



Ministère des affaires sociales et de la santé

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

Personne chargée du dossier : Romain LE COZANNET

tél. : 01 40 56 61 31  
mél. : [romain.lecozannet@sante.gouv.fr](mailto:romain.lecozannet@sante.gouv.fr)

Direction de la Sécurité  
Sociale  
Sous-direction de l'accès  
aux soins, des  
prestations familiales et  
des accidents du travail  
Bureau couverture  
maladie universelle et  
prestations de santé

Personne chargée du dossier : Chloé RAVOUNA

tél. : 01 40 56 75 18  
mél. : [chloe.ravouna@sante.gouv.fr](mailto:chloe.ravouna@sante.gouv.fr)

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

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

**INSTRUCTION N° DSS/2A/DGOS/R1/2016/370** du 1er décembre 2016 relative à la réforme  
du circuit de facturation des soins psychiatriques dispensés aux personnes écrouées

Date d'application : immédiate  
NOR : AFSS1635380J  
Classement thématique :

**Validée par le CNP le 16 décembre 2016 - Visa CNP 2016 - 199**

**Publiée au BO : Oui**

**Déposée sur le site [circulaire.legifrance.gouv.fr](http://circulaire.legifrance.gouv.fr) : Oui**

<b>Catégorie</b> : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
<b>Résumé</b> : Cette instruction définit les modalités de facturation des soins psychiatriques réalisés par les établissements de santé au bénéfice des personnes écrouées, qu'elles soient incarcérées ou en aménagement de peine, en application de l'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015. Elle remplace l'instruction provisoire adressée le 31 décembre 2015 demandant aux établissements de santé psychiatriques de bien vouloir retenir leurs factures relatives aux soins dispensés aux personnes écrouées, pour tous les séjours des patients sortis à compter du 1er janvier 2016 et aux actes et consultations externes réalisés à compter du 1er janvier 2016.
<b>Mots-clés</b> : soins psychiatriques – facturation – personnes écrouées
<b>Textes de référence</b> : - LOI n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013 notamment son article 64 ; - LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015 notamment son article 46 ; - Le code de la sécurité sociale notamment ses articles L.381-30-1 et L.381-30-5.
<b>Instructions abrogées</b> :
<b>Instructions modifiées</b> :
<b>Annexes</b> :
<b>Diffusion</b> : établissements de santé psychiatriques

En vertu de l'article L.381-30-5 du code de la sécurité sociale, les soins dispensés aux personnes écrouées, affiliées au régime général en application de l'article L.381-30 du code de la sécurité sociale, sont pris en charge par l'assurance maladie pour la part obligatoire et par l'Etat pour la part restant à charge de l'assuré.

L'article 46 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 a entraîné une refonte des circuits de facturation des soins dispensés en établissements de santé au 1<sup>er</sup> janvier 2016 : les caisses d'assurance maladie assurent désormais l'avance des frais de santé des personnes écrouées tant pour la part obligatoire que complémentaire. La Direction de l'Administration Pénitentiaire (DAP) rembourse ensuite la CNAMTS des sommes qui lui incombent, dans le cadre d'une facturation annuelle.

Les personnes écrouées bénéficient ainsi d'un tiers payant intégral sur l'ensemble des soins qui leur sont dispensés.

L'objet de la présente instruction est de définir les modalités de facturation des soins dispensés en psychiatrie.

Elle fait suite à l'instruction provisoire adressée le 31 décembre 2015 demandant aux établissements de santé psychiatriques de bien vouloir retenir leurs factures relatives aux soins dispensés aux personnes écrouées (incarcérées ou en aménagement de peine), pour tous les séjours des patients sortis à compter du 1er janvier 2016 et aux actes et consultations externes réalisés à compter du 1er janvier 2016.

## **1. Périmètre du dispositif d'exonération de reste à charge et de tiers payant intégral**

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.

**La présente instruction vise l'ensemble de l'activité psychiatrique des établissements de santé.**

## **2. Modalités de la dispense d'avance de frais**

Le tiers payant intégral dont bénéficient désormais les patients écroués repose sur l'application d'un régime exonérant spécifique. Pour ce faire, la carte Vitale, l'attestation de droit et l'outil de consultation des droits réels (CDR) ont évolué afin de permettre aux professionnels de santé d'appliquer cette avance de frais.

Sur l'attestation de droits ainsi que l'outil CDR, le libellé suivant est désormais 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, pour toute mise à jour depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, les informations suivantes :

- 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.

## **3. Modalités de facturation en psychiatrie**

Les modalités de facturation du reste à charge sont distinguées ci-après selon le type de soins dispensé (séjour ou acte et consultation externe). Dans tous les cas, celui-ci ne doit plus donner lieu à émission par l'établissement d'une facture à l'administration pénitentiaire.

### **3.1. La facturation des séjours d'hospitalisation en psychiatrie**

#### **a) Valorisation**

La part obligatoire des séjours continue d'être financée via la dotation annuelle de financement (s'agissant des établissements mentionnées aux a, b, c de l'article L.162-22-6 du CSS) ou à travers les prix de journée (s'agissant des établissements mentionnées aux d et e de l'article L.162-22-6 du CSS).

La part complémentaire des soins, comprenant le ticket modérateur et le forfait journalier, fait désormais l'objet d'une avance par l'assurance maladie selon le circuit décrit ci-après.

La détermination du reste à charge correspondant aux séjours en psychiatrie des personnes écrouées est effectuée trimestriellement par l'ATIH, sur la base des données PMSI

transmises pour le trimestre écoulé en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

A cet effet, les établissements renseignent impérativement dans le fichier VIDHOSP le code gestion renseigné à la valeur « 65 » (cf. supra), permettant l'identification par l'ATIH des séjours des personnes écrouées.

Le calcul de la part complémentaire est réalisé sur la base du TJP de l'établissement, dans les conditions de droit commun.

Si cette donnée n'est pas fournie, l'ATIH détermine un reste à charge moyen fondé sur une extrapolation statistique.

Remarque : le séjour des patients en ALD étant intégralement pris en charge à travers la DAF ou le prix de journée, il ne peut y avoir de double financement du reste à charge associé à ces patients. Dans la mesure où les données sur lesquelles s'appuie le calcul du reste à charge ne permettent pas de distinguer les séjours des personnes exonérées au titre d'une ALD des autres séjours, une estimation des séjours des personnes écrouées en ALD est ainsi effectuée par l'ATIH et retranchée au montant du reste à charge à verser.

### **b) Facturation**

L'ATIH met à disposition de chaque établissement de santé, pour chaque trimestre, un tableau MAPsy détaillant le montant correspondant au reste à charge des séjours des personnes écrouées pour le trimestre écoulé.

L'établissement de santé adresse sur cette base une facture à sa caisse d'assurance maladie de rattachement.

Remarque : Contrairement à la solution prescrite pour les séjours relevant d'une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique<sup>1</sup>, aucun arrêté de versement n'est ici produit par le Directeur général de l'agence régional de santé.

### **c) Versement**

La caisse d'assurance maladie de rattachement de l'établissement de santé verse le montant facturé au comptable de l'établissement.

Les établissements doivent imputer ce montant dû au titre du reste à charge des patients écroués au sein du compte 7358 (« produits à la charge de l'Etat – Autres »).

### **d) Modalités particulières pour l'année 2016**

A titre exceptionnel, la détermination du montant du reste à charge correspondant aux séjours en psychiatrie des personnes écrouées clôturés entre le 1<sup>er</sup> janvier et le 31 décembre 2016 est effectuée par l'ATIH sur la base des données cumulées d'activité de janvier à fin décembre 2016 (M1-M12).

A cette fin, les établissements veillent à transmettre leurs données d'activité de décembre 2016 pour la fin janvier 2017. Il est demandé aux agences régionales de santé de procéder dans les meilleurs délais à la validation de ces données d'activité afin de permettre la détermination par l'ATIH du montant à verser avant la fin février 2017.

---

<sup>1</sup> **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

Ce montant est versé en une fois par la caisse.

Par ailleurs, contrairement à la solution cible où seront identifiés le nombre de séjours pour lesquelles le code gestion aura été renseigné à la valeur « 65 », en 2016, ces séjours seront identifiés par l'ATIH à travers un faisceau d'indice plus large. Le but est de ne pas contraindre les établissements à procéder à une actualisation des VIDHOSP pour les séjours des patients détenus clôturés depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

### **3.2. La facturation des actes et consultations externes réalisés dans les établissements financés sous dotation annuelle de financement**

La part obligatoire des actes et consultations externes continue d'être financée via la dotation annuelle de financement (s'agissant des établissements mentionnées aux a, b, c de l'article L.162-22-6 du CSS).

Les modalités de facturation du reste à charge relatif aux actes et consultations externes des patients écroués prennent la forme d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie.

L'établissement adresse à sa caisse d'assurance maladie de rattachement un avis de sommes à payer trimestriel sur support papier, mentionnant les informations suivantes :

- Nom
- Prénom
- Numéro d'immatriculation ou numéro provisoire
- Date de naissance
- Rang de naissance
- Petit régime (renseigné à 656, 652, 657 ou 658)
- 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).

La caisse effectue auprès de l'établissement de santé un règlement global de l'ensemble des sommes dues sur le trimestre écoulé. Elle adresse également à la trésorerie de l'établissement un document détaillant ce versement.

Remarque : les actes et consultations externes des patients en ALD étant intégralement pris en charge à travers la DAF, il ne peut y avoir de double financement du reste à charge associé à ces patients. Dans la mesure où les outils de consultation des droits ne permettent plus de distinguer les personnes exonérées au titre d'une ALD des autres patients, une estimation des actes et consultations externes des personnes écrouées en ALD, basée sur les calculs effectués par l'ATIH sur les séjours, est retranchée par la caisse au montant du reste à charge à verser.

Pour l'année 2016, à titre exceptionnel, l'établissement adresse à la caisse un avis de somme à payer unique couvrant l'ensemble des actes et consultations externes réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, détaillé par patient.

Pour la ministre et par délégation,

*Signé*

K.JULIENNE

Cheffe de service  
Direction générale  
de l'offre de soins

*Signé*

F.GODINEAU

Chef de service  
Direction de la  
sécurité sociale

*Signé*

P.RICORDEAU

Secrétaire Général  
des ministères chargés  
des affaires sociales