

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage de la performance
des acteurs de l'offre de soins

Bureau PF1

Circulaire DGOS/PF1 n° 2010-314 du 19 août 2010 relative aux modalités techniques de facturation des forfaits ATU, FFM et SE, par les établissements ex dotation globale

NOR : SASH1022122C

Validée par le CNP le 9 juillet 2010 – Visa CNP 2010-144.

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

Résumé : modalités de facturation des forfaits ATU, FFM et SE à l'encontre des caisses d'assurance maladie.

Mots clés : établissements de santé ex-DG – forfait ATU – forfait FFM – forfait SE – conventions internationales – UNCAM – MT/DMT – coefficient géographique – B2.

Textes de référence : décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour diffusion et mise en œuvre) ; Mesdames et messieurs les directeurs d'établissements de santé publics et privés antérieurement sous dotation globale (pour mise en œuvre).

La présente circulaire a pour objet de préciser les modalités techniques de facturation des forfaits ATU, FFM et SE par les établissements de santé ex-dotation globale, à l'encontre des caisses d'assurance maladie.

1. Rappel des règles applicables

Depuis le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie, les forfaits ATU, FFM et SE sont facturables par les établissements ex-DG, selon les modalités et le calendrier suivants.

Pour les assurés sociaux : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant les taux applicables. Conformément aux dispositions des 12° et 13° de l'article R. 322-1 du code de la sécurité sociale institué par le décret du 23 février 2009 mentionné ci-dessus, ce taux sera compris entre 15 % et 25 % et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant les forfaits (tous les actes externes pour les forfaits ATU, et les actes prévus par l'annexe 10, pour les forfaits FFM, et l'annexe 11, pour les forfaits SE, de l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de MCO) ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 % et 75 % des tarifs pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie, selon la formule suivante :

[Tarif national * (1 + coefficient géographique)] * coefficient de transition * taux de prise en charge « assurance maladie ».

En attendant cette décision UNCAM, les conditions de valorisation prévues par l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex-DG restent applicables :

- pas de ticket modérateur facturable ;
- valorisation des forfaits à 94 % des tarifs.

Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors Union européenne), les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables, selon la formule suivante :

[Tarif national * (1 + coefficient géographique)] * taux de prise en charge « assurance maladie »

En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables.

Pour les non-assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, aide médicale État – AME prévue à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) –, soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF, patients payants), les forfaits ATU, FFM et SE sont facturables à 100 % depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 publié au *Journal officiel* du 24 février 2009, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations. La formule de calcul est :

Tarif national * (1 + coefficient géographique).

2. Modalités de mise en œuvre pour les factures à destination des caisses d'assurance maladie

Pour le forfait ATU :

Il conviendra de transmettre les factures destinées aux caisses d'assurance maladie (en télétransmission et sur support papier, le cas échéant) en indiquant un couple MT/DMT (mode de traitement/discipline médico-tarifaire) : 10/406.

Le même couple MT/DMT 10/406 devra être indiqué pour les actes externes associé à un forfait ATU (dans la mesure où leur taux de TM sera le même que celui du forfait ATU/*cf. supra*).

Pour les forfaits FFM :

Il conviendra de transmettre les factures destinées aux caisses d'assurance maladie (en télétransmission et sur support papier, le cas échéant) en indiquant un couple MT/DMT (mode de traitement/discipline médico-tarifaire) : 19/137.

Les actes externes associés seront également transmis avec ces valeurs 19/137 de couples MT/DMT.

Pour les forfaits SE :

Il conviendra de transmettre les factures destinées aux caisses d'assurance maladie (en télétransmission et sur support papier, le cas échéant) en indiquant un couple MT/DMT (mode de traitement/discipline médico-tarifaire) : 19/958.

Les actes externes associés seront également transmis avec ces valeurs 19/958 de couple MT/DMT.

La CNAMTS donnera ses consignes aux caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT) afin qu'elles enregistrent dans leur référentiel les tarifs facturables ; ce tarif correspond au tarif national figurant dans l'arrêté fixant les ressources d'assurance maladie des établissements de santé MCO (1), affecté, le cas échéant, du coefficient géographique prévu dans ce même arrêté.

La mise à jour du référentiel des CARSAT sera répercutée dans le référentiel des CPAM avec édition de fiches signalétiques permettant d'informer les établissements de la mise à jour des tarifs. Dès lors, ceux-ci disposeront des tarifs liés à leur situation géographique et pourront les indiquer dans leurs « factures B2 ».

Les établissements sont toutefois invités à prendre contact avec la CPAM avant le premier envoi de factures B2.

Les tarifs affectés des coefficients géographiques à utiliser sont les suivants :

FORFAITS	TARIF NATIONAL	5 %	7 %	25 %	30 %
ATU	25,28	26,54	27,05	31,60	32,86
FFM	19,05	20,00	20,38	23,81	24,77
SE1	75,77	79,56	81,07	94,71	98,50
SE2	60,61	63,64	64,85	75,76	78,79
SE3	40,41	42,43	43,24	50,51	52,53
SE4	20,20	21,21	21,61	25,25	26,26

(1) Articles 2 et 5 de l'arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Le traitement des remontées mensuelles d'activité par l'ATIH prendra en compte ces modalités et tarifs.

Ce dispositif s'applique aux dossiers d'AME laissés en attente en 2009 et créés à compter du 1^{er} janvier 2010.

Il sera applicable aux dossiers des assurés sociaux (y compris pour les conventions internationales), le lendemain du jour de la publication de la décision UNCAM.

3. Cas particulier : le ticket modérateur forfaitaire de 18 € (TMF)

Dans l'hypothèse où un ticket modérateur forfaitaire de 18 € devrait être facturé, son montant devra être déduit des forfaits, ATU, FFM ou SE (1), et non des actes les accompagnant.

Vous pourrez signaler les difficultés de mise en œuvre de la présente circulaire à l'adresse suivante : DGOS.PF1@sante.gouv.fr.

Pour la ministre de la santé et des sports
et par délégation :

Par empêchement de la directrice générale
de l'offre de soins :

Le chef de service,

F. FAUCON

(1) Dans la mesure où il s'agit de prestations d'hospitalisation