



MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

**DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS**

Sous-Direction des affaires financières

DHOS/F1/F3/F4/MT2A/n°

Personnes chargées du dossier :

Joëlle DUBOIS

Adeline TOWNSEND

Monique THOREL

Michèle BRAMI

Téléphone : 01 40 56 76 09

Paris, le 12 avril 2007

Réf : N° 00356

**La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins
à
Mesdames et Messieurs les directeurs
d'agence régionale de l'hospitalisation

pour diffusion aux établissements
de santé concernés**

Objet : mise en œuvre de la campagne tarifaire T2A 2007 dans les établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale – facturation des forfaits d'environnement

Une nouvelle catégorie de prestations d'hospitalisation a été introduite à l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale par le décret n° 2007-264 du 27 février 2007. Elle concerne « *les soins non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé, représentatifs de la mise à disposition de l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier* ».

L'arrêté¹ du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pris en application de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale a créé trois nouveaux forfaits issus de cette nouvelle catégorie dénommés « sécurité et environnement hospitalier » (SE) :

- forfait SE1 dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 et nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- forfait SE 2 facturé dès lors qu'un acte sans anesthésie générale ou locorégionale, inscrit sur la liste 2 et nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- forfait SE 3 facturé dès lors qu'un acte inscrit sur la liste 3 et nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier, est délivré au patient.

L'annexe 9 de cet arrêté fixe les 3 listes d'actes susceptibles de donner lieu à facturation d'un forfait SE.

¹ Arrêté du 27 février 2007 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Ces dispositions réglementaires sont applicables depuis le 1^{er} mars 2007.

Corrélativement, les GHS 9600 et 9601 créés en septembre dernier (cf. l'arrêté du 25 août 2006) pour rémunérer les établissements de la mobilisation de moyens générée par le recours à leur secteur opératoire à l'occasion de la réalisation d'actes dans des conditions dérogatoires à celles autorisant la facturation d'un GHS de moins d'une journée d'hospitalisation sont supprimés.

1°/ Précisions sur les conditions dans lesquelles ces forfaits peuvent être facturés

L'article R.162-32 du code de la sécurité sociale subordonne la facturation des forfaits SE à la réalisation de deux conditions :

- l'utilisation du secteur opératoire ou la mise en observation du patient
- la réalisation de certains actes

1-1 L'utilisation du secteur opératoire

Ainsi que le précise la circulaire N°DHOS/F1/F2/F3/2006/412 du 20 septembre 2006², le « secteur opératoire » permet de garantir la qualité des conditions de réalisation des actes techniques médicaux et chirurgicaux qui y sont pratiqués. Il doit être conforme aux caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques définies par l'arrêté du 7 janvier 1993.

Le recours à un secteur opératoire doit être un recours reconnu par les professionnels de santé comme étant la pratique habituelle, et non le fait de pratiques individuelles ou répondant à une organisation hospitalière particulière. »

La référence à l'arrêté du 7 janvier 1993 a pour seule fonction d'identifier les caractéristiques organisationnelles, fonctionnelles et techniques que doivent respecter les structures identifiées de secteur opératoire dans lesquelles sont réalisés des actes ouvrant droit à facturation d'un forfait SE1 ou SE2.

Le financement de ces pratiques répond à la nécessité de financer les établissements pour le recours à leur plateau technique, dans la mesure où la réalisation de certains actes dans le respect des caractéristiques définies dans l'arrêté de 1993 suppose une mobilisation de ressources non prises en compte dans le tarif de l'acte fixé par la CCAM. Ainsi, et bien que l'intitulé complet de cet arrêté fasse référence aux structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, la possibilité de facturer ces forfaits n'est en aucune manière liée à l'autorisation de chirurgie ambulatoire que peut posséder (ou non) l'établissement.

Il est à noter que la notion de secteur opératoire est plus large que celle du bloc opératoire. Ainsi, une salle d'endoscopie ou de petite chirurgie peut être considérée comme remplissant les conditions requises à la facturation du forfait SE1 ou SE2, dès lors qu'il s'agit d'une structure géographiquement identifiée et délimitée, comportant un personnel infirmier dédié, et que la stérilisation du matériel nécessaire à la réalisation des actes qui y sont pratiqués est assurée.

1-2 la mise en observation du patient

La mise en observation médicale correspond à la nécessité, pour assurer la sécurité de la prise en charge, de placer le malade sous surveillance au cours ou au décours de la réalisation de l'un des actes diagnostiques ou thérapeutiques listés, de façon à détecter la survenue d'une éventuelle aggravation de l'état du malade ou d'effets indésirables de l'acte réalisé.

