

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

Arrêté du 3 juin 2023 relatif au mécanisme transitoire de soutien financier aux établissements de santé mentionnés à l'article 44 de la LFSS pour 2023 au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale

NOR : SPRH2314485A

Le ministre de l'économie, des finances et de la souveraineté industrielle et numérique et le ministre de la santé et de la prévention,

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles L. 6111-1 et L. 6111-3-1 ;

Vu le code de l'action sociale et des familles ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6, L. 162-22-19 et L. 162-23-16 ;

Vu la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;

Vu la loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022 de financement de la sécurité sociale pour 2023, notamment son article 44 ;

Vu l'arrêté modifié du 19 février 2015 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'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 juillet 2022 relatif au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité ;

Vu l'arrêté du 24 août 2022 relatif à la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de covid-19 pour l'année 2022 ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2022 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé par les caisses d'assurance maladie ou par la caisse nationale militaire de sécurité sociale ;

Vu la saisine du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole en date du 16 mai 2023 ;

Vu la saisine du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 16 mai 2023 ;

Vu la saisine du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en date du 16 mai 2023 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 mai 2023,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – I. – Pour les prestations de soins réalisées au cours de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant effectivement les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale au 31 décembre 2022, peuvent bénéficier d'un mécanisme de soutien prévu à l'article 44 de la loi du 23 décembre 2022 susvisée au titre de cette activité. Peuvent également bénéficier de ce mécanisme les établissements exerçant à partir du 1^{er} janvier 2023 les activités susmentionnées dès lors qu'elles étaient exercées au 31 décembre 2022 par un autre établissement de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

a) Les établissements mentionnés à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier de ce mécanisme exclusivement au titre de leur activité d'hospitalisation à domicile dans les conditions prévues par le présent arrêté. Ces mêmes établissements demeurent financés au titre de leurs activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale hors hospitalisation à domicile dans les conditions prévues à l'article L. 162-23-16 du même code ;

b) Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ce mécanisme couvre la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées aux 1^o et 3^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code ;

c) Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ce mécanisme couvre la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées aux 1^o et 3^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles, ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code.

Pour les établissements mentionnés au *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les frais d'hospitalisation sont valorisés aux tarifs de responsabilité mentionné au IV de l'article L. 162-22-10 du même code.

II. – Les montants de référence servant de comparatif à l'activité réalisée en 2023 pour les établissements mentionnés au présent I tiennent compte :

A. – Pour les établissements de santé exerçant une activité de médecine, de chirurgie, gynéco-obstétrique et d'odontologie, du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement au titre de 2022, en application de l'arrêté du 24 août 2022 susvisé, au titre :

1^o De la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées aux 1^o et 3^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article R. 162-33-2 du même code ;

2^o De la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles ainsi que de la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre des soins urgents conformément aux dispositions des articles L. 254-1 à L. 254-2 du même code ;

3^o Pour les établissements bénéficiant en 2022 du régime de financement dérogatoire des hôpitaux de proximité en vertu de l'article 37 de la loi du 23 décembre 2021 susvisée et qui ne figurent pas en 2023 sur les listes régionales des hôpitaux de proximité mentionnées à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique, le montant annuel de référence tient compte du montant de la dotation forfaitaire garantie notifiée à l'établissement en 2022 en application de l'article R. 162-33-21.

Les montants mentionnés aux présents 1^o, 2^o et 3^o sont majorés d'un taux moyen correspondant :

a) Pour deux douzièmes, au taux moyen correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

b) Pour dix douzièmes, au taux moyen correspondant à l'évolution des tarifs des séjours et séances, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté prévu aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale au titre de 2023.

Le montant de recettes de référence pris en compte par ce mécanisme de soutien dont peuvent bénéficier les établissements en 2023 pour les mois de janvier à décembre tient compte de la somme des montants mentionnés aux présents 1^o à 3^o. Ce montant constitue le « montant annuel de référence » pour les activités mentionnées au 1^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale hors activités d'hospitalisation à domicile.

