

Décrets, arrêtés, circulaires

TEXTES GÉNÉRAUX

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Arrêté du 27 février 2017 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 modifié relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

NOR : AFSH1706291A

Le ministre de l'économie et des finances et la ministre des affaires sociales et de la santé,

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 22 février 2017 ;

Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 16 février 2017 ;

Vu l'avis de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif en date du 23 février 2017 ;

Vu l'avis de la Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer en date du 23 février 2017 ;

Vu l'avis de la Fédération hospitalière de France en date du 24 février 2017 ;

Vu l'avis de la Fédération de l'hospitalisation privée en date du 24 février 2017 ;

Vu la saisine de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile en date du 17 février 2017,

Arrêtent :

Art. 1^{er}. – L'arrêté du 19 février 2015 modifié susvisé est modifié conformément aux dispositions des articles 2 à 18 du présent arrêté.

Art. 2. – L'article 1^{er} est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa du 1^o, les mots : « par l'arrêté du 22 février 2008 modifié susvisé » sont remplacés par les mots : « par l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique ».

2^o Au deuxième alinéa du 1^o, les mots : « l'article 6 » sont remplacés par les mots : « l'article 5 ».

3^o Au 2^o, les mots : « à l'annexe VII de l'arrêté du 31 décembre 2004 susvisé » sont remplacés par les mots : « à l'annexe VII de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ».

Art. 3. – Le 1^o de l'article 3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1^o Lorsque la durée de séjour du patient est inférieure à la borne basse fixée par l'arrêté pris en application de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède, selon le GHM produit, le GHS correspondant est minoré d'un montant issu du tarif journalier dénommé "tarif EXB", valorisé par le nombre de journées correspondant à la différence entre la borne basse et la durée du séjour. »

Art. 4. – L'article 4 est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « l'annexe II de l'arrêté du 22 février 2008 modifié susvisé » sont remplacés par les mots : « l'annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé ».

2^o Au premier alinéa, les mots : « des articles R. 162-29 à R. 162-29-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 ».

3^o Au deuxième alinéa, après les mots : « donne lieu à facturation d'un seul GHS. », sont insérés les mots : « A titre exceptionnel, dans le cas du retour d'un patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement ou à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, l'établissement est autorisé, pour chacune de ces prise en charge, à facturer un GHS. Il n'est ainsi autorisé de facturer deux GHS que si la réadmission est justifiée par un événement indépendant du premier séjour. »

Art. 5. – L'article 4 *bis* est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « des articles R. 162-29 à R. 162-29-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 ».

2^o Au second alinéa, les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 22 février 2008 modifié précité » sont remplacés par les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé ».

Art. 6. – Le premier alinéa de l'article 4 *ter* est ainsi modifié :

1^o Les mots : « de l'annexe II de l'arrêté du 22 février 2008 modifié susvisé » sont remplacés par les mots : « de l'annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé ».

2^o Les mots : « des articles R. 162-29 à R. 162-29-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22 ».

Art. 7. – L'article 6 est ainsi modifié :

1^o Le 24^o est abrogé.

2^o Au deuxième alinéa du 26^o, les mots : « l'acte d'extraction extracapsulaire du cristallin par phakoémulsification, avec implantation de cristallin artificiel dans la chambre postérieure de l'œil (BFGA004) » sont remplacés par les mots : « l'un des actes mentionnés à l'annexe 16 ».

Art. 8. – L'article 7 est ainsi modifié :

1^o Au 5^o, les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 22 février 2008 susvisé » sont remplacés par les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé ».

2^o Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 6^o A l'exception des cas où la prise en charge donne lieu à la production du GHM 05C191, 05C192, 05C193, 05C194 ou 05C19T, la réalisation de l'un des actes mentionnés à l'annexe 17 donne lieu à la facturation d'un supplément au séjour dénommé "Supplément défibrillateur cardiaque" (SDC) en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins. »

Art. 9. – L'article 9 est ainsi modifié :

1^o Au deuxième alinéa, les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 22 février 2008 susvisé » sont remplacés par les mots : « à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 précité ».

2^o Au deuxième alinéa, les mots : « ou d'un SE » sont remplacés par les mots : « , des forfaits SE ou FPI mentionnés respectivement aux articles 16 et 17 *bis* ».

Art. 10. – L'article 10 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 3^o La séance d'autodialyse réalisée au profit d'un patient hospitalisé au sein d'une structure accolée à l'établissement de santé dans lequel le patient est hospitalisé peut donner lieu à facturation d'un forfait D12 ou D13 en complément du séjour couvrant les prestations de séjour et de soins, dès lors que l'établissement de santé ne dispose pas de centre d'hémodialyse ou d'unité de dialyse médicalisée.

« La structure d'autodialyse doit disposer d'un accès direct avec l'unité dans laquelle le patient est hospitalisé afin d'assurer dans des conditions compatibles avec l'urgence le transport non motorisé et allongé des patients, sans voie publique à traverser. »

Art. 11. – L'article 11 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 11. – Les prises en charge de moins d'une journée ne justifient la facturation d'un GHS que lorsque les trois conditions cumulatives mentionnées aux 1^o, 2^o et 3^o suivants sont remplies :

« 1^o La prise en charge donne lieu à admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés ;

« 2^o La prise en charge donne lieu à utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation individualisée ;

« 3^o La prise en charge, à visée thérapeutique ou diagnostique, correspond à l'un des cas suivants :

« a) Un acte mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui nécessite un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie est réalisé ;

« b) Une prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle satisfaisant aux conditions cumulatives suivantes :

« La mobilisation d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs ;

« La réalisation d'au moins deux actes mentionnés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale relevant de deux techniques différentes. Ne sont pas comptabilisés à ce titre les actes médico-infirmiers, de biologie ainsi que l'acte d'électrocardiographie sur au moins douze dérivations (DEQP003). Relèvent d'une seule et même technique l'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne ;

« Une coordination assurée par un professionnel médical et donnant lieu à la rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1121-1-2 du code de la santé publique.

« c) L'état de santé du patient présente un terrain à risque impliquant que des précautions particulières soient prises dans le cadre des examens ou des soins réalisés.

« Lorsque l'une des conditions mentionnées aux 1^o, 2^o et 3^o n'est pas remplie, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à facturation de consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville, et/ou d'un des forfaits mentionnés aux articles 15 à 18.

« Par exception, les prises en charge suivantes ne sont pas soumises aux critères mentionnés aux 1^o, 2^o et 3^o pour la facturation d'un GHS :

« Les prises en charge dans un service d'urgence dans les conditions définies à l'article 12 ;

« Les hospitalisations écourtées suite au décès, à la sortie du patient contre avis médical ainsi que les prises en charges en urgence pour menace d'accouchement prématuré avec transfert vers un autre établissement ;

« Les prestations correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 précité, à l'exception du GHM 28Z17Z. »

Art. 12. – L'article 11 *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. 11 bis. – Par dérogation à l'article 11, les prises en charge de moins d'une journée ne justifient la facturation d'un des GHS figurant sur la liste 1 de l'annexe 9 que lorsque :

« 1^o La prise en charge donne lieu à admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés.

« 2^o La prise en charge donne lieu à utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation individualisée.

« 3^o La prise en charge est effectuée par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle, composée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs. La coordination de cette prise en charge est assurée par un professionnel médical et donne lieu à la rédaction d'un compte rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1121-1-2 du code de la santé publique.

« 4^o La prise en charge donne lieu à réalisation de plusieurs activités parmi celles figurant sur la liste 2 de l'annexe 9 ou, à au moins une de ces activités et à un acte mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale. Ces activités s'inscrivent dans un programme de soins formalisé dont la durée en nombre de venues du patient est définie et le contenu retracé, pour chaque venue du patient, dans le dossier médical.

« Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à facturation de consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville.

« Par exception, les prises en charge suivantes ne sont pas soumises aux critères mentionnés aux 1^o à 4^o pour la facturation d'un GHS :

« Les prises en charge dans un service d'urgence dans les conditions définies à l'article 12 ;

« Les hospitalisations écourtées suite au décès, à la sortie du patient contre avis médical ainsi que les prises en charges en urgence pour menace d'accouchement prématuré avec transfert vers un autre établissement ;

« Les prestations correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 précité, à l'exception du GHM 28Z17Z. »

Art. 13. – Au premier alinéa de l'article 12, après les mots : « dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie » sont insérés les mots : « du même établissement ».

Art. 14. – L'article 16 est ainsi modifié :

1^o Après le cinquième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – le SE 5 est facturé dès lors qu'un acte d'administration de toxine botulique inscrit sur la liste 5 de l'annexe 11 est réalisé. » ;

2^o Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« La facturation de ce forfait ne peut être cumulée avec celle d'aucun autre forfait mentionné à l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale, à l'exception du forfait mentionné au 7^o du même article ou du forfait mentionné à l'article 9 du présent arrêté. ».

Art. 15. – L'article 17 est ainsi modifié :

1^o Au premier alinéa, les mots : « un forfait dénommé "administration de produits et prestations en environnement hospitalier" (APE) » sont remplacés par les mots : « des forfaits dénommés "administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier" ».

2^o Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Ces forfaits sont facturés dans les conditions suivantes :

« – un forfait APE est facturé dès lors que l'un des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code ou l'une des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique et inscrite sur la même liste est administré au patient.

« – un forfait AP2 est facturé dès lors que l'une des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique qui n'est pas inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale est administrée au patient.

« Pour des prise en charge de moins d'une journée, lorsque l'administration de l'une des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique satisfait aux critères définies aux articles 11, 11 *bis* ou 12, la prise en charge justifie la facturation d'un GHS. »

3^o Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« La facturation des forfaits APE et AP2 ne peut être cumulée avec celle d'aucun autre forfait mentionné à l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale, à l'exception du forfait mentionné au 7^o du même article. »

Art. 16. – Après l'article 17, sont insérés deux articles ainsi rédigés :

« *Art. 17 bis.* – La catégorie de prestations mentionnée au 7^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé "prestation intermédiaire" (FPI).

« Ce forfait est facturé pour chaque consultation pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle nécessitant l'intervention d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et donnant lieu à réalisation d'une synthèse médicale, dès lors que la prise en charge correspond à l'une des affections mentionnées à l'annexe 18 du présent arrêté.

« La facturation de ce forfait ne peut être cumulée avec celle d'aucun autre forfait mentionné à l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale, à l'exception des forfaits mentionnés aux 5^o et 6^o du même article et à l'article 9 du présent arrêté.

« *Art. 17 ter.* – I. – Le cumul d'un des forfaits mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article 1^{er} avec l'un des forfaits SE ou FPI, pour un même patient, le même jour, n'est autorisé que sous réserve du respect des conditions suivantes :

« 1^o Les prestations donnant lieu à la facturation des forfaits SE ou FPI sont réalisées antérieurement ou consécutivement à l'admission ou à la clôture du séjour d'hospitalisation ayant justifié la production d'un des forfaits mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article 1^{er} ;

« 2^o Le motif d'hospitalisation doit être distinct de celui justifiant la réalisation des prestations donnant lieu à la facturation des forfaits SE ou FPI.

« Si l'une de ces deux conditions n'est pas respectée, seule la facturation d'un des forfaits mentionnés aux 1^o et 3^o de l'article 1^{er} est autorisée.

« II. – Le cumul d'un forfait mentionné au 1^o de l'article 1^{er} avec un forfait mentionné au 3^o du même article, pour un même patient, le même jour, n'est autorisé que sous réserve du respect des conditions suivantes :

« 1^o Les prestations donnant lieu à la facturation du forfait mentionné au 3^o de l'article 1^{er} sont réalisées antérieurement ou consécutivement à l'admission ou à la clôture du séjour d'hospitalisation ayant justifié la production du forfait mentionné au 1^o du même article

« 2^o Le motif d'hospitalisation justifiant la facturation du forfait mentionné au 3^o de l'article 1^{er} doit être distinct de celui justifiant la facturation du forfait mentionné au 1^o du même article.

« Si l'une de ces deux conditions n'est pas respectée, seule la facturation du forfait mentionné au 1^o de l'article 1^{er} est autorisée. »

Art. 17. – Le titre III est remplacé par les dispositions suivantes :

« TITRE III

« DOTATION INCITATION FINANCIÈRE À L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ MENTIONNÉE À L'ARTICLE L. 162-23-15

« *Art. 23.* – La dotation complémentaire mentionnée à l'article L.162-22-20 L.162-23-15 est dénommée "dotation IFAQ" (IFQ). Cette dotation est versée, en complément des éléments mentionnés au I de l'article L.162-23-15 du code de la sécurité sociale, aux établissements de santé remplissant les critères d'éligibilité définis mentionnés à l'article R.162-45-3 du même code.

« Le calcul du montant et les modalités d'attribution de la dotation IFAQ sont définies à l'article R. 162-45-4 du code de la sécurité sociale. »

Art. 18. – Les annexes de l'arrêté du 19 février 2015 modifié susvisé sont ainsi modifiées :

1^o Les annexes 1, 3, 8, 11 sont respectivement remplacées par les annexes 1, 3, 8, 11 du présent arrêté.

2^o Sont créées à l'arrêté du 19 février 2015 modifié susvisé des annexes 16, 17 et 18 correspondant aux annexes 16, 17 et 18 du présent arrêté.

Art. 19. – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1^{er} mars 2017.

Art. 20. – 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 27 février 2017.

*La ministre des affaires sociales
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :

*La directrice générale
de l'offre de soins,*

A.-M. ARMANTERAS-DE SAXCÉ

*Le ministre de l'économie
et des finances*

Pour le ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

T. FATOME