

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code

NOR : AFSH1605919A

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 D. 6124-301-1 et D. 6124-463 et suivants ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles R. 162-31 à R. 162-31-2 ;

Vu l'arrêté du 29 juin 2006 modifié 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 30 juin 2011 modifié 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 la recommandation du conseil de l'hospitalisation n° 2016-02 en date du 29 janvier 2016 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 25 février 2016 ;

Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 12 février 2016 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 12 février 2016,

Arrêtent :

#### CHAPITRE 1<sup>er</sup>

#### Les forfaits relatifs aux prestations d'hospitalisation avec hébergement prévues au 1<sup>o</sup> de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale

Art. 1<sup>er</sup>. – La catégorie de prestations d'hospitalisation avec hébergement visée au 1<sup>o</sup> de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1<sup>o</sup> Un prix de journée dénommé PJ. Il est facturé dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure.

Le montant du prix de journée fixé dans le cadre de l'avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens inclut le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Ce forfait est facturé dans les mêmes conditions que le prix de journée, à l'exception du jour de la sortie du patient, où le forfait journalier donne lieu à facturation.

2<sup>o</sup> Un forfait de surveillance médicale dénommé SSM. Il est facturé dès que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure, dans les établissements de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, en l'absence de facturation des honoraires de surveillance médicale, tels que prévus par la nomenclature des actes professionnels.

3<sup>o</sup> Un forfait d'entrée dénommé ENT. Il est facturé pour chaque séjour d'une durée supérieure à 24 heures.

En cas de transfert provisoire vers un autre établissement pour une durée inférieure à deux jours, le retour du patient ne donne pas lieu à facturation d'un nouveau forfait d'entrée.

4<sup>o</sup> Un forfait de prestations dénommé PMS. Il est facturé pour chaque semaine calendaire au cours de laquelle un séjour d'une durée supérieure à 24 heures a eu lieu, dès lors que la production et la transmission des informations définies à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique sont mises en œuvre par l'établissement.

5° Un supplément au prix de journée visé au 1° du présent article, dénommé SHO, pour mise à disposition du patient, sur prescription médicale imposant l'isolement, d'une chambre particulière. Il est facturé dès lors que le patient est présent plus de 24 heures, puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure.

Le supplément ne donne lieu à prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale que pour la durée d'isolement fixée par la prescription médicale.

Art. 2. – 1° Tout transfert d'une durée supérieure à deux jours est considéré comme dénitif.

En cas de transfert dénitif, lorsque le patient est transféré vers un autre établissement ou au sein du même établissement, dans une unité médicale, telle que définie aux annexes des arrêtés du 29 juin 2006 et du 30 juin 2011 susvisés, seules les prestations réalisées au sein de l'établissement ou de l'unité médicale dans laquelle le patient est transféré sont facturées le jour du transfert.

2° Lorsqu'un patient hospitalisé en établissement de santé est pris en charge, pour une durée inférieure à deux jours, dans un autre établissement relevant du même champ d'activité au sens des articles R. 162-29 à R. 162-29-3 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire, sont facturées par l'établissement d'origine. Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine.

3° Lorsqu'au cours d'un séjour le patient est transféré pour une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement, ou au sein du même établissement dans une unité médicale telle que définie aux annexes des arrêtés du 29 juin 2006 et du 30 juin 2011 susvisés, ne relevant pas du même champ d'activité au sens des articles R. 162-29 à R. 162-29-3 du code de la sécurité sociale, les prestations réalisées au cours du transfert sont facturées aux régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement d'accueil indépendamment de la facturation des prestations réalisées au cours du reste du séjour par l'établissement d'origine, qui interrompt toute facturation liée au séjour durant la période du transfert.

Lorsque ce transfert comporte une nuitée dans l'établissement dans lequel le patient a été transféré, l'établissement d'origine ne facture, le jour du transfert, ni les forfaits prévus à l'article 1<sup>er</sup>, ni le forfait journalier. Le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit.