B. – Pour les établissements de santé exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, au titre de cette activité, du montant de la garantie de financement notifié à l'établissement en 2022 pour l'activité d'hospitalisation à domicile, en application de l'arrêté du 24 août 2022 susvisé, au titre de :

1^o De la part des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins entrant dans le champ des prestations mentionnées aux 1^o de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues à l'article R. 162-33-2 du même code ;

2^o De la part des frais liés à la prise en charge des patients au titre de l'aide médicale de l'Etat conformément aux dispositions des articles L. 251-1 à L. 253-4 du code de l'action sociale et des familles.

Les montants mentionnés aux présents 1^o et 2^o sont majorés d'un taux moyen correspondant :

a) Pour deux douzièmes, au taux moyen correspondant à l'évolution des tarifs des séjours, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté du 28 mars 2022 fixant pour l'année 2022 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale ;

b) Pour dix douzièmes, au taux moyen correspondant à l'évolution des tarifs des séjours, pour l'établissement concerné, en application de l'arrêté prévu aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale au titre de 2023.

Le montant de recettes de référence pris en compte par ce mécanisme de soutien dont peuvent bénéficier les établissements en 2023 pour les mois de janvier à décembre tient compte de la somme des montants mentionnés

aux présents 1° à 2°. Ce montant constitue le « montant annuel de référence » pour les activités d'hospitalisation à domicile.

III. – Au titre du dispositif de sécurisation mentionné au second alinéa de l'article 44 de la loi du 23 décembre 2022 susvisée, les établissements de santé exerçant les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale peuvent se voir allouer un montant déterminé dans les conditions suivantes :

A. – Pour les établissements de santé mentionnés au *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

1° Le directeur général de l'agence régionale de santé détermine, pour chaque établissement concerné le montant annuel de référence mentionné au présent II, en distinguant le cas échéant le montant au titre des activités d'hospitalisation à domicile et en tenant compte, le cas échéant, des transferts d'activité. Dans le cadre des transferts d'activité, le montant de référence des établissements ayant transférés ces activités est minoré au profit du montant de référence des établissements reprenant ces activités.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique le montant de référence, qui servira de comparatif à la valorisation des prestations de soins de la période de janvier à décembre 2023, à l'établissement, qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement, le montant annuel de référence mentionné au présent II.

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application des articles L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

2° Chaque mois, pour chaque établissement le prorata du montant notifié au présent 1° est comparé au montant cumulé de valorisation d'activité correspondant pour la période.

Cette comparaison s'opère distinctement, d'une part, pour les activités d'hospitalisation à domicile et, d'autre part, pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Cette comparaison s'opère de la façon suivante :

$x/12^{\circ}$ du montant notifié au présent 1° - montant de la valorisation de l'activité cumulé sur x mois.

a) Lorsque la différence entre le prorata du montant notifié au présent 1° et le montant issu de l'activité pour la même période est positive, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du complément entre d'une part le montant composé pour 30 % de la valorisation de l'activité réalisée au titre de la période de soins cumulée et pour 70 % du prorata du montant mentionné au présent 1° et d'autre part le montant déjà versé au titre des mois précédents.

Le montant dû par l'assurance maladie est égal à :

30 % montant de la valorisation de l'activité pour la période + 70 % montant notifié au présent 1° pour la même période.

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application des articles L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

b) Lorsque la différence entre le prorata du montant notifié au présent 1° et le montant issu de l'activité pour la même période est négative, la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale procède au versement du complément entre le montant de valorisation de l'activité réalisée au titre de la période de soins cumulée et le montant total déjà versé au titre des mois précédents.

Le montant dû par l'assurance maladie est égal au montant de la valorisation de l'activité pour la période.

Le directeur général de l'agence régionale de santé notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application des articles L. 174-2 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

La caisse concernée verse chaque mois, durant la période prévue au I du présent article, le montant défini au présent 2° dans les conditions prévues à l'article 8 de l'arrêté du 31 décembre 2022 susvisé.

B. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale :

1° Au plus tard le 5 mai 2024, le directeur général de l'agence régionale de santé détermine pour chaque établissement le montant annuel de recettes mentionné au présent II, en distinguant le cas échéant le montant au titre des activités d'hospitalisation à domicile et en tenant compte, le cas échéant, des transferts d'activité. Dans le cadre des transferts d'activité, le montant de référence des établissements ayant transférés ces activités est minoré au profit du montant de référence des établissements reprenant ces activités.