² circulaire N°DHOS/F1/F2/F3/2006/412 du 20 septembre 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Cette surveillance doit être réalisée par un personnel médical ou paramédical, dans un environnement hospitalier adapté, pour que les mesures correctrices puissent être mises en œuvre dans les meilleurs délais. Les informations correspondant à cette surveillance sont consignées sur un support conservé par l'établissement.

1-3 La réalisation d'actes inscrits sur des listes limitatives et cumul avec d'autres forfaits

Au delà de la condition du recours au secteur opératoire ou de la mise en observation du patient, la facturation d'un des forfaits n'est possible que lorsqu'un des actes inscrits sur l'une des listes figurant à l'annexe 9 de l'arrêté du 27 février 2007 susmentionné est réalisé. Dans ce cas, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de l'acte CCAM et du forfait SE.

Il convient de rappeler qu'il ne peut y avoir cumul de facturation d'un GHS ou d'un ATU avec celle d'un forfait SE (article 7 du même arrêté). En effet, si l'acte est réalisé dans un service d'urgence ou s'il est suivi d'une hospitalisation, il ne peut pas donner lieu à facturation du forfait SE.

Lorsqu'un acte réalisé est inscrit à la fois sur la liste figurant en annexe 8 relative au forfait FFM et sur l'une des listes figurant en annexe 9 relative au forfait SE³, il convient alors de déterminer si sa réalisation est intervenue dans le secteur opératoire. Si tel est le cas, l'acte donne alors lieu à facturation du forfait SE. Dans le cas contraire, il donne lieu à facturation du forfait FFM. En tout état de cause, il ne peut donner lieu à facturation des deux forfaits.

Le forfait GHT ou le forfait D peut être facturé en sus du forfait SE.

2°/ Modalités de facturation

Dans la mesure où les forfaits SE ont été créés postérieurement à l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité, leurs tarifs nationaux fixés par l'arrêté du 27 février 2007 applicables aux établissements de santé privés ex OQN ne sont affectés ni d'un coefficient de transition ni d'un coefficient de haute technicité. Ainsi, il n'est pas nécessaire de les inscrire dans l'avenant tarifaire des établissements concernés. Les tarifs versés aux établissements sont donc les tarifs nationaux applicables tant aux établissements publics qu'aux établissements de santé privés. Ils ont été fixés pour l'année 2007 à :

- forfait SE1 : 75 €
- forfait SE2 : 60 €
- forfait SE3 : 40 €

En revanche, conformément aux dispositions de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, le coefficient géographique s'applique à ces forfaits.

Par ailleurs, seuls les médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste mentionnée à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale peuvent faire l'objet d'une facturation en sus de ces forfaits⁴.

Enfin, les actes donnant lieu à la facturation d'un forfait SE étant réalisés en établissements de santé, les règles relatives au ticket modérateur applicables sont celles en vigueur pour les autres prestations d'hospitalisation. A cet effet, les établissements antérieurement en dotation globale doivent se référer à la circulaire DHOS/F1/F4 n°2007/105 du 21 mars 2007

³ Il s'agit des actes BACA003, BACA005, BCCA001, HAJA006 et QAJA004

⁴ En ce qui concerne les établissements ex OQN, ils sont portés sur la partie médiane du bordereau S34-04.

3°/ Précisions sur les modalités de remplissage du bordereau de facturation S34-04 des établissements de santé privés ex-OQN.

Ainsi qu'il a été indiqué, les nouveaux forfaits SE sont destinés à financer les charges exposées par les établissements à l'occasion de la réalisation d'actes intervenus depuis le 1^{er} mars 2007 dès lors que les conditions présentées ci-dessus sont réunies.

La nécessité d'une adaptation des systèmes de liquidation de l'assurance maladie n'a pas permis la facturation des forfaits à compter de cette date.

3-1 Modalités de remplissage du bordereau de facturation S3404.

Les forfaits SE doivent figurer sur la partie haute (séjour) du support de facturation avec présence obligatoire de MT-DMT (04-958).

Les honoraires médicaux associés aux forfaits figureront sur la partie basse (honoraires) du même support (cf. mode opératoire du support de facturation S3404 sur ameli.fr).

3-2 Traitement des factures pour la période courant depuis le 1^{er} mars dernier

Les factures relatives aux forfaits réalisés depuis le 1^{er} mars 2007 peuvent être télé transmises vers les organismes d'assurance maladie à compter du 13 avril. Les établissements privés sont invités au préalable à s'assurer de la prise en compte de ces nouveaux forfaits auprès de leur caisse primaire de rattachement.

Les instructions techniques pour les SSII seront diffusées à compter du 10 avril et mises en ligne sur le site de la CNAMTS ameli.fr

La directrice de l'Hospitalisation et
de l'Organisation des Soins

Annie Podeur