

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 23 juin 2016 relatif à l'organisation, au financement et au versement des ressources des hôpitaux de proximité

NOR : AFSH1618616A

Le ministre des finances et des comptes publics et la ministre des affaires sociales et de la santé,
Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R. 6111-24 à R. 6111-26 ;
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R. 162-42-7-2 et R. 162-42-7-6 ;
Vu la loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, notamment son article 52 ;
Vu le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement ;
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'avis du conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale en date du 10 juin 2016 ;
Vu l'avis du conseil de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 24 mai 2016 ;
Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 1^{er} juin 2016 ;
Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 9 juin 2016,

Arrêtent :

TITRE I^{er}

FIXATION DES SEUILS RELATIFS AUX CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ ET AU CALCUL DE LA DOTATION FORFAITAIRE ANNUELLE GARANTIE

Art. 1^{er}. – I. – Les seuils d'activité et le niveau plafond de densité mentionnés au I de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique sont fixés comme suit :

1° Le seuil mentionné au 1° est fixé à 5 500 séjours. Ce seuil est mesuré sur la base des données d'activité, disponibles au 15 février de l'année civile considérée, suivantes :

a) Pour les établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les données d'activité mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique ;

b) Pour les établissements de santé privés mentionnés au *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les données d'activité transmises à l'État par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en application des dispositions de l'article R. 162-42-2 du même code ;

2° Le niveau plafond de densité visé au *c* du 2° de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique est fixé à 150 personnes au kilomètre carré.

II. – Pour le calcul de la dotation forfaitaire annuelle garantie mentionnée au 1° de l'article R. 162-42-7-2 du code de la sécurité sociale, la fraction mentionnée au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du même code est fixée à 80 %.

TITRE II

MODALITÉS DE VERSEMENT DES RESSOURCES DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ DONT LES DONNÉES D'ACTIVITÉS SONT VALORISÉES

Art. 2. – Pour les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, soumis aux dispositions du I de l'article 33 de loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et figurant sur la liste des hôpitaux de proximité arrêtée en application de l'article R. 6111-25 du code de la santé publique, les frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° du I de l'article

R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale donnent lieu au versement mensuel d'une dotation dénommée « dotation hôpitaux de proximité » (HPR).

Le montant de cette dotation est arrêté, dans les conditions prévues à l'article 3, en tenant compte des éléments suivants :

1° Le montant cumulé de l'activité de l'établissement, pour le mois considéré et le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours, valorisée dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, au titre :

- des forfaits groupes homogènes de séjours (GHS) et de leurs éventuels suppléments ;
- des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et des produits et prestations mentionnés au même article ;

2° Le montant cumulé des douzièmes de la dotation forfaitaire garantie, notifiée à l'établissement en application du II de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, pour le mois considéré et le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours ;

3° Le montant cumulé des montants de dotation HPR versés à l'établissement le ou les mois précédents au titre de l'exercice en cours.

Art. 3. – En application de l'article R. 162-42-7-4 du code de la sécurité sociale, pour les établissements mentionnés à l'article 2, la dotation HPR est calculée, chaque mois, par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans les conditions suivantes :

1° Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 est inférieur au montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° du même article :

Montant dû par l'assurance maladie au titre de la dotation HPR = montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° de l'article 2 – montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents mentionné au 3° du même article ;

2° Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 est supérieur au montant cumulé des douzièmes de dotation forfaitaire garantie mentionné au 2° du même article :

Montant dû par l'assurance maladie au titre de la dotation HPR = montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 – montant cumulé des montants de dotation HPR versés au titre du ou des mois précédents mentionné au 3° du même article.

Art. 4. – I. – Dans un délai de quinze jours suivant la réception des données d'activité transmises, par l'établissement de santé, dans les conditions définies à l'article 2 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant des ressources versées à chaque établissement mentionné à l'article 2 du présent arrêté. Ce montant est notifié sans délai à l'établissement ainsi qu'à la caisse chargée des versements mentionnée à l'article R. 174-2 du code de la sécurité sociale.

II. – Cet arrêté mensuel distingue les éléments suivants :

1° Le montant de la dotation hôpitaux de proximité (HPR), tel que déterminé en application de l'article 3 ;

2° Les montants dus au titre :

- a) Des forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- b) Des forfaits de petit matériel (FFM) ;
- c) Des forfaits d'interruptions volontaires de grossesse ;
- d) Des actes, y compris les forfaits techniques, et les consultations externes à l'exception de ceux mentionnés au g ;
- e) Des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
- f) Des forfaits « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE) ;
- g) Des consultations ou actes associés aux forfaits mentionnés aux a, b, e et f ;
- h) Des forfaits dialyse (D) ;

3° Le montant dû au titre des forfaits groupes homogènes de tarifs (GHT) ;

4° Le montant dû au titre des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, facturables en sus des prestations mentionnées au f et au h du 2° du II ainsi qu'au 3° du II ;

5° 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 ;

6° 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 ;

7° Le montant de la part des dépenses de soins mentionnée au II de l'article L. 381-30-5 du code de la sécurité sociale relatif aux modalités de prise en charge, pour les personnes écrouées, de la participation mentionnée au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et du forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du même code.

III. – Les données afférentes aux éléments mentionnés aux 2° à 7° du II sont valorisées et versées dans les conditions définies à l'article 4 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé.

IV. – Cet arrêté distingue, le cas échéant, pour chacune des prestations mentionnées au II du présent article, le montant dû par l'assurance maladie au titre du mois considéré des montants dus au titre de l'exercice précédent, dans les conditions définies à l'article 3 de l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié susvisé pour les prestations visées aux 2 à 6 du II du même article, et dans les conditions définies à l'article 6 du présent arrêté pour la prestation visée au 1 du II du même article.

V. – Les montants fixés en application des 1° à 3° de l'article 2 sont mentionnés dans un document annexé à l'arrêté mentionné au I du présent article.

Art. 5. – I. – Le montant mentionné au I de l'article 4, dû au titre d'un mois donné, est versé par la caisse mentionnée à l'article R. 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 au II 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 II 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 du I de l'article 4 diminué du montant des versements mentionnés aux 1° et 2° du présent article.

II. – 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, lors de l'exercice précédent, correspondant aux prestations mentionnées aux 1° à 4° du II de l'article 4 du présent arrêté.

Art. 6. – I. – Les établissements mentionnés à l'article 2 transmettent chaque mois, dans le respect du délai défini à l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, les données d'activité entrant dans le champ de la dotation HPR de l'exercice précédent n'ayant pas encore été transmises ou faisant l'objet de corrections.

II. – Lorsque le montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 de l'exercice précédent, majoré par le montant cumulé des données mentionnées au I du présent article est supérieur à celui de la dotation forfaitaire garantie du même exercice, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête, dans les conditions prévues à l'article 4, une somme déterminée comme suit :

Montant dû par l'assurance maladie = (montant cumulé d'activité mentionné au 1° de l'article 2 au titre de l'exercice précédent + montant cumulé associé aux données transmises en application du I du présent article) – (montant cumulé des dotations HPR versées au titre de l'exercice précédent).

Art. 7. – Par dérogation à l'article 4, l'année de leur inscription sur la liste des hôpitaux de proximité arrêtée en application de l'article R. 6111-25 du code de la santé publique, l'activité de ces établissements réalisée au titre de cette année et qui était financée avant cette inscription dans les conditions définies à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale demeure valorisée et versée selon ces mêmes conditions jusqu'au mois précédant le versement du premier montant HPR notifié.

Le premier montant HPR notifié correspond au montant cumulé des dotations HPR qui auraient dû être versées à l'établissement au titre des mois mentionnés au premier alinéa du présent article, auquel s'ajoute le montant HPR du mois considéré. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant celui au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Les sommes versées en application du premier alinéa du présent article font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes : la caisse déduit le montant des sommes versées en application du premier alinéa, à l'exception des avances versées les 15 et 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR, sur le versement de ce premier montant HPR.

Le deuxième montant HPR notifié à l'établissement est versé par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes : la caisse déduit de ce montant HPR les avances versées les 15 et 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR.

TITRE III

MODALITÉS DE VERSEMENT DES RESSOURCES DES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ EN FACTURATION DIRECTE

Art. 8. – Pour les établissements de santé soumis aux dispositions de l'article R. 174-2-1 ou R. 174-18 pour ce qui concerne leurs prestations d'hospitalisation et suivants du code de la sécurité sociale et figurant sur la liste des hôpitaux de proximité, les prestations d'hospitalisation entrant dans le champ des prestations mentionnées au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale sont versées selon les modalités prévues aux articles R. 174-2-1 ou R. 174-18 du même code.

Pour chaque établissement visé au premier alinéa, lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate, au plus tard le 15 février de l'année suivant l'année considérée, que le montant versé par l'assurance maladie afférant à des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° du I de l'article R. 162-42-7-3 du code de la sécurité sociale, et liquidé au cours de l'exercice précédent, est inférieur au montant de la dotation forfaitaire garantie arrêtée dans les conditions prévues au II de l'article R. 162-42-7-3, la dotation complémentaire, HPC, correspondant à l'écart entre ces deux montants est versée en une seule fois par la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

A la même date, le directeur général de l'agence régionale de santé arrête le montant de cette dotation complémentaire et le notifie sans délai à l'établissement de santé concerné et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

TITRE IV

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

Art. 9. – I. – Pour l'année 2016, jusqu'au mois précédant le versement du premier montant HPR, les hôpitaux de proximité relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, bénéficient chaque mois du versement, à titre transitoire, d'une somme égale à un douzième de la part des frais d'hospitalisation correspondant aux activités de médecine ayant été incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement de l'année précédente, en application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 susvisé.

II. – Pour l'année 2016, le premier montant HPR notifié à l'établissement correspond à un montant cumulé couvrant l'activité réalisée par l'établissement au titre du mois de janvier et des mois suivants pour lesquels les données d'activité sont disponibles et valorisées. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant celui au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le deuxième montant HPR notifié à l'établissement fait l'objet d'un versement unique dans les mêmes conditions que celles mentionnées à l'alinéa précédent.

III. – Les sommes versées du 20 janvier 2016 au 20 du mois précédant le versement du premier montant HPR, en application du I du présent article, font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

- 1° La caisse déduit 58 % du montant total de ces sommes sur le versement du premier montant HPR notifié ;
- 2° La caisse déduit 14 % du montant total de ces sommes sur le versement du deuxième montant HPR notifié ;
- 3° La caisse déduit le montant correspondant à 28 % de ces sommes par fraction égale sur le versement du solde HPR de chaque mois compris entre le mois suivant celui au cours duquel le deuxième montant HPR est versé et le mois de mars 2017.

Pour l'année 2016, l'arrêté notifiant le premier montant HPR mentionne le montant des sommes versées en application du I du présent article et devant faire l'objet d'une reprise par la caisse.

IV. – Pour l'année 2016, par exception au II de l'article 5, pour les hôpitaux de proximité relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, le montant pris en compte pour la détermination des versements mentionnés aux 1° et 2° du I de l'article 5 est égal à la somme afférente à la part des frais d'hospitalisation correspondant aux activités de médecine ayant été incluse dans la dotation annuelle de financement de l'établissement de l'année précédente, en application de l'article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 susvisé.

V. – Les ressources des établissements de santé ne figurant pas sur la liste des hôpitaux de proximité et relevant avant la publication de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 des règles applicables aux hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la publication de la même loi, sont versées dans les conditions prévues par l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé. Toutefois, pour l'année 2016 et jusqu'au mois précédant le versement du montant mentionné au deuxième alinéa, ces établissements bénéficient chaque mois du versement, à titre transitoire, de la somme mentionnée au I.

Le directeur général de l'agence régionale de santé arrête un montant équivalent au montant cumulé des sommes qui auraient dû être versées à l'établissement au titre des mois mentionnés au premier alinéa du V, pour les mois pour lesquels les données d'activités sont disponibles et valorisables, dans les conditions définies à l'arrêté du 23 janvier 2008. Ce montant est versé en une seule fois le 5 du mois suivant le mois au cours duquel il est notifié ou, si ce jour n'est pas ouvré, le dernier jour ouvré précédant cette date.

Le deuxième montant arrêté en application de l'arrêté du 23 janvier 2008 susvisé est versé dans les mêmes conditions.

Les sommes versées du 20 janvier 2016 au 20 du mois précédant le versement mentionné au deuxième alinéa du présent V, en application du premier alinéa du présent V, font l'objet d'une régularisation par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans les conditions suivantes :

- 1° La caisse déduit 58 % du montant total de ces sommes sur le versement du montant mentionné au deuxième alinéa du V ;
- 2° La caisse déduit 14 % du montant total de ces sommes sur le versement du montant mentionné au troisième alinéa du V ;
- 3° La caisse déduit le montant correspondant à 28 % de ces sommes par fraction égale sur le versement du solde mentionné au 3° du I de l'article 8 de l'arrêté du 23 janvier 2008 de chaque mois compris entre le mois suivant celui au cours duquel le montant mentionné au troisième alinéa est versé et le mois de mars 2017.

Art. 10. – 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 23 juin 2016.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*
Pour la ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*Le ministre des finances
et des comptes publics,*
Pour le ministre et par délégation :
*La directrice générale
de l'offre de soins,*
A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