Le directeur général de l'agence régionale de santé communique le montant de référence, qui servira de comparatif à la facturation des prestations de soins de la période de janvier à décembre 2023, à l'établissement qui dispose d'un délai de 8 jours pour présenter ses observations.

A l'issue de ce délai, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, pour chaque établissement le montant annuel de référence mentionné au présent II.

Il notifie ce montant à l'établissement de santé concerné et à la caisse dont il relève, en application de l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale, chargée des versements.

2° Le montant des recettes perçues par l'établissement au titre des prestations mentionnées au I du présent article, pour la période considérée du 1^{er} janvier 2023 au 31 décembre 2023 fait l'objet d'une régularisation par comparaison avec le montant annuel de référence notifié au présent 1°.

Cette comparaison s'opère de la façon suivante :

Montant notifié au présent 1° - montant de la facturation de l'activité cumulé sur l'année 2023.

Lorsque cette comparaison fait apparaître que le montant des recettes au titre de l'activité des mois de soins de janvier à décembre 2023 perçues par l'établissement est inférieur au montant annuel de référence notifié au présent 1°, la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale procède au versement en une seule fois du complément entre d'une part le montant composé pour 30 % de la facturation de l'activité réalisée au titre de la période de soins de 2023 et pour 70 % du montant mentionné au présent 1° et d'autre part le montant de la facturation de l'activité 2023.

Cette comparaison s'opère distinctement, d'une part, pour les activités d'hospitalisation à domicile et, d'autre part, pour les activités hors hospitalisation à domicile.

Le montant annuel de sécurisation dû par l'assurance maladie est égal à :

30 % montant de la facturation d'activité pour l'année 2023 + 70 % montant notifié au présent 1° pour la même période.

Art. 2. – Les montants correspondant à l'activité de soins, mentionnée à l'article 1^{er} du présent arrêté, réalisée au titre de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023 sont actualisés le cas échéant des montants résultant de l'application des dispositions de l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale.

Ces actualisations sont prises en compte comme suit :

1° Au titre des activités mentionnées au I de l'article 1 du présent arrêté à partir du 1^{er} janvier 2024, une régularisation mensuelle du montant versé à l'établissement peut avoir lieu, le cas échéant, afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité remontées par cet établissement au titre de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

La comparaison est faite entre le montant annuel de référence de l'établissement notifié au 1° du A du III de l'article 1^{er} du présent arrêté et ses données d'activité éventuellement modifiées, pour déterminer son montant dû annuel dans les conditions prévues au 2° du A du III de l'article 1^{er} du présent arrêté.

Si le montant dû actualisé est différent du montant déjà perçu par l'établissement, une régularisation a lieu.

2° Au titre des activités mentionnées au I de l'article 1^{er} du présent arrêté, au plus tard le 5 mars 2025, une régularisation du montant versé à l'établissement a lieu afin de tenir compte des éventuelles modifications des données d'activité facturées par cet établissement au titre de la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023.

La comparaison est faite entre le montant annuel de référence de l'établissement notifié au 1° du B du III de l'article 1^{er} du présent arrêté et ses données d'activités éventuellement modifiées, pour déterminer son montant dû annuel dans les conditions prévues au 2° du B du III de l'article 1^{er} du présent arrêté.

Si le montant dû actualisé est différent du montant déjà perçu par l'établissement, une régularisation a lieu.

Art. 3. – Pour l'application des articles 1^{er} à 2 aux hôpitaux des armées mentionnés à l'article L. 6147-7 du code de la santé publique, le montant annuel de référence mentionné au II de l'article 1^{er} est arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur proposition du directeur de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, et notifié sans délai au ministre de la défense et à la Caisse nationale militaire de sécurité sociale, chargée des versements conformément aux dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Pour les versements liés à l'activité réalisée du 1^{er} janvier au 31 décembre 2023 pour le champ d'activité mentionné au II de l'article 1^{er}, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale verse au service de santé des armées, un montant déterminé dans les conditions prévues au A du III de l'article 1^{er} du présent arrêté en tenant compte des conditions prévues au II de l'article 9 de l'arrêté du 31 décembre 2022 susvisé.

Art. 4. – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 3 juin 2023.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
M. DAUDÉ

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service, adjointe
au directeur de la sécurité sociale,*

D. CHAMPETIER