

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION

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

NOR : *SPRH2235892A*

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

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

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le décret n° 2022-597 du 21 avril 2022 relatif à la réforme du financement des activités de soins de suite et de réadaptation ;

Vu le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie ;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat ou des soins urgents ;

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'arrêté du 26 février 2016 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse ;

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 en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et 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 en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 5 mai 2017 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;

Vu l'arrêté du 17 avril 2018 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé dans le cadre des dispositions transitoires de mise en œuvre de la réforme des soins de suite et de réadaptation par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 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'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 16 décembre 2022 ;

Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 16 décembre 2022,

Arrêtent :

TITRE I^{er}

DISPOSITIONS GÉNÉRALES

Art. 1^{er}. – Les arrêtés susvisés suivants sont abrogés :

1^o 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 ;

2^o Arrêté du 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux du service de santé des armées.

Art. 2. – Au sens du présent arrêté, les établissements de santé sont ceux mentionnés aux :

1^o *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 pour les activités de médecine, de gynécologie-obstétrique et d'ontologie mentionnées aux articles L. 162-22-6 à L. 162-22-17 du code de la sécurité sociale ;

2^o *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 pour les activités de psychiatrie mentionnées aux articles L. 162-22-18 à L. 162-22-19 du même code ;

3^o *a*, *b*, *c*, *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 pour les activités des soins de suite et de réadaptation mentionnées aux articles L. 162-23 à L. 162-23-11 du même code.

TITRE II

MODALITÉS DE TRANSMISSION DES DONNÉES

Art. 3. – Les données relatives aux activités mentionnées aux 1^o, 2^o et 4^o de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale et celles relatives à la consommation de spécialités pharmaceutiques, et de produits et prestations en ce qui concerne les activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22, mentionnées aux articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale sont transmises mensuellement à l'agence régionale de santé par chaque établissement de santé, ou à l'agence régionale de santé d'Ile-de-France par chaque hôpital des armées, accompagnées des informations administratives rendues anonymes concernant le patient. Ces données sont transmises avant la fin du mois civil suivant la fin du mois considéré.

L'établissement ou l'hôpital des armées transmet également, dans le délai défini à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, les données d'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, les données d'activités en soins de suite et réadaptation, les données d'activité en psychiatrie, celles relatives à la consommation de spécialités pharmaceutiques, et de produits et prestations en ce qui concerne les activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 au titre de l'exercice précédent ou du ou des mois précédents qui n'ont pu être transmises à l'échéance mentionnée au premier alinéa du présent article ou qui font l'objet de correction. La valorisation de ces données est opérée dans les conditions en vigueur à la date des soins ou de fin de séjour.

Sous réserve des dispositions de l'arrêté du 14 décembre 2011 susvisé, les données afférentes aux prestations d'hospitalisation, à la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations en ce qui concerne les activités mentionnées au 1^o de l'article L. 162-22 ainsi qu'aux consultations et actes externes non pris en charge par l'assurance maladie sont transmises et ne sont pas valorisées.

TITRE III

MODALITÉS DE VALORISATION DES DONNÉES

Art. 4. – La valorisation de l'activité distingue le montant issu de la valorisation décrite à l'article 5 pour chacune des catégories suivantes :

I. – S'agissant de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie :

1^o La part de l'activité en identifiant les montants dus au titre des éléments suivants :

a) Les forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et leurs éventuels suppléments ;

b) Les forfaits dialyse (D) ;

c) Les forfaits âge urgences (FU), leurs éventuels suppléments ;

d) Les forfaits de petit matériel (FFM) ;

e) Les forfaits groupes homogènes de tarifs (GHT) ;

f) Les forfaits d'interruptions volontaires de grossesse ;

g) Les actes, y compris les forfaits techniques, les actes et activités de télésanté et les consultations externes, à l'exception de ceux mentionnés au *k* et qui ne font pas l'objet d'une facturation individuelle dans les conditions définies aux articles R. 174-2-1 et suivants du code de la sécurité sociale ;

h) Les forfaits prélèvements d'organes (PO) ;

i) Les forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) ;

j) Les forfaits « administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques inscrits sur la liste en sus en environnement hospitalier » (APE) ;

k) Les consultations ou actes associés aux forfaits mentionnés aux *d*, *i*, *j* et *l* ;

l) Les forfaits accueil et traitement des urgences gynécologiques (ATU gynécologie) ;

m) La prestation hôpitaux de proximité (HPR) pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, et figurant sur la liste des hôpitaux de proximité arrêtée pour chaque région, dans les conditions prévues à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique ;

2° La part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;

3° La part des produits et prestations mentionnés aux articles L. 162-22-7 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;

4° Le montant des dépenses de soins des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 381-30 du code de la sécurité sociale correspondant à la participation mentionnée au I de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et au forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du même code ;

5° La part des médicaments mentionnés à l'article L. 162-22-7-3 du code de la sécurité sociale ;

6° Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat, en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

7° Le montant dû au titre de la prise en charge des patients bénéficiant des soins mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

II. – S'agissant de l'activité de soins de suite et de réadaptation :

1° La part de l'activité en identifiant les montants dus au titre des éléments suivants :

a) La part activité de la dotation modulée à l'activité, mentionnée au 2° de l'article L. 162-23-3 ;

b) Les actes, y compris les forfaits techniques, et les consultations externes ;

2° La part des spécialités pharmaceutiques mentionnées au 3° du II de l'article 5 du présent arrêté et délivrées dans le cadre d'une des activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.

III. – Pour l'ensemble des activités de soins

Le montant dû au titre de chaque forfait innovation (FI), en application des arrêtés pris en application de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale.

Art. 5. – I. – S'agissant de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

1° Les données recueillies en application du I de l'article 4 relatives aux 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, pour déterminer le montant dû par l'assurance maladie. 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 L. 162-22-9-1 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 » ;

– le coefficient mentionné au sixième alinéa de l'article R. 162-33-5 du même code, ci-après désigné « coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux ».

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

a) Pour les groupes homogènes de séjour (GHS) et les forfaits respectivement mentionnés aux *a* et *b* du 1° de l'article 4 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 *d*, *i*, *j* et *l* du 1° du I de l'article 4 :

montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux × taux de remboursement ;

c) Pour les forfaits mentionnés au *h* du 1° du I de l'article 4 :

montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux ;

d) Pour les forfaits mentionnés au *e* du 1° du I de l'article 4 :

montant dû par l'assurance maladie = tarif × coefficient géographique × coefficient prudentiel × coefficient relatif aux allègements de charges × coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux × 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 × coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux × taux de remboursement ;

e) Pour les forfaits mentionnés au c du 1^o de l'article 4 :

montant dû par l'assurance maladie = tarif ;

2^o Les données afférentes aux consultations et actes externes mentionnés au g et k du 1^o du I de l'article 4 sont valorisées par les tarifs mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 162-51 du code de la sécurité sociale, pour déterminer le montant dû par l'assurance maladie :

montant dû par l'assurance maladie = tarif × taux de remboursement ;

3^o Les données afférentes aux interruptions volontaires de grossesse mentionnées au f du 1^o du I de l'article 4 sont valorisées aux tarifs fixés par l'arrêté du 26 février 2016 susvisé dans les conditions suivantes :

montant dû par l'assurance maladie = tarif ;

4^o Les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale facturés en sus, mentionnés aux 2^o et 3^o du I de l'article 4 du présent arrêté, sont valorisés par application des tarifs de responsabilité, fixés en application des dispositions du II de l'article L. 162-16-6 et de l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale, ainsi que, le cas échéant, du taux de remboursement réduit fixé en application des dispositions des articles L. 162-22-7 et L. 162-30-2 du même code ;

5^o Les données afférentes aux participations mentionnées au 4^o du I de l'article 4 sont valorisées conformément aux dispositions de droit commun définies notamment au I et II de l'article L. 160-13 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 174-4 du même code, traitant respectivement du ticket modérateur, du ticket modérateur forfaitaire et du forfait journalier hospitalier.

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

7^o Les données afférentes aux médicaments mentionnées au 5^o du I de l'article 4 sont valorisées au prix d'achat du médicament par l'établissement de santé tel que transmis dans les conditions mentionnées à l'article 2 :

montant dû par l'assurance maladie = prix d'achat ;

8^o Les données afférentes aux activités mentionnées à l'article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale réalisées au profit des patients bénéficiant de l'aide médicale d'Etat en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles sont valorisées conformément aux dispositions de l'arrêté du 14 décembre 2011 modifié susvisé ;

9^o Les données afférentes aux activités mentionnées à l'article L. 162-22-11-1 du code de la sécurité sociale réalisées au profit des patients bénéficiant des soins mentionnés à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles sont valorisées conformément aux dispositions de l'arrêté du 14 décembre 2011 modifié susvisé.

II. – S'agissant de l'activité de soins de suite et de réadaptation

Compte tenu des dispositions du III de l'article 78 modifié de la loi du 21 décembre 2015 susvisée, les données recueillies dans les conditions définies au II de l'article 4 sont valorisées pour déterminer le montant dû par l'assurance maladie dans les conditions suivantes :

1^o Les données afférentes aux activités couvertes par les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1^o de l'article L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale sont valorisées par application des tarifs nationaux, fixés en application des dispositions de l'article L. 162-23-4 du même code, affectés, le cas échéant, du coefficient géographique mentionné au 2^o et du coefficient mentionné au 3^o du même article, des coefficients mentionnés au III de l'article 78 de la loi du 21 décembre 2015 susvisée, et du taux de remboursement dans des modalités déterminées conformément à l'annexe I de l'arrêté du 17 avril 2018 susvisé ;

2^o Les données afférentes aux consultations et actes externes mentionnés au b du 1^o du II de l'article 4 du présent arrêté sont valorisées par les tarifs mentionnés au deuxième alinéa de l'article R. 162-51 du code de la sécurité sociale :

montant dû par l'assurance maladie = tarif × taux de remboursement ;

3^o Les données afférentes aux spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-23-6 du code de la sécurité sociale facturées en sus, sont valorisées par application des tarifs de responsabilité, fixés en application des dispositions du II de l'article L. 162-16-6 affectés du coefficient mentionné au II de l'article L. 162-23-6 ainsi que le cas échéant, du taux de remboursement réduit fixé en application des dispositions des articles L. 162-23-6 et L. 162-30-2 du même code.

III. – Dispositions communes aux activités de soins

Les données afférentes aux forfaits mentionnés au 3^o du III de l'article 4 sont valorisées par le tarif fixé, dans l'arrêté pris en application de l'article L. 165-1-1 du code de la sécurité sociale pour chaque produit de santé ou acte innovant, dans les conditions suivantes :

montant dû par l'assurance maladie = tarif.

TITRE IV

MODALITÉS DE VERSEMENT DES CRÉDITS

Le titre IV est applicable aux établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et aux hôpitaux des armées, à l'exception de l'article 8 qui s'applique également aux établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de ce même article.

Art. 6. – Les montants déterminés en application de l'article 5 et du deuxième alinéa de l'article 3 du présent arrêté sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé dans le délai de quinze jours suivant la réception des données transmises en application de l'article 3 du présent arrêté et notifiés sans délai à l'établissement de santé concerné et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale chargée des versements.

Concernant les hôpitaux des armées, ces mêmes montants sont arrêtés dans les conditions prévues aux R. 174-30 à R. 174-36 du code de la sécurité sociale.

Art. 7. – La décision de l'agence régionale de santé ou des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale concernant les hôpitaux des armées, distingue, le cas échéant, le montant dû par l'assurance maladie au titre du mois considéré des montants dus au titre de l'exercice précédent, ou du ou des mois précédents, répartis par catégories de prestations dans les conditions de l'article 4 du présent arrêté.

Art. 8. – La caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, ou la caisse nationale militaire de sécurité sociale pour les hôpitaux des armées, verse chaque mois :

I. – S'agissant de l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

A. – Pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, une allocation mensuelle, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, égale à un douzième :

1° De la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation fixée en application de l'article R. 162-33-19 du même code ;

2° Du montant du ou des forfaits fixés en application des articles L. 162-22-8, L. 162-22-8-1 et R. 162-33-16 du même code, soient les forfaits :

- annuels relatifs à la coordination de prélèvements d'organes ou de tissus (CPO) ;
- annuels correspondant aux activités de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse (FAG) ;
- activités isolées (FAI) ;

3° Du montant de forfait fixé en application de l'article R. 162-33-16-1 du même code alloué aux établissements dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique (MRC) ;

4° De la dotation populationnelle des urgences mentionnée à l'article R. 162-33-25 du même code.

B. – Pour le service de santé des armées, un dixième des allocations mensuelles mentionnées au A du I du présent article, le vingt-cinquième jour des mois de janvier à septembre inclus et le 15 octobre ou, si ces jours ne sont pas ouvrés, le dernier jour ouvré précédent, dans les conditions prévues au L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

II. – S'agissant de l'activité de soins de suite et de réadaptation

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

1° Une allocation mensuelle égale à un douzième de la dotation annuelle de financement fixée en application de l'article R. 162-32-3 du code de la sécurité sociale fractionnée dans les conditions suivantes :

a) 60 % de l'allocation, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

b) 15 % de l'allocation, le cinquième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

c) 25 % de l'allocation, le quinzième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

2° Une allocation mensuelle égale à un douzième du montant des forfaits annuels liés à l'utilisation de plateaux techniques spécialisés (PTS) et de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation fixée en application du 3° et 4° de l'article R. 162-34-9 du code de la sécurité sociale, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

3° Une allocation mensuelle égale à un douzième de la part socle de la dotation modulée à l'activité fixée en application du 1° de l'article R. 162-34-13 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au 23 avril 2022, le cinquième jour du mois, ou si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

B. – Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les mêmes allocations que celles mentionnées au A du II du présent article, à l'exception de la dotation annuelle de financement, dans les conditions prévues à l'article R. 174-22-1 du même code.

C. – Pour le service de santé des armées, un dixième des allocations mentionnées au A du II du présent article, le vingt-cinquième jour des mois de janvier à septembre inclus et le 15 octobre ou, si ces jours ne sont pas ouvrés, le dernier jour ouvré précédent, dans les conditions prévues au L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

III. – S'agissant des activités de psychiatrie

A. – Pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, une allocation mensuelle égale à un douzième de :

1° La dotation mentionnée au 1° de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, fractionnée dans les conditions suivantes :

- 60 % de l'allocation, le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;
- 15 % de l'allocation, le cinquième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;
- 25 % de l'allocation, le quinzième jour du mois suivant ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date ;

2° Chacune des dotations suivantes, versées le vingtième jour du mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date :

- la dotation relative à la file active mentionnée au 2° de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;
- la dotation liée aux activités spécifiques mentionnée au 3° du même article ;
- la dotation relative à la structuration de la recherche mentionnée au 5° du même article ;
- la dotation relative aux nouvelles activités mentionnée au 6° du même article ;
- la dotation relative à la qualité du codage mentionnée au 7° du même article ;
- la dotation d'accompagnement à la transformation mentionnée au 8° du même article.

B. – Pour les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les mêmes allocations que celles mentionnées au 1° du I du présent article, dans les conditions prévues à l'article R. 174-22-1 du même code.

C. – Pour le service de santé des armées, un dixième des allocations mensuelles mentionnées au A du III du présent article, le vingt-cinquième jour des mois de janvier à septembre inclus et le 15 octobre ou, si ces jours ne sont pas ouvrés, le dernier jour ouvré précédent, dans les conditions prévues au L. 174-15 du code de la sécurité sociale.

Art. 9. – I. – Pour les établissements *a*, *b* et *c* mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les montants dus au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations d'un mois donné sont versés par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

1° Le 15 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un premier versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 25 % d'un douzième du montant mentionné dernier alinéa du I du présent article ;

2° Le 20 du mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse effectue un second versement au titre du mois considéré. Ce versement est égal à 45 % d'un douzième du montant mentionné au dernier alinéa du I du présent article ;

3° Le 5 du troisième mois suivant le mois considéré ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date, la caisse procède au versement du solde, égal au montant notifié en application des dispositions de l'article 6 diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° du I du présent article. Lorsque le montant de ce solde est négatif, il peut minorer le montant du versement mentionné au 1° réalisé pour le même mois ou le montant des versements effectués en application de l'article 8 pour le même mois ou les mois suivants.

Le montant pris en compte pour la détermination des versements mentionnés aux 1° et 2° du I est égal à la somme du montant des versements effectués à l'établissement au titre de la valorisation des données d'activités mentionnées à l'article 4 lors de l'exercice antérieur, à l'exception de celles mentionnées au 4°, 6° et 7° du I et au III du même article.

II. – Pour le service de santé des armées, le vingt-cinquième jour des mois de janvier à septembre inclus et le 15 octobre ou, si ces jours ne sont pas ouvrés, le dernier jour ouvré précédent, la Caisse nationale militaire de sécurité sociale procède au versement d'un montant composé de l'ensemble des éléments suivants :

1° 70 % d'un douzième du montant mentionné au dernier alinéa du II du présent article ;

2° La différence entre le dernier montant notifié en application des dispositions de l'article 7 au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques et le montant mentionné au 1° ;

3° Une majoration égale à 20 % du douzième du montant mentionné au dernier alinéa du II du présent article ;

4° En janvier, le versement est complété par le solde de la somme des montants notifiés en application des dispositions de l'article 6 au titre de l'activité et de la consommation des spécialités pharmaceutiques des mois d'août et septembre de l'année précédente, diminuée de la somme des majorations mentionnées au 3° du II du présent article et versées l'année précédente.

Le montant mentionné au 1° du II du présent article est égal à la somme des versements effectués au service de santé des armées pour les prestations, les spécialités pharmaceutiques et les produits et prestations mentionnés à l'article 4 du présent arrêté au titre de l'exercice antérieur.

Art. 10. – Le présent arrêté comporte les annexes suivantes :

Annexe I : Modalités de détermination de la part payée par l'assurance maladie selon le cas-prestations relevant du champ MCO ;

Annexe II : Modalités de détermination de la part payée par l'assurance maladie selon le cas-prestations relevant du champ MCO en ce qui concerne les hôpitaux des armées.

Art. 11. – Le directeur central du service de santé des armées, 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 31 décembre 2022.

*Le ministre de la santé
et de la prévention,*
Pour le ministre et par délégation :
*La cheffe de service,
adjointe à la directrice générale
de l'offre de soins,*
C. LAMBERT

*Le ministre de l'économie, des finances
et de la souveraineté industrielle et numérique,*
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
F. VON LENNEP

Le ministre des armées,
Pour le ministre et par délégation :
*Le directeur central adjoint
du service de santé des armées,*
J. MARGERY

ANNEXES

ANNEXE I

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 24 euros	24 euros
Coefficient géographique CG	CG
Coefficient prudentiel CP	CP
Coefficient relatif aux allègements de charges CAC	CAC
Coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux (coefficient Ségur)	CS
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 $M_TM < M_FJH$	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) \times TR - (M_FJ - M_TM)$
-si $M_TM > M_FJH$	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) \times TR$
(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	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - ((FJ \times DS) + FJ)$
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	$M_AMO = GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS$

CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et non exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M_TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M_FJH	$M_FJ = (FJ \times DS) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - ((FJ \times DS) + FJ) - 24$
CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M_TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M_FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - 24$

ANNEXE II

MODALITÉS DE DÉTERMINATION DE LA PART PAYÉE PAR L'ASSURANCE MALADIE SELON LE CAS-
PRESTATIONS RELEVANT DU CHAMP MCO EN CE QUI CONCERNE LES HÔPITAUX DU SERVICE DE
SANTÉ DES ARMÉES

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 24 euros	24 euros
Coefficient géographique CG	CG
Coefficient prudentiel CP	CP
Coefficient relatif aux allègements de charges CAC	CAC

Coefficient relatif aux dispositifs de revalorisation salariale des personnels médicaux et non médicaux (coefficient Ségur)	CS
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 $M_TM < M_FJH$	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) \times TR - (M_FJ - M_TM)$
-si $M_TM > M_FJH$	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) \times TR$
(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	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - ((FJ \times DS) + FJ)$
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	$M_AMO = GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS$

CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et non exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	$M_FJ = (FJ \times DS) + FJ$
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - ((FJ \times DS) + FJ) - 24$
CAS DE PATIENT PRIS EN CHARGE À 100 % soumis au TM de 24 € et exonéré du forfait journalier	
Ticket modérateur forfaitaire M _ TMF	24 euros
Forfait journalier hospitalier M _ FJH	0
Montant payé par l'assurance maladie AMO	$M_AMO = (GHS \times CG \times CP \times CAC \times CS) - 24$