

PROTECTION SOCIALE

SÉCURITÉ SOCIALE : ORGANISATION, FINANCEMENT

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

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau synthèse organisationnelle
et financière

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction de l'accès aux soins,
des prestations familiales
et des accidents du travail

Bureau couverture maladie universelle
et prestations santé

Instruction DSS/2A/DGOS/R1 n° 2016-9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique

NOR : AFSS1600380C

Validée par le CNP le 8 janvier 2016. – Visa CNP 2016-03.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : cette instruction définit les modalités de facturation des soins en médecine, chirurgie et obstétrique réalisés par les établissements de santé au bénéfice des personnes écrouées, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine, en application de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Cette mesure modifie les circuits de financement des soins aux personnes écrouées. Elle vise, d'une part, à unifier les circuits de financement pour l'ensemble de la dépense de soins et, d'autre part, à simplifier le circuit de remboursement aux établissements de santé et professionnels de santé concernés. Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2016.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 381-30-1 et L. 381-30-5;

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013, notamment son article 64;

Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 46;

Arrêté du 23 janvier 2008 modifié 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 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées;

Arrêté du 31 janvier 2011 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* 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.

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes à Mesdames et Messieurs les préfets de région ; à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé.

En vertu de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale, les soins dispensés aux personnes écrouées, affiliées au régime général en application de l'article L.381-30 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part obligatoire et par l'État pour la part restant à charge de l'assuré, sauf lorsque ce dernier bénéficie déjà par ailleurs d'un régime d'exonération (ALD, maternité, etc.)¹.

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 modifie les circuits de financement des soins aux personnes écrouées, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine. À compter du 1^{er} janvier 2016, les personnes écrouées bénéficient, en application des dispositions de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale, d'un tiers payant intégral sur l'ensemble des soins qui leur sont dispensés.

Cette réforme entraîne une refonte des circuits de facturation des soins dispensés en établissements de santé : les caisses d'assurance maladie assureront désormais, pour les personnes écrouées, l'avance des frais de santé pour la part obligatoire prise en charge par le régime général, ainsi que pour la part complémentaire due par l'État.

Cette part complémentaire fera l'objet, dans un second temps, d'un remboursement à la CNAMTS des sommes concernées par la direction de l'administration pénitentiaire (DAP), dans le cadre d'une facturation annuelle.

1. Périmètre du dispositif d'exonération de reste à charge et de tiers payant intégral

Les personnes concernées par le présent dispositif sont :

- les personnes incarcérées ;
- les personnes en aménagement de peine dès lors qu'elles n'exercent pas d'activité professionnelle susceptible de leur ouvrir des droits à ce titre.

En revanche, les membres de la famille des personnes écrouées ne bénéficient ni de la prise en charge du reste à charge par l'État ni du tiers payant spécifique mis en place.

La présente instruction vise l'ensemble des établissements du champ MCO. Concernant le champ de la psychiatrie, il est nécessaire de se référer à l'instruction dédiée qui sera publiée dans les prochaines semaines.

2. Modalités de la dispense d'avance de frais

Le tiers payant intégral pour les patients écroués reposera sur l'application d'un régime exonérant spécifique.

Pour ce faire, la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) évoluent afin de permettre aux professionnels de santé d'appliquer cette avance de frais.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant sera désormais affiché : « Tiers payant intégral sans dépassement sur les honoraires, prise en charge à 100 % par le régime général ».

La carte Vitale contiendra quant à elle, pour toute mise à jour à compter du 1^{er} janvier 2016, les informations suivantes :

- le code exonération ETM = 01 (également utilisé pour les pensionnés militaires) ;
- un code gestion renseigné à la valeur « 65 ».

3. Modalités de facturation en médecine, chirurgie et obstétrique

À noter qu'en égard aux spécificités de financement des établissements de santé, les modalités de facturation des soins aux personnes écrouées sont différenciées selon le type d'établissement.

3.1. La facturation dans les établissements ex-DG

3.1.1. S'agissant des séjours

S'agissant des établissements relevant de l'échelle tarifaire publique (mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale – dits établissements ex-DG) n'ayant pas encore

¹ En effet, dès lors qu'un patient écroué bénéficie d'un régime d'exonération de par son état de santé (de type « affection de longue durée »), indépendamment donc de son statut de personne écrouée, l'ensemble de ses frais de soins sont à la charge de l'assurance maladie.

basculé sous un régime de facturation individuelle, les données d'activité relatives aux séjours des personnes écrouées font, comme pour les autres prestations hospitalières, l'objet d'une transmission à l'ATIH pour valorisation.

L'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées se fera *via* le code gestion renseigné à la valeur « 65 » (*cf. supra*).

Il est donc impératif que les établissements, pour les séjours concernés, renseignent cette variable dans les fichiers VIDHOSP.

Conformément à la loi, il revient désormais à l'assurance maladie de procéder à l'avance des frais pour la part complémentaire. Ainsi, il est nécessaire que le séjour des patients écroués dans un établissement de santé ne donne plus lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP.

Sur la base des remontées d'information des établissements de santé, les séjours des personnes écrouées feront l'objet d'une valorisation de la part de l'ATIH qui distinguera, dans les fichiers transmis mensuellement aux agences régionales de santé (ARS), le montant dû au titre de la part complémentaire (et relevant *in fine* de la DAP) du montant dû au titre de la part obligatoire, à la charge de l'assurance maladie.

Les arrêtés de versement des directeurs généraux d'ARS devront identifier quant à eux, pour chaque établissement, le montant dû au titre du reste à charge des patients écroués et versé par les caisses d'assurance maladie dans les conditions définies à l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé.

Les établissements devront imputer ce montant dû au titre du reste à charge des patients écroués au sein du compte 7358 (« produits à la charge de l'État – Autres »).

3.1.2. S'agissant des actes et consultations externes

En ce qui concerne les établissements ex-DG qui n'ont pas encore basculé vers une logique de facturation directe, les modalités de facturations des actes et consultations externes des patients écroués s'effectuent dans des conditions identiques à celles définies s'agissant des séjours en établissements ex-DG (point 3.1.1.).

L'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées se fera ainsi *via* le code gestion renseigné à la valeur « 65 ». Il est donc impératif que les établissements, pour les séjours concernés, renseignent correctement cette variable dans les fichiers RSF-ACE.

Quant aux établissements ex-DG procédant d'ores et déjà à une facturation individuelle et directe de leurs actes et consultations (selon la norme B2), les modalités de facturations des actes et consultations externes des patients écroués s'effectuent dans les conditions identiques à celles définies s'agissant des séjours en établissements ex-OQN (point 3.2.).

En tout état de cause et indépendamment du circuit de remboursement, il est nécessaire que les actes et consultations des patients écroués réalisés dans un établissement de santé ne donnent plus lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP.

3.2. La facturation dans les établissements ex-OQN

S'agissant des prestations réalisées par des établissements relevant de l'échelle tarifaire privée (mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale - dits établissements ex-OQN), la facturation prend la forme d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie.

Le séjour d'une personne écrouée dans un établissement ex-OQN ne doit donc plus donner lieu à émission par l'établissement d'une facture à la DAP du reste à charge.

Lors de la facturation en norme B2 CP, l'intégralité de la dépense sera facturée en part obligatoire à l'assurance maladie. Pour ce faire et afin de permettre la prise en charge du forfait journalier et de la participation forfaitaire de 18 €, l'établissement devra indiquer :

- le code justification de l'exonération (type 2 pos 79) doit être à « 5 = assuré ou bénéficiaire exonéré » ;
- le code nature assurance (type 2 pos 77-78) doit être à « 10 » ;
- la prise en charge du TMF (type 3 pos 117) doit être à « blanc » ;
- le code prise en charge du forfait journalier (type 3 pos 70) doit être à « R » ;
- la prestation à utiliser en forfait journalier de sortie doit être « FJR » ;
- le code d'indicateur du parcours de soins (type 2S pos 121) doit être indiqué « A » dans tous les cas.

Remarque :

Lors de la phase de démarrage de la mesure, des rejets sur des prestations délivrées en 2015 pourraient se déclencher.

Les établissements sont invités à prendre contact avec les caisses qui recycleront ces factures afin d'assurer le paiement des prestations.

Pour la ministre et par délégation :

*Le directeur général
de l'offre des soins,*
J. DEBEAUPUIS

*Le directeur
de la sécurité sociale,*
T. FATOME

*Le secrétaire général des ministères
chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU