

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS, DE LA SANTÉ ET DE LA FAMILLE

**Arrêté du 31 janvier 2005 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 : SANH0520335A

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de la santé publique ;

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

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et notamment son article 24 ;

Vu le décret n° 2005-65 du 28 janvier 2005 pris en application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale et modifiant le code de la sécurité sociale ;

Vu la recommandation du conseil de l'hospitalisation en date du 21 décembre 2004 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 6 janvier 2005 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 11 janvier 2005,

Arrête :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – La catégorie de prestations d'hospitalisation avec 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° 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.

Lorsque le patient est transféré au sein d'un établissement, d'une discipline d'hospitalisation à l'autre, seul le prix de journée de la discipline dans laquelle le patient est transféré est facturé le jour du transfert.

En cas de transfert définitif vers un autre établissement, aucun prix de journée n'est facturé le jour du transfert par l'établissement d'origine.

Tout transfert d'une durée supérieure à 48 heures est considéré comme définitif.

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° 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 repos, convalescence ou régime et dans les établissements de psychiatrie, en l'absence de facturation des honoraires de surveillance médicale, tels que prévus par la nomenclature des actes professionnels.

3° 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 48 heures, le retour du patient ne donne pas lieu à facturation d'un nouveau forfait d'entrée.

4° 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. – I. –** 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 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 définies à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique sont mises en œuvre par l'établissement.

II. – Lorsque le patient est transféré d'une structure alternative à l'hospitalisation du I dans un établissement ou un service d'hospitalisation à temps complet, son séjour dans la structure alternative ne donne lieu à facturation d'aucun forfait.

**Art. 3. –** 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 conditions prévues au 1° de l'article 1<sup>er</sup>.

**Art. 4. –** 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.

**Art. 5.** – 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.

**Art. 6.** – 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. 7.** – 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. 8.** – Les dispositions du présent arrêté s’appliquent à compter du 1<sup>er</sup> mars 2005.

**Art. 9.** – Le directeur de la sécurité sociale et le directeur de l’hospitalisation et de l’organisation des soins au ministère des solidarités, de la santé et de la famille 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 à Paris, le 31 janvier 2005.

PHILIPPE DOUSTE-BLAZY