

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'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**

NOR : SSAH1810895A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

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

Vu la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;

Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié ;

Vu la loi n° 2016-1827 du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, notamment ses articles 79 et 82 ;

Vu la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, notamment ses articles 54 et 68 ;

Vu l'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 ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 10 avril 2018 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 11 avril 2018,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé est modifié conformément aux articles 2 à 5 du présent arrêté.

**Art. 2.** – Au *g* du I de l'article 3, les mots : « et de téléexpertise » sont supprimés.

**Art. 3.** – L'article 4 est ainsi modifié :

1° Le 1° du I de l'article 4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les données afférentes aux activités couvertes par les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont valorisées par application des tarifs nationaux, fixés en application des dispositions de l'article L. 162-22-10 du même code. Ces tarifs sont affectés, le cas échéant, des coefficients suivants :

« – le coefficient géographique mentionné à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, ci-après désigné "coefficient géographique" ;

« – le coefficient fixé en application de l'article R. 162-33-7 du même code, ci-après désigné "coefficient prudentiel" ;

« – le coefficient mentionné au cinquième alinéa de l'article R. 162-33-5 du même code, ci-après désigné "coefficient relatif aux allègements de charges".

« La valorisation s'effectue dans les conditions suivantes, selon la catégorie de prestation :

« *a*) Pour les groupes homogènes de séjour et les forfaits respectivement mentionnés aux *a* et *b* du 1° de l'article 3 du présent arrêté, le montant dû par l'assurance maladie est déterminé conformément à l'annexe 1 du présent arrêté ;

« b) Pour les forfaits mentionnés aux *c, d, i, j, l* et *m* du 1° du I de l'article 3 :

« montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × taux de remboursement ;

« c) Pour les forfaits mentionnés au *h* du 1° du I de l'article 3 du présent arrêté :

« montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges ;

« d) Pour les forfaits mentionnés au *e* du 1° du I de l'article 3 du présent arrêté :

« montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × taux de remboursement.

« Lorsque ces prestations sont dispensées au profit d'un patient pris en charge dans les conditions mentionnées au dernier alinéa du 1° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, le tarif est minoré en application de ces dispositions :

« montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × (1-taux de minoration) × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × taux de remboursement ; » ;

2° Le 7° du I de l'article 4 est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les données afférentes aux actes de télémedecine réalisés en application de l'article 36 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014 sont valorisées conformément aux dispositions de l'arrêté mentionné au second alinéa du 5° du II du même article.

« Les données afférentes aux actes de télésurveillance sont valorisées conformément aux dispositions de l'arrêté mentionné au second alinéa du 5° du V de l'article 54 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. » ;

3° Au deuxième alinéa du II, après les mots : « de l'article 78 », est rajouté le mot : « modifié » ;

4° Au 1° du II, après les mots : « sécurité sociale », est ajouté le mot : « sont » et les mots : « , sont déterminées conformément à l'annexe 2 du présent arrêté : » sont remplacés par la ponctuation : « ; ».

**Art. 4.** – Le deuxième alinéa de l'article 6 est abrogé.

**Art. 5.** – 1° L'annexe 1 de l'arrêté du 23 mai 2008 susvisé est remplacée par l'annexe 1 du présent arrêté.

2° L'annexe 2 de l'arrêté du 23 mai 2008 susvisé est supprimée.

**Art. 6.** – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 17 avril 2018.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale de l'offre de soins,  
C. COURRÈGES*

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le chef de service,  
adjoint à la directrice  
de la sécurité sociale,*

J. BOSREDON

## ANNEXE 1

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DE LA PART PAYÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE  
SELON LE CAS – PRESTATIONS RELEVANT DU CHAMP MCO

DONNÉES	VARIABLES
Tarifs des séjours GHS	GHS
Forfaits journaliers hospitaliers FJH (incluant le forfait journalier ainsi que le forfait journalier de sortie)	FJH
Forfaits journaliers FJ	FJ
Tarif journalier de prestations	TJP
Durée de séjour DS	DS
Taux de remboursement TR	TR
Taux de ticket modérateur TM	= 1-TR
Ticket modérateur forfaitaire TMF 18 euros	18 euros
Coefficient géographique CG	CG
Coefficient prudentiel CP	CP
Coefficient relatif aux allègements de charges CAC	CAC

## CAS DE PATIENT AVEC UN TICKET MODÉRATEUR À 20 %

Ticket modérateur M _ TM	$M\_TM = (TJP \times DS) \times (1-TR)$
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M\_FJH = (FJ \times DS) + FJ (1)$
Forfait journalier M _ FJ	$M\_FJ = (FJ \times DS)$
Montant payé par l'assurance maladie AMO :	
-si $M\_TM < M\_FJH$	$M\_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC) \times TR - (M\_FJ - M\_TM)$
-si $M\_TM > M\_FJH$	$M\_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC) \times TR$
(1) Le patient acquitte le forfait journalier le jour de sortie.	

CAS DE PATIENT EXONÉRÉ DU TM  
ET NON EXONÉRÉ DU FORFAIT JOURNALIER

Ticket modérateur M _ TM	0
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M\_FJH = (FJ \times DS) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M\_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC) - ((FJ \times DS) + FJ)$

## CAS DE PATIENT EXONÉRÉ DU TM ET DU FORFAIT JOURNALIER

Ticket modérateur M _ TM	0
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M\_AMO = GHS \times CG \times CP \times CAC$

CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 %  
soumis au TM de 18 € et non exonéré du forfait journalier

Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	18 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M\_FJ = (FJ \times DS) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M\_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC) - ((FJ \times DS) + FJ) - 18$

CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 18 € et exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	18 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M\_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC) - 18$