

## SANTÉ

### ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,  
DE L'EMPLOI 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° 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)**

NOR : ETSS1134161C

Validée par le CNP le 1<sup>er</sup> décembre 2011. – Visa CNP 2011-299.

*Date d'application* : immédiate.

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

*Résumé* : la présente circulaire sollicite les agences régionales de santé pour la diffusion auprès des établissements de santé des modalités de mise en œuvre de la nouvelle tarification des séjours de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) pour les patients bénéficiant de l'AME.

*Mots clés* : AME – tarification – coefficients de majoration.

*Références* :

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-11-1, L. 162-22-10 et R. 162-32 ;

Code de l'action sociale et des familles, notamment ses articles L. 251-1 et L. 254-1 ;

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.

*Le ministre du travail, de l'emploi 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 des établissements de santé publics et privés (pour mise en œuvre).*

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'article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale nouvellement créé renvoie à un arrêté des ministres chargés de la santé, du budget et de la sécurité sociale pour définir les modalités de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME et fixer la valeur des coefficients de majoration de la tarification.

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

## 1. Champ de la réforme

### *Établissements*

La réforme s'applique aux prestations dispensées en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et en hospitalisation à domicile (HAD) dans les établissements antérieurement financés par dotation globale (ex-DG) et dans les établissements antérieurement financés sous objectif quantifié national (ex-OQN).

### *Prestations*

Les prestations concernées sont les groupes homogènes de séjour (GHS) et les groupes homogènes de tarifs (GHT) visés à l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale.

Le terme GHS repris dans les formules de calcul 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.

Sont exclus du champ de la réforme :

Les consultations et actes externes.

Les forfaits ATU, FFM, SE et APE.

Les forfaits IVG.

Les prestations d'hospitalisation en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Les séjours des patients bénéficiant du dispositif des soins urgents mentionné à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles et des patients relevant des conventions internationales.

L'AME complémentaire.

Pour ces prestations, exclues du champ de la réforme, les modalités de tarification et de facturation sont inchangées.

## 2. Principes de la nouvelle tarification

La loi a prévu une nouvelle base de tarification pour les établissements ex-DG et créé deux coefficients de majoration des tarifs.

### *2.1. La création de deux coefficients de majoration*

Un coefficient pérenne lié à la spécificité de la prise en charge des patients AME et applicable à l'ensemble des séjours MCO les concernant, qu'ils aient lieu dans un établissement ex-DG ou ex-OQN ; il s'applique après application des coefficients géographiques éventuels aux GHS et GHT (1). Son taux est de 30 %.

Un coefficient transitoire, qui vise à lisser l'effet revenu de la réforme et ne s'applique, de ce fait, qu'à la tarification des établissements ex-DG. Son taux est de 2 %. Il disparaît au 1<sup>er</sup> décembre 2013.

### *2.2. Les modalités de tarification des séjours AME en MCO*

La base de tarification des séjours AME en MCO est modifiée pour les établissements ex-DG. Les séjours des patients pris en charge par l'AME dans les établissements ex-DG sont désormais facturés sur la base d'une tarification : 80 % GHS + 20 % tarifs journaliers de prestations (TJP).

Pour les établissements ex-OQN, la base reste : 100 % GHS.

Les modalités de tarification des séjours AME en MCO après mise en œuvre de la réforme sont décrites ci-dessous (2). Le montant total dû correspond à l'ensemble des recettes que reçoit l'établissement de santé pour la réalisation d'un séjour MCO pris en charge par l'AME, quelles que soient les modalités de facturation et de versement de ces recettes.

(1) Les coefficients de majoration ne s'appliquent pas aux médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

(2) Pour les établissements de Guyane, les formules de calcul intègrent également le coefficient de transition T2A.

### 2.2.1. Pour les établissements ex-DG

Jusqu'au 1<sup>er</sup> décembre 2013, la tarification des séjours pour les établissements ex-DG est majorée des coefficients pérenne et transitoire, soit l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,32. Le montant total dû à l'établissement correspond ainsi à :

$$[(80 \% * GHS (1) * \text{coefficients géographiques}) + (20 \% * TJP * \text{durée de séjour}) (2)] * 1,32$$

+ liste en sus + FJ du jour de sortie

Ou, pour les GHT :

$$[(80 \% * GHT * \text{coefficients géographiques}) + (20 \% * TJP * \text{durée de séjour})] * 1,32$$

+ liste en sus

À compter du 1<sup>er</sup> décembre 2013, la tarification des séjours pour les établissements ex-DG est uniquement majorée du coefficient pérenne, soit l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,3. Le montant total dû à l'établissement correspond ainsi à :

$$[(80 \% * GHS * \text{coefficients géographiques}) + (20 \% * TJP * \text{durée de séjour})] * 1,3$$

+ liste en sus + FJ du jour de sortie

Ou, pour les GHT :

$$[(80 \% * GHT * \text{coefficients géographiques}) + (20 \% * TJP * \text{durée de séjour})] * 1,3$$

+ liste en sus

### 2.2.2. Pour les établissements ex-OQN

La tarification des séjours pour les établissements ex-OQN est uniquement majorée du coefficient pérenne, soit l'application d'un coefficient multiplicateur de 1,3. Le montant total dû à l'établissement correspond ainsi à :

$$(100 \% * GHS * \text{coefficients géographiques} * 1,3)$$

+ liste en sus + FJ du jour de sortie + honoraires

Ou, pour les GHT :

$$(100 \% * GHT * \text{coefficients géographiques} * 1,3) + \text{liste en sus} + \text{honoraires}$$

## 3. Les modalités pratiques de mise en œuvre de la réforme

La réforme s'applique pour les séjours des patients sortis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Le dispositif cible de mise en œuvre sera opérationnel à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012, une procédure transitoire devant être mise en œuvre entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 1<sup>er</sup> juillet 2012.

### 3.1. En période transitoire : du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> juillet 2012

#### 3.1.1. 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 transitera dans un flux unique de valorisation *via* l'ATIH.

Valorisation des données d'activité (GHS et liste en sus)

À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, l'ATIH valorisera les données d'activité pour les séjours des patients bénéficiaires de l'AME.

Cette valorisation se fera sur la base des modalités de tarification précisées ci-dessus (point 2.2.1), c'est-à-dire :

$$80 \% * GHS/GHT * \text{coefficients géographiques} * \text{coefficient(s) de majoration.}$$

$$100 \% * \text{liste en sus.}$$

Valorisation des montants assis sur les tarifs journaliers de prestations (TJP)

L'ATIH ne dispose pas, à l'heure actuelle, des données relatives aux montants de TJP facturés au titre des séjours des patients bénéficiaires de l'AME.

Ces données seront disponibles à compter du 1<sup>er</sup> mars 2012, date à laquelle une variable supplémentaire sera créée dans VIDHOSP afin de recueillir le montant assurance maladie complémentaire (AMC) facturé pour chaque patient (3), qu'il bénéficie d'une prise en charge AME ou non. Pour les bénéficiaires de l'AME, cette variable additionnelle permettra à l'ATIH de disposer des montants TJP et FJH correspondant aux séjours concernés.

Les modalités de renseignement de cette nouvelle variable seront précisées dans la notice technique produite par l'ATIH.

Du 1<sup>er</sup> janvier au 1<sup>er</sup> mars 2012, l'ATIH valorisera la partie TJP de la nouvelle tarification des séjours des patients AME sur la base des données de TJP transmises par les établissements pour les séjours facturables à l'assurance maladie en 2011.

(1) Pour mémoire, le terme GHS est utilisé dans les formules de calcul 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) La durée de séjour est calculée de la manière suivante. DS = date de sortie-date d'entrée.

(3) Cette évolution concernera l'ensemble des patients et non les seuls patients bénéficiaires de l'AME.

Cette valorisation se fera sur la base des modalités de tarification précisées ci-dessus (point 2.2.1), c'est-à-dire :

$(20 \% * TJP * \text{durée de séjour}) * \text{coefficient(s) de majoration}$

Conséquences sur la chaîne de facturation et la comptabilité des établissements

En conséquence de la mise en œuvre de cette réforme, il est impératif que les établissements ex-DG interrompent la facturation vers l'assurance maladie pour les séjours MCO des patients sortis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et ce jusqu'à la mise en œuvre du dispositif cible au 1<sup>er</sup> juillet 2012 (1).

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 et seront versées conformément aux dispositions de l'arrêté versement en vigueur.

Les recettes liées à ces séjours devront être imputées sur le compte budgétaire 7332 « produits des prestations au titre de l'aide médicale d'État ».

### 3.1.2. Pour les établissements ex-OQN

Pour les patients sortis à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012 et ce jusqu'à la mise en œuvre du dispositif cible (au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2012), il est 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 verseront des avances aux établissements qui le demanderont, sur présentation des factures.

### 3.2. À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2012

Le dispositif cible de mise en œuvre de la réforme, qui nécessite une évolution des systèmes d'information des établissements de santé et de la CNAMTS, ne peut intervenir dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012. Les modalités pratiques de mise en œuvre de ce dispositif cible feront l'objet d'un arrêté modificatif publié en début d'année 2012 et seront détaillées dans une circulaire ultérieure.

De manière générale, ce dispositif se traduit de la manière suivante :

#### 3.2.1. Pour les établissements ex-DG

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) continueront à être valorisées par l'ATIH selon les modalités en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012, détaillées dans la présente circulaire ;
- les montants assis sur les TJP et le FJH seront facturés à l'assurance maladie *via* le flux B2. La facture transmise à l'assurance maladie sera conforme aux nouvelles modalités de tarification, c'est-à-dire que le montant facturé correspondra à :  $20 \% * TJP * \text{durée de séjour} * \text{coefficient(s) de majoration} + FJ$  du jour de sortie.

#### 3.2.2. Pour les établissements ex-OQN

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

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

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*  
D. LIBAULT

*La directrice générale  
de l'offre de soins,*  
A. PODEUR

(1) Il sera cependant toujours possible de télétransmettre à l'assurance maladie pour le traitement des rejets des dossiers antérieurs à l'entrée en vigueur de la réforme.