## CHAPITRE 2

### Les forfaits relatifs aux prestations d'hospitalisation sans hébergement prévus au 1° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale

Art. 3. – La catégorie de prestations d'hospitalisation sans hébergement visée au 1° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° En structure de soins alternative à l'hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation, un forfait de séance de soins dénommé SNS ou FS dans les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susvisée. Il est facturé pour chaque séance.

2° Dans le cadre d'une prise en charge de jour en structure de soins alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie, 8 forfaits d'accueil et de soins. Un forfait est facturé lorsque, dans le cadre d'un programme thérapeutique, le patient est pris en charge dans l'une des séances suivantes :

a) Une séance, correspondant à une prise en charge collective, d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et impliquant la participation d'un seul intervenant à la fois tout au long de la séance donne lieu à facturation d'un PY0 ;

b) Une séance, correspondant à une prise en charge individuelle, d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et impliquant la participation d'un seul intervenant à la fois tout au long de la séance donne lieu à facturation d'un PY1 ;

c) Une séance, correspondant à une prise en charge collective, d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et impliquant la participation de deux intervenants au moins de manière simultanée, à l'exception des phases d'accueil et de coordination, tout au long de la séance donne lieu à facturation d'un PY2 ;

d) Une séance, correspondant à une prise en charge individuelle, d'une durée comprise entre 3 et 4 heures et impliquant la participation de deux intervenants au moins de manière simultanée, à l'exception des phases d'accueil et de coordination, tout au long du programme donne lieu à facturation d'un PY3 ;

e) Une séance, correspondant à une prise en charge collective, d'une durée comprise entre 6 et 8 heures et impliquant la participation d'un seul intervenant à la fois tout au long de la séance donne lieu à facturation d'un PY4 ;

f) Une séance, correspondant à une prise en charge individuelle, d'une durée comprise entre 6 et 8 heures et impliquant la participation d'un seul intervenant à la fois tout au long de la séance donne lieu à facturation d'un PY5 ;

g) Une séance, correspondant à une prise en charge collective, d'une durée comprise entre 6 et 8 heures et impliquant la participation de deux intervenants au moins de manière simultanée tout au long de la séance, à l'exception des phases d'accueil et de coordination, donne lieu à facturation d'un PY6 ;

h) Une séance, correspondant à une prise en charge individuelle, d'une durée comprise entre 6 et 8 heures et impliquant la participation de deux intervenants au moins de manière simultanée tout au long de la séance, à l'exception des phases d'accueil et de coordination, donne lieu à facturation d'un PY7.

Lors de ces séances, un des intervenants doit être un professionnel paramédical ou un psychologue. Peuvent également être considérés comme intervenants les praticiens et les masseurs-kinésithérapeutes, en l'absence de facturation à l'acte en application des dispositions de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale au titre de leur intervention dans ces séances.

Lorsque plusieurs séances sont réalisées au cours d'une même journée, seul le forfait PY0 ou PY2 peut se cumuler avec le forfait PY1 ou PY3. Dans les autres cas, seul le forfait dont le tarif est le plus élevé est facturé.

3° Dans le cadre d'une prise en charge de nuit en structure de soins alternative à l'hospitalisation complète en psychiatrie, un forfait d'accueil et de suivi du patient dénommé PY9. Il est facturé dès lors que le patient est pris en charge la nuit pour une durée comprise entre 8 et 12 heures.

4° Un forfait de prestations dénommé PMS. Il est facturé pour chaque semaine calendaire au cours de laquelle une ou plusieurs séances de soins ont eu lieu, dès lors que la production et la transmission des informations déclinées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique sont mises en œuvre par l'établissement.

Art. 4. – Lorsque le patient est transféré d'une structure alternative à l'hospitalisation prévue à l'article précédent dans un établissement ou un service d'hospitalisation à temps complet, le jour du transfert dans la structure alternative ne donne lieu à facturation d'aucun forfait.

### CHAPITRE 3

#### Le forfait relatif à la fourniture et l'administration de médicaments prévu au 2° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale

Art. 5. – La catégorie de prestations d'hospitalisation visée au 2° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par le forfait suivant :

Un forfait de médicaments dénommé PHJ. Il est facturé dans les mêmes conditions que le prix de journée prévu au 1° de l'article 1<sup>er</sup>.

### CHAPITRE 4

#### Le forfait relatif à l'utilisation d'une salle de sismothérapie prévu au 3° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale

Art. 6. – La catégorie de prestations d'hospitalisation visée au 3° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par le forfait suivant :

Un forfait afférent aux frais de sécurité dénommé FSY en hospitalisation avec hébergement ou PY8 en hospitalisation sans hébergement. Il est facturé dès lors qu'un acte d'anesthésie est réalisé à l'occasion d'une sismothérapie.

### CHAPITRE 5

#### Le forfait relatif au transport de sang prévu au 4° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale

Art. 7. – La catégorie de prestations d'hospitalisation visée au 4° de l'article R. 162-31 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par le forfait suivant :

Un forfait de transport de produits sanguins labiles dénommé TSG. Il est facturé dès lors que l'établissement de santé assure le transport de ces produits. Dans ce cas, le transport ne fait pas l'objet d'une facturation par l'établissement de transfusion sanguine. Le forfait est calculé en multipliant le nombre de poches utilisées par le tarif applicable en fonction de la distance séparant l'établissement de santé de l'établissement de transfusion sanguine. Ce tarif varie suivant que l'établissement de santé est situé à moins de 5 kilomètres de l'établissement de transfusion sanguine, entre 5 et 15 kilomètres ou à 15 kilomètres et au-delà.

### CHAPITRE 6

#### Les frais faisant l'objet d'une facturation distincte en application du e et du f de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale

Art. 8. – I. – En application des dispositions du e de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale en sus des forfaits prévus à l'article R. 162-31 du même code les frais afférents à la fourniture des produits suivants :

- 1° Les orthoprothèses ;
- 2° Les appareils divers de correction orthopédique et matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate ;
- 3° Les prothèses oculaires et faciales ;
- 4° Les véhicules pour handicapés physiques (véhicules personnalisés).

II. – Pour obtenir le remboursement des frais afférents à la fourniture des produits mentionnés au I, l'établissement de santé transmet à la caisse gestionnaire mentionnée à l'article R. 174-18 du code de la sécurité sociale, outre le bordereau de facturation, les documents suivants :

- a) La prescription médicale ;
- b) L'étiquette détachable portant le code-barres, le code numérique et le libellé du produit ou l'édition directe de ces informations sur la facture du produit ;
- c) La copie de la facture du fournisseur.

III. – Les produits mentionnés au I sont pris en charge par les organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale.

Art. 9. – I. – En application des dispositions du f de l'article R. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale en sus des forfaits prévus à l'article R. 162-31 du même code les frais afférents à la dispensation des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation et survenue au cours de celle-ci, ou nécessaires au traitement d'une pathologie préexistante faisant déjà l'objet d'une prise en charge médicale.

II. – Pour obtenir le remboursement des frais afférents à la dispensation des médicaments mentionnés au I, l'établissement de santé transmet à la caisse gestionnaire mentionnée à l'article R. 174-18 du code de la sécurité sociale, outre le bordereau de facturation, les documents suivants :

- a) La prescription médicale ;
- b) La copie de la facture du fournisseur sur laquelle doit figurer le prix d'achat toutes taxes comprises du médicament.

III. – Les médicaments mentionnés au I sont pris en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale dans la limite de leur prix d'achat toutes taxes comprises par l'établissement de santé.

Art. 10. – L'arrêté du 31 janvier 2005 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code est abrogé.

Art. 11. – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> mars 2016.

Art. 12. – Le directeur général 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 25 février 2016.

La ministre des affaires sociales  
et de la santé,  
Pour la ministre et par délégation :  
Le directeur général  
de l'offre de soins,  
J. DEBEAUPUIS

Le ministre des finances  
et des comptes publics,  
Pour le ministre et par délégation :  
Par empêchement du directeur  
de la sécurité sociale :  
Le chef de service,  
adjoint au directeur  
de la sécurité sociale,  
F. GODINEAU