

SANTÉ

ETABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

*Direction de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins*

Sous-direction
des affaires financières

Bureau F4

Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé

NOR : SASH0924512C

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : guide rassemblant des fiches relatives aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Mots clés : accidents du travail – activité libérale des praticiens hospitaliers – admission d'un mineur – assuré social de l'outre-mer – centres de rétention administrative – « cliniques ouvertes » – CMU – dispositifs médicaux – forfait ATU – forfait FFM – forfait journalier hospitalier – forfait SE – forfait technique des scanners – IRM et TEP – franchise médicale – gardés à vue – interruptions volontaires de grossesse – maladies professionnelles – médicaments – parcours de soins coordonnés – participation forfaitaire de 1 € – prise en charge de moins d'une journée – rétrocession des médicaments – services mobiles d'urgence – tarifs de prestations – ticket modérateur forfaitaire de 18 €.

Annexe : Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé qui abroge le code des règles de gestion publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, n° 94-12 bis.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information et diffusion]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissements de santé (pour mise en œuvre).

Dans le cadre de l'amélioration du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers, un guide pratique relatif aux procédures d'admission des patients dans les établissements de santé a été, en 2008, édité et diffusé aux établissements de santé par la MEAH. Ce guide a été mis en ligne sur le site du ministère de la santé (1) et mis à jour au fur et à mesure des évolutions réglementaires.

Une deuxième phase a été engagée en 2009 pour élaborer des fiches plus spécifiques aux règles de facturation ; ces fiches ont été regroupées dans le document ci-joint et mises en ligne. Comme le guide précédent, il vise à faire le point sur l'état de la réglementation, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires auxquels il convient également de se référer, en tant que de besoin. Il s'adresse aux professionnels de santé (directeurs d'établissements, éditeurs de logiciel, caisses d'assurance maladie, services de tutelle) et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

(1) www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/facturation/accueil.htm.

Je vous remercie de bien vouloir assurer la plus large diffusion de cette information, l'objectif étant, dans un contexte budgétaire très contraint et dans la perspective de la facturation directe à l'assurance maladie, d'aider les établissements à améliorer la qualité de leur facturation et à optimiser le recouvrement de leurs recettes.

Ce guide annule et remplace le code des règles de gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, n° 4-12 bis.

Pour la ministre et par délégation :
*La directrice de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,*
A. PODEUR

GUIDE DES RÈGLES DE FACTURATION DES SOINS DISPENSÉS DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Avant-propos

Dans le cadre de l'amélioration du processus de facturation et de recouvrement des produits hospitaliers, un guide pratique relatif aux procédures d'admission des patients dans les établissements de santé a été, en 2008, édité et diffusé aux établissements de santé par la MEAH. Ce guide a été mis en ligne sur le site du ministère de la santé et des sports et mis à jour au fur et à mesure des évolutions réglementaires.

Une deuxième phase a été engagée en 2009 pour élaborer des fiches plus spécifiques aux règles de facturation ; ces fiches ont été regroupées dans le document ci-joint. Comme le guide précédent, il vise à faire le point sur l'état de la réglementation, sans pour autant se substituer à la documentation de base que constituent les textes législatifs et réglementaires et les circulaires, référencés sur chaque fiche, auxquels il convient de se référer, en tant que de besoin. Il s'adresse aux ARH, aux directeurs d'établissement, aux caisses d'assurance maladie, aux éditeurs de logiciel et à toute personne désireuse d'obtenir des informations sur les procédures d'admission et de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.

Afin de faciliter l'accès aux différents thèmes traités, ces fiches ont été classées par ordre alphabétique, elles sont également disponibles sur le site du ministère de la santé et des sports (les règles de facturation, règles de facturation, santé, dossiers, ministère de la santé et des sports).

Ce guide annule et remplace le code des règles de gestion applicables aux prestations dispensées dans les établissements publics de santé et les établissements privés participant au service public hospitalier, publié au *Bulletin officiel* du ministère de la santé, n° 4-12 bis.

Ont collaboré à la réalisation de ce guide :

Bruno Assouline (CNAMTS) ;
Laurent Butor (direction de la sécurité sociale) ;
Virginie Deldossi (MSA) ;
Joëlle Dubois (ATIH) ;
Véronique Fouché (centre hospitalier d'Epernay) ;
Marcel Galles (DHOS) ;
Edith Galloux (DHOS) ;
Michel Martin (CNAMTS) ;
Jean-François Noury (ATIH) ;
Xavier Romulus (CNAMTS) ;
Martine Vassaux (DHOS).

TABLE DES MATIÈRES

ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT)

1. **Textes de référence**
2. **La gestion du risque « accidents de travail » (AT)**
 - 2.1. *Généralités*
 - 2.2. *Rôle de l'hôpital*
 - 2.3. *Rôle des caisses d'assurance maladie*
3. **Les accidents gérés par les employeurs, des assurances privées ou des régimes autres que le régime général**
4. **Facturation des frais de soins**

ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS STATUTAIRES EXERÇANT À TEMPS PLEIN DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)

1. **Textes de référence**
2. **Modalités d'exercice de l'activité libérale dans les EPS**
 - 2.1. *Le contrat d'activité libérale (articles R. 6154-4 et suivants du CSP)*
 - 2.2. *La commission de l'activité libérale*
3. **Activités concernées**
4. **Conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien**
5. **Modalités d'encaissement des honoraires du praticien**
 - 5.1. *Directement*
 - 5.2. *Par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital*
 - 5.3. *Pour les patients assurés sociaux*
6. **La redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les EPS**
 - 6.1. *Actes soumis à redevance*
 - 6.2. *Calcul de la redevance*
 - 6.3. *Actes non soumis à redevance*

ADMISSION D'UN MINEUR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1. **Textes de référence**
2. **L'âge de la majorité**
 - 2.1. *L'âge de la majorité en France*
 - 2.2. *Les exceptions*
3. **Application de l'autorité parentale**
 - 3.1. *Textes de référence : code civil*
 - 3.2. *Les actes usuels et non usuels*
 - 3.3. *Qui exerce l'autorité parentale ?*
4. **L'admission d'un mineur hors cas d'urgence**
 - 4.1. *Les formalités de l'admission*
 - 4.2. *Documents à joindre au dossier*
5. **L'admission d'un mineur en urgence**
6. **En cas de refus d'autorisation des parents**
 - 6.1. *Hors cas d'urgence*
 - 6.2. *En cas d'urgence*
7. **Les situations particulières**
8. **Les interruptions volontaires de grossesse**

9. Le refus d'hospitalisation

10. L'autorisation d'opérer et de soins (art. L. 1111-2 du CSP)

11. La sortie du mineur

12. Le droit au secret au profit des mineurs

ASSURÉ SOCIAL DE L'OUTRE-MER

1. Textes de référence

2. Champ d'application

3. Facturation des frais d'hospitalisation et de consultations externes

3.1. *Assurés des départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM)*

3.2. *Assurés des collectivités d'outre-mer (COM) et des collectivités à statut particulier*

4. Formulaire devant être présentés par les ressortissants de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française et de Mayotte

CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE

1. Textes de référence

2. Les centres de rétention administrative (CRA)

3. La prise en charge des soins

STRUCTURES SPÉCIFIQUES D'HOSPITALISATION : « CLINIQUES OUVERTES »

1. Textes de référence

2. Définition

3. Conditions d'admission (articles L. 1111-3, R. 6146-70 et R. 6146-73 du CSP et article R. 162-32-2 du CSS)

4. Le paiement des médecins libéraux intervenant en clinique ouverte

4.1. *Modalités de paiement*

4.2. *Calcul des redevances*

5. Valorisation de l'activité réalisée en clinique ouverte, en MCOO

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE (CMU DE BASE)

1. Textes de référence

2. Définition

3. Conditions à remplir

3.1. *Conditions de stabilité de la résidence*

3.2. *Conditions de régularité de la résidence*

3.3. *Conditions de ressources et cotisations*

4. Procédure d'affiliation

4.1. *Constitution du dossier*

4.2. *Transmission du dossier et date d'affiliation*

5. Les prestations couvertes

DISPOSITIFS MÉDICAUX

1. Textes de référence

2. Définition des dispositifs médicaux (DM)

3. Modalités de prise en charge par l'assurance maladie

4. Liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES « ATU »

1. Textes de référence

2. Définition

3. Champ d'application

4. Règles de facturation

5. Modalités

5.1. *Dans les établissements ex-DG*

5.2. *Facturation dans les établissements ex-OQN*

5.3. *Forfait ATU et ticket modérateur forfaitaire de 18 €*

FORFAIT « DE PETIT MATERIEL » (FFM)

1. Textes de référence

2. Définition

3. Champ d'application

4. Règles de facturation

4.1. *Principes généraux*

4.2. *Modalités*

5. Forfait FFM et ticket modérateur forfaitaire de 18 €

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

1. Textes de référence

2. Définition

3. Champ d'application

4. Cas d'exonération

5. Modalités de facturation et, pour les établissements ex-DG, de modalités de prise en compte dans la valorisation des séjours

5.1. *Pour les patients non exonérés du ticket modérateur*

5.2. *Pour les patients exonérés du ticket modérateur*

FORFAITS « SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT » (SE)

1. Textes de référence

2. Définition

3. Champ d'application

4. Règles de valorisation

4.1. *Principes généraux*

4.2. *Modalités*

5. Forfait ATU et ticket modérateur forfaitaire de 18 €

FORFAIT TECHNIQUE FACTURABLE AU TITRE DES ACTES DE SCANOGRAPHIE (SCA), DE REMNOGRAPHIE (IRM) ET DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE PROTONS (TEP)

1. Textes de référence

2. Définition et tarifs

3. Modalités de facturation

3.1. *Principes généraux*

3.2. *La tenue d'un registre chronologique*

3.3. *Le décompte des forfaits techniques (FT)*

3.4. *Facturation dans les établissements ex-DG*

3.5. *Facturation dans les établissements ex-OQN*

4. La co-utilisation

FRANCHISE MÉDICALE

1. Textes de référence

2. Définition

3. Champ d'application

- 3.1. *Les assurés sociaux*
- 3.2. *Les prestations*
- 3.3. *Les transports sanitaires*

4. Plafond annuel

5. Modalités de prélèvement

GARDES À VUE

1. Textes de référence

2. Schéma de référence

3. Les différentes modalités de gardes à vue

- 3.1. *Intervention d'un médecin libéral au commissariat ou à la brigade*
- 3.2. *Transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé*

4. Les modalités de prise en charge des gardés à vue

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

1. Textes de référence

2. Conditions d'admission

3. Réalisation de l'acte médical

- 3.1. *Techniques possibles*
- 3.2. *Lieu de réalisation de l'IVG*

4. Les tarifs

- 4.1. *Pour les établissements ex-DG*
- 4.2. *Pour les établissements de santé privés ex-OQN*
- 4.3. *Pour les médecins ou les centres de planification effectuant des IVG par voie médicale, dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé*

5. Facturation des IVG

- 5.1. *Dans les établissements ex-DG*
- 5.2. *Dans les établissements ex-OQN, par assimilation, un RUM unique doit également être produit pour l'ensemble de ces étapes*
- 5.3. *Cas particuliers*

6. Conditions de prise en charge des IVG

- 6.1. *Conditions de prise en charge des assurées sociales*
- 6.2. *Conditions de prise en charge des non-assurées sociales*

MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)

1. Textes de référence

2. Définition des maladies professionnelles

3. Déclaration de maladie professionnelle

- 3.1. *Qui déclare ?*
- 3.2. *Instruction du dossier*

4. La prise en charge des soins

5. Conditions de prise en charge des soins hospitaliers

MÉDICAMENTS

1. Textes de référence

2. Définitions

3. Réglementation applicable aux médicaments

- 3.1. *Autorisation de mise sur le marché (AMM) ou autorisation d'importation*
- 3.2. *Autorisation temporaire d'utilisation (ATU)*

4. Conditions de prise en charge par l'assurance maladie

4.1. *Médicaments dispensés en établissement de santé*

4.2. *Médicaments dispensés en ville : liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (article L. 162-17 du CSS)*

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

1. Textes de référence

2. Définition

3. Principes

3.1. *Champ d'application*

3.2. *Le médecin traitant*

4. Les différentes situations du parcours de soins

4.1. *Le patient est dans le parcours de soins dans les cas suivants*

4.2. *Le patient est hors parcours de soins dans les cas suivants*

5. Les dispositions financières applicables

5.1. *Lorsque le patient est dans le parcours de soins*

5.2. *Lorsque le patient est hors parcours de soins*

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

1. Textes de référence

2. Principes de la participation forfaitaire de 1 €

2.1. *Champ d'application*

2.2. *Plafonnement de la participation forfaitaire*

3. Modalités de prélèvement

PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNÉE

1. Textes de référence

2. Définition

3. Conditions de facturation

3.1. *Prise en charge de moins d'une journée dans une unité d'hospitalisation de courte durée*

3.2. *Prise en charge de moins d'une journée hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)*

4. Situations correspondant à la facturation des forfaits SE ou FFM

RÉTROCESSION DES MÉDICAMENTS

1. Textes de référence

2. Définition

3. Liste des médicaments rétrocédables

3.1. *Médicaments pouvant être inscrits sur la liste de rétrocession*

3.2. *Sont inscrits d'office sur la liste (R. 5126-104)*

3.3. *Cas particuliers*

4. Modalités de remboursement et de facturation des médicaments rétrocedés

4.1. *Fixation du prix de cession au public*

4.2. *La taxe sur la valeur ajoutée (TVA)*

4.3. *La marge forfaitaire*

4.4. *Modalités de facturation*

4.5. *Cas particuliers*

SERVICES MOBILES D'URGENCE (SMUR)

1. Textes de référence

2. Mission et organisation des SAMU et des SMUR

- 2.1. *Les services d'aide médicale urgente (SAMU)*
- 2.2. *Les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)*

3. Modalités de facturation des transports d'urgence

- 3.1. *Les transports primaires*
- 3.2. *Les transports secondaires*

TARIFS DE PRESTATIONS

1. Textes de référence

2. Définition

- 2.1. *Les tarifs d'hospitalisation*
- 2.2. *Les tarifs du SMUR*
- 2.3. *Les tarifs des unités de soins de longue durée (USLD)*
- 2.4. *Le régime d'hospitalisation*

3. Utilisation des tarifs de prestations

4. Modalités de décompte des tarifs journaliers de prestations

- 4.1. *En hospitalisation complète*
- 4.2. *En hospitalisation partielle ou pour les séances*
- 4.3. *Les transferts dans un autre établissement*

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €

1. Textes de référence

2. Définition

3. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € est dû

- 3.1. *Patients redevables du TMF de 18 €*
- 3.2. *Actes donnant lieu à application du TMF de 18 €*

4. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € n'est pas dû (article R. 322-8 du CSS)

SIGLES

ACCIDENTS DU TRAVAIL (AT)

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 411-1 (définition de l'accident du travail), L. 431-1 (prestations prises en charge), L. 432-1 (versement aux établissements des remboursements relatifs aux prestations en nature), L. 432-3, L. 432-4 (frais d'hospitalisation dans un établissement privé).

Articles L. 441-5 (obligation de délivrance par l'employeur d'une feuille d'accident nécessaire à la prise en charge des soins), R. 441-8 et R. 441-9 (modalités d'utilisation de la feuille accident du travail).

Article R. 174-4 (carte Vitale et demande de prise en charge).

Circulaires

Circulaire n° 122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations de séjour en cas de demande de prise en charge (règle du délai de quarante-cinq jours).

Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n° 2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire.

2. La gestion du risque « accidents de travail » (AT)

2.1. Généralités

Le risque AT couvre la totalité des frais d'hospitalisation, y compris le forfait journalier hospitalier. Par ailleurs, les assurés du régime général notamment ne sont pas concernés par le ticket modérateur forfaitaire (18 €) pour les actes supérieurs à 91 €, prévu par l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale (*cf.* fiche).

A la différence des autres risques, le risque AT n'est pas systématiquement pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Dans certains cas, d'autres organismes se substituent aux régimes d'assurance maladie, par exemple :

- certains employeurs gèrent eux-mêmes ce risque (exemple : les établissements publics de santé) ;
- les assurés non salariés peuvent souscrire une assurance privée (exemple : les exploitants agricoles, les travailleurs indépendants).

2.2. Rôle de l'hôpital

Lors de l'admission du patient, qu'il s'agisse de consultations externes, y compris dans les services d'urgence, ou d'hospitalisation, il convient de recueillir avec exactitude la date de l'accident du travail et les références de l'employeur (nom, adresse, numéro de téléphone) et de se procurer le plus rapidement possible la feuille d'accident du travail délivrée par l'employeur (anciennement dénommée « triptyque accident du travail »).

Dans tous les cas, le patient doit présenter cette feuille d'accident du travail établie par l'employeur, qu'il s'agisse des premiers soins ou de suite de soins. Le renouvellement de la feuille est réalisé par la caisse d'assurance maladie. En l'absence de ce document, le patient doit demander à l'employeur de fournir ce document sous quarante-huit heures. Il est très fréquent que le patient dispose de ce document immédiatement après l'accident.

Dans le cas de suite de soins, il est nécessaire de demander un certificat de suite d'accident du travail, précisant que les soins ou l'hospitalisation sont bien en rapport avec l'accident du travail cités dans la feuille de l'employeur.

Dans toutes les hypothèses, la carte Vitale et une pièce d'identité doivent être utilisées pour recueillir les informations relatives aux coordonnées de la personne.

2.3. Rôle des caisses d'assurance maladie

L'ouverture des droits

La dispense de demande de prise en charge qui prévaut pour les risques maladie et maternité ne s'applique pas au risque « accident du travail ». Des demandes de prise en charge doivent donc être systématiquement effectuées auprès de la caisse pivot, qui les ventile vers les caisses gestionnaires concernées.

Rôle des caisses gestionnaires et de la caisse pivot

Les caisses gestionnaires vérifient si l'hospitalisation est en rapport avec la déclaration d'accident par l'employeur.

La caisse pivot dispose d'un délai de cinquante jours (45 jours + 5 jours à compter de la réception des demandes de prise en charge) pour faire parvenir aux hôpitaux les réponses des organismes gestionnaires. Au-delà de ce délai, la prise en charge est présumée acquise, conformément au principe des accords tacites (cf. circulaire ministérielle n° 122 du 15 novembre 1985) : l'hôpital peut facturer en AT, sauf si l'organisme gestionnaire, qui n'a pu traiter la demande dans le délai de cinquante jours, lui adresse, par l'intermédiaire de la caisse pivot, une décision suspensive.

3. Les accidents gérés par les employeurs, des assurances privées ou des régimes autres que le régime général

La prise en charge doit être demandée directement auprès de l'organisme gérant le risque.

Pour les principaux régimes d'assurance maladie autres que le régime général, les modalités sont les suivantes :

- régime des exploitants agricoles : depuis le 1^{er} avril 2002, il existe une assurance AT/MP obligatoire pour les exploitants agricoles (les salariés agricoles bénéficient du risque AT) ;
- régime des indépendants (RSI) : le risque AT n'est pas couvert, les assurés doivent souscrire une assurance privée ;
- SNCF, RATP : le risque AT est couvert par ces régimes ;
- