



Ministère des solidarités et de la santé

Direction de la Sécurité
Sociale
Sous-direction du
financement du système
de soins
Bureau Etablissements
de santé et
établissements médico-
sociaux

Personne chargée du dossier :
Adrien DEBEVER

mél. : adrien.debever@sante.gouv.fr

Direction Générale de
l'Offre de Soins
Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins
Bureau synthèse
organisationnelle et financière

mél. : DGOS-R1@sante.gouv.fr

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région
Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé

NOTE D'INFORMATION N° DSS/1A/DGOS/R1/2018/83 du 22 mars 2018 relative à la réforme du circuit de facturation des soins et médicaments dispensés aux personnes écrouées

Date d'application : 1^{er} janvier 2018

NOR : SSAS1808768N

Classement thématique : Assurance maladie, maternité, décès

Inscrit pour information à l'ordre du jour du CNP du 30 mars 2018 – N ° 40

Publiée au BO : Oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : Oui

<p>Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.</p>
<p>Résumé : Cette note d'information définit les nouvelles modalités de financement des soins somatiques, psychiatriques, de suite et de réadaptation et des médicaments dispensés par les établissements de santé aux personnes écrouées, en application de l'article 55 de la loi de finances pour 2018.</p> <p>Elle vise à simplifier le circuit de financement de ces soins pour tenir compte de la prise en charge de l'ensemble des frais des personnes écrouées par l'Assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2018.</p> <p>Elle abroge les instructions de 2016 relatives à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, des médicaments et des soins psychiatriques.</p>
<p>Mots-clés : soins somatiques ; soins psychiatriques ; médicaments ; facturation ; personnes écrouées ; personnes détenues</p>
<p>Textes de référence :</p> <ul style="list-style-type: none"> - LOI n° 2017-1837 du 30 décembre 2017 de finances pour 2018 notamment son article 55 ; - Le code de la sécurité sociale notamment son article L.381-30-1 ; - 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.
<p>Instructions abrogées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 du 6 janvier 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ médecine-chirurgie-obstétrique ; - INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/346 du 23 novembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des médicaments dispensés aux personnes détenues ; - INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/370 du 1^{er} décembre 2016 relative à la réforme du circuit de facturation des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées.
<p>Instructions modifiées :</p>
<p>Annexes :</p>
<p>Diffusion : établissements de santé et unités sanitaires en milieu pénitentiaire</p>

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les personnes écrouées bénéficient d'un tiers payant intégral sur leurs frais de santé. Pour ce faire, les caisses primaires d'assurance maladie assurent l'avance des frais correspondant à la part complémentaire des soins des détenus, qui incombe à l'administration pénitentiaire. Celle-ci se charge de rembourser l'Assurance maladie dans un second temps, dans le cadre d'une facturation annuelle nationale.

L'article 55 de la loi de finances pour 2018 a transféré à l'assurance maladie la part des dépenses qui incombait précédemment à l'Etat. Ainsi, le régime général prend désormais en charge la part obligatoire ainsi que la part restant à charge de l'assuré (ticket modérateur et forfait journalier hospitalier). Cette mesure entre en vigueur au 1^{er} janvier 2018.

L'objet de la présente instruction est de définir les nouvelles modalités de financement des soins des personnes écrouées découlant de cette réforme, dans une optique de simplification des circuits de facturation, tant pour les établissements de santé que les caisses d'assurance maladie.

Elle abroge les instructions de 2016 relatives à la réforme du circuit de facturation des soins aux personnes écrouées, sur le champ de la médecine-chirurgie-obstétrique, des médicaments et des soins psychiatriques.

1. Rappel des modalités de dispense d'avance de frais des personnes écrouées

1.1. Périmètre d'application du tiers payant intégral

A compter de leur mise sous écrou, les personnes écrouées sont rattachées au régime général et bénéficient d'une dispense d'avance de frais sur l'ensemble des soins, dans la limite des tarifs de responsabilité de l'assurance maladie, en application des articles L. 381-30 et L. 381-30-1 du code de la sécurité sociale.

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'Etat ni du tiers payant spécifique mis en place.

1.2. Modalités d'application de la dispense d'avance de frais

Le tiers payant intégral dont bénéficient les patients écroués repose sur l'application d'un régime exonérant spécifique, figurant sur la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) selon les modalités suivantes.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant est affiché : « TIERS PAYANT INTEGRAL SANS DEPASSEMENT SUR LES HONORAIRES, PRISE EN CHARGE A 100% PAR LE REGIME GENERAL ».

La carte Vitale contient quant à elle les informations suivantes, à condition d'avoir été mise à jour après la mise sous écrou :

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

Remarque : les exonérations au titre d'une ALD ou d'une maternité par exemple ne sont donc plus visibles.

2. Modalités de prise en charge dans le champ « médecine, chirurgie et obstétrique »

L'article 55 de la loi de finances pour 2018 n'induit aucune évolution pour ce champ. Ainsi, les circuits de facturation mis en place au travers de l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/9 du 6 janvier 2016 demeurent inchangés.

2.1. La prise en charge dans les établissements ex-DG

- **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 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 s'effectue 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.

Sur la base des remontées d'information des établissements de santé, les séjours des personnes écrouées font l'objet d'une valorisation de la part de l'ATIH qui distingue, dans les fichiers transmis mensuellement aux agences régionales de santé (ARS), le montant dû au titre de la part complémentaire du montant dû au titre de la part obligatoire. Les arrêtés de versement des directeurs généraux d'ARS identifient 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.

Dans l'attente d'une révision de la M21 (et de la création d'un compte dédié), les établissements sont invités à imputer ce montant dû au titre du reste à charge des patients écroués au sein du compte 73128 (« Autres »).

- **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 facturation 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.

L'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées s'effectue 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 2.2.).

2.2. 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.

Lors de la facturation en norme B2 CP, l'intégralité de la dépense est facturée en part obligatoire à l'assurance maladie. Pour ce faire et afin de permettre la prise en charge du forfait journalier et du ticket modérateur, l'établissement doit 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.

3. Modalités de prise en charge dans le champ de la psychiatrie

Pour rappel, le paiement du reste à charge des actes, consultations externes ainsi que des séjours en psychiatrie des patients écroués, réalisés entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2017, a nécessité la mise en place d'un circuit de facturation *ad hoc*, défini dans l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/370 du 1^{er} décembre 2016. Les établissements de santé étaient ainsi invités à facturer directement aux caisses le reste à charge des patients concernés.

A compter du 1^{er} janvier 2018, ce circuit est supprimé.

Le montant correspondant au reste à charge des patients écroués associés aux séjours en psychiatrie ou aux actes et consultations externes relevant de ce même champ sera intégré directement dans la DAF des établissements concernés, et ce dans le cadre de la campagne budgétaire 2018. Les modalités d'intégration seront précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

La DAF couvre donc dorénavant l'intégralité de la prise en charge des patients écroués en psychiatrie. Aucune facture associée à ces prestations, qu'elles soient externes ou hospitalières, ne sera donc admise par les caisses primaires pour des prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2018.

4. Modalités de prise en charge s'agissant des médicaments délivrés en unités sanitaires

Pour rappel, le paiement du reste à charge associé à la délivrance de médicaments en unités sanitaires¹, a nécessité la mise en place d'un circuit de valorisation défini dans l'instruction n° DSS/2A/DGOS/R1/2016/346 du 23 novembre 2016. Les établissements étaient ainsi invités à communiquer à l'ATIH les données permettant la valorisation de ce reste à charge (via un FICHSUP dédié²). Sur la base des remontées d'informations délivrées par les établissements, l'ATIH indiquait aux agences régionales de santé le montant à déléguer (et ce à travers les arrêtés mensuels de versement).

¹ Sont concernés les médicaments dispensés en unités sanitaires en milieu pénitentiaire aux personnes écrouées, à l'exception :

- des médicaments pris en charge à 100% par l'assurance maladie ;
- des médicaments non remboursables par l'assurance maladie.

² Les établissements sièges d'USMP procèdent au recueil des données correspondantes via le fichier FICHSUP mis à disposition par l'ATIH à cette fin. Les variables recueillies sont :

- Le montant total TTC des médicaments dispensés dans l'USMP ;
- Le code UCD des médicaments dispensés dans l'USMP.

A l'instar du champ de la psychiatrie, à compter du 1^{er} janvier 2018, ce circuit est supprimé (les remontées de médicaments dispensés aux personnes incarcérées en unité sanitaire via le recueil FICHSUP, postérieurs à cette date, ne donneront plus lieu à valorisation).

Les montants associés seront directement intégrés dans la MIG « T03 – unités sanitaires en milieu pénitentiaire », et ce dans le cadre de la campagne budgétaire 2018. Les modalités d'intégration seront précisées dans le cadre de la circulaire relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2018 des établissements de santé.

Il est à noter que le recueil FICHSUP est maintenu et ce dans la perspective d'une modélisation de la MIG correspondante.

5. Modalités de prise en charge s'agissant des prestations délivrées par l'EPSN de Fresnes

Pour rappel, dans le champ « médecine, chirurgie et obstétrique », le paiement du reste à charge des actes, consultations externes ainsi que des séjours des patients écroués réalisés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 par l'EPSN de Fresnes, a nécessité la mise en place d'un circuit de facturation *ad hoc*.

A compter du 1^{er} janvier 2018, ce circuit est supprimé.

Le montant correspondant au reste à charge des patients écroués sera directement intégré dans la DAF de l'établissement, et ce dans le cadre de la campagne budgétaire 2018.

Il en va de même pour les prestations relevant des soins de suite et de réadaptation (SSR) dispensées à compter du 1^{er} janvier 2018.

S'agissant des prestations de SSR dispensées entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017, ils feront l'objet de modalités particulières de facturation. L'EPSN devra ainsi adresser à la caisse d'assurance maladie un avis de somme à payer unique couvrant l'ensemble des prestations réalisées sur cette période, détaillé par patient avec les informations suivantes :

- Nom
- Prénom
- Numéro d'immatriculation ou numéro provisoire
- Date de naissance
- Code prestation + spécialité exécutant
- Date des soins
- Montant de la dépense
- Reste à charge (ticket modérateur, forfait journalier hospitalier)
- Numéro FINESS Etablissements
- Destinataire de règlement
- Coordonnées bancaires (IBAN BIC).

* * *

Nous vous remercions de bien vouloir vous assurer de la mise en œuvre de ces nouvelles conditions de facturation à compter du 1^{er} janvier 2018 et nous faire remonter toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de celles-ci.

Les établissements de santé doivent également être incités à facturer dans les meilleurs délais, selon les anciens circuits, en priorité les soins dispensés avant le 1^{er} janvier 2016 à l'administration pénitentiaire, puis les soins dispensés entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2017 à l'assurance maladie.

Pour la ministre et par délégation,

La directrice générale de l'offre de soins

Cécile COURREGES

signé

La directrice de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP

signé