation des soins urgents mentionnés à l'article L.254-1 du code de l'action sociale et des familles suite aux modifications des conditions de prise en charge issus de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2015.

Mots clés : soins urgents – facturation – établissements de santé.

Références :

- Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L.253-3 et L.254-1 ;
- Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-22-11, L.162-22-11-1 et L.162-25 ;
- Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé ;
- 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 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées ;
- Arrêté du 31 janvier 2011 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé de Guyane 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 ;
- Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ;
- Circulaire DSS/2A/DGAS/DHOS n° 2008-04 du 7 janvier 2008 modifiant la circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents délivrés à des étrangers résidant en France de manière irrégulière et non bénéficiaires de l'aide médicale de l'État ;
- 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 ;
- Instruction DGOS/R1/DSS/1A n° 2013-309 du 26 juillet 2013 relative au délai dont disposent les établissements de santé pour l'émission et la rectification des données de facturation de l'assurance maladie.

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour diffusion); Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour exécution).

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 modifie les modalités de facturation des séjours en soins urgents définis à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

Pour mémoire, sont qualifiés d'urgents, les soins dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés par les établissements de santé à des patients étrangers en situation irrégulière au regard de la législation sur l'entrée et le séjour des étrangers en France, et qui ne sont pas effectivement bénéficiaires de l'aide médicale d'État mentionnés en application de l'article L. 251-1 du CASF.

Désormais, pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale (établissements de santé ex-DG), les séjours réalisés dans le cadre des soins urgents (SU) seront facturés dans les mêmes conditions que pour la facturation des séjours des patients relevant de l'aide médicale d'État (AME). Par ailleurs, les dispositions combinées de l'article 69 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2015 et de l'article 118 de la loi de finances pour 2015 conduisent à ramener le délai de facturation de ces prestations de soins à 1 an à compter de la date de la fin du séjour ou de la réalisation de l'acte.

1. Champ d'application de la réforme

La réforme de tarification des soins urgents s'applique aux prestations dispensées en médecine, chirurgie, obstétrique dans les établissements antérieurement financés par dotation globale (ex-DG). Pour les établissements de santé financés anciennement sous objectif quantifié national, les modalités de facturation et de tarification restent inchangées.

Les hospitalisations en établissements de soins de suite et réadaptation (SSR) et en psychiatrie, les actes et consultations externes ainsi que les IVG restent donc facturés directement à l'assurance maladie.

Les prestations concernées sont celles visées au 1^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale. Le terme « GHS » repris ci-dessous est utilisé comme un terme générique recouvrant également les suppléments éventuels associés aux séjours concernés, ainsi que les minorations et majorations liées à l'application des bornes basses et bornes hautes.

2. Principes de la nouvelle tarification

Jusqu'au 1^{er} janvier 2015, la facturation des séjours MCO réalisés dans le cadre des soins urgents étaient facturés à l'assurance maladie exclusivement sur la base des tarifs journaliers de prestation (TJP).

Désormais en application des dispositions de l'article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale, les tarifs des prestations d'hospitalisation pour les établissements de santé ex-DG pour la prise en charge des soins urgents sont basés sur :

80 %, des tarifs nationaux mentionnés au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale (tarif des GHS);

20 % des tarifs permettant de fixer les conditions et modalités de la participation du patient mentionnés au II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (tarif journalier de prestations: TJP).

S'ajoute à ces éléments, la facturation :

- des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (liste en sus);
- du forfait journalier hospitalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.

3. Modalités de mise en œuvre des circuits de valorisation des séjours

Les modifications législatives intervenues en 2015 nécessitent de préciser le circuit de facturation applicable aux soins urgents qui aujourd'hui reposait exclusivement sur un flux papier vers les caisses d'assurance maladie. En conséquence, vous trouverez ci-après le nouveau circuit de facturation à mettre en œuvre.

La facturation reposera sur un double flux qui permettra à la fois de fluidifier les apports en trésorerie, tout en permettant à l'assurance maladie de poursuivre le contrôle administratif des pièces justificatives.

Aussi, la valorisation des séjours concernés se fera conformément aux modalités suivantes :

- pour la fraction de 80 % des tarifs nationaux et pour la prise en charge des spécialités de la liste en sus: les données devront être télétransmises et valorisées dans les conditions mentionnées dans les arrêtés de versement du 23 janvier 2008, du 21 janvier 2009 ou du 31 janvier 2011 susvisés (flux e-PMSI et arrêtés de versement MCOO). Il s'agit donc d'un flux dématérialisé *via* l'ATIH. Dans le cadre de cette transmission, le numéro administratif du séjour sera intégré, par GENRSA, dans le fichier ANO.

Les sommes correspondantes seront identifiées sur une ligne spécifique de l'arrêté de versement pris par le DG ARS ainsi que dans les tableaux MAT2A.

Les recettes liées à ces séjours devront être imputées sur le compte budgétaire 7333 « produits des prestations au titre des soins urgents prévus à l'article L 254-1 du CASF »;

- pour la fraction de 20 % TJP et le forfait journalier de sortie: la facturation de ces éléments se fera uniquement sur support papier adressé à la caisse compétente (caisse pivot si celle-ci relève du régime général, ou CPAM du lieu d'implantation si la caisse pivot relève d'un autre régime). Il est demandé aux établissements de santé de reporter sur le titre de recettes le numéro administratif du séjour mentionné *supra*.

4. Contrôles de pièces justificatives et modification des données de facturation

Concomitamment à la transmission papier de la part 20 % TJP, seront également transmises les pièces justificatives nécessaires au contrôle des droits par la caisse d'assurance maladie.

En effet, comme évoqué en préambule, la qualification de soins urgents est limitée. Les caisses doivent donc avoir connaissance des informations nécessaires à la recherche d'autres droits éventuels (les noms et le prénom, la date de naissance du patient...). De même, il est rappelé que la facturation au titre des soins urgents demeure conditionnée à un refus préalable d'AME motivé par le fait que la personne, bien qu'en situation irrégulière, ne remplit pas les conditions de stabilité de résidence et/ou de ressources pour bénéficier de l'AME.

Le détail des prestations doit également être communiqué afin de pouvoir vérifier la cohérence des soins délivrés avec la définition des soins urgents.

Les pièces justificatives devront, aux fins de recoupement des informations de facturation entre la part GHS et la part TJP, mentionner impérativement le numéro administratif du séjour.

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 valorisation. La notification de rejet mentionne les éléments permettant à l'établissement de retraiter correctement la facture du séjour concerné. 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, CMU, AME) alors les établissements de santé doivent remplacer les données de valorisation afin que le rattachement du séjour soit établi 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 (patients payant, non urgents...) alors l'établissement doit impérativement annuler la valorisation du séjour.

L'identification des séjours par leur numéro administratif permettra de recouper l'ensemble des informations afin d'assurer un suivi du séjour et de son imputation ou non sur les lignes de dépenses appropriées.

5. Mise en œuvre du nouveau délai de facturation à 1 an

En vertu de l'article 118 de la loi de finances pour 2015, le délai d'émission et rectification des factures consécutives à la réalisation de séjours ou d'actes hospitaliers pour les bénéficiaires des soins urgents et de l'aide médicale d'État sont désormais alignées sur le droit commun.

Ainsi, les demandes de paiement des prestations par les établissements de santé doivent, sous peine de forclusion, être présentées dans le délai mentionné à l'article L. 162-25 du code de la sécurité social c'est-à-dire un délai d'un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou de la réalisation de l'acte.

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction à cette adresse: DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr.

Pour les ministres et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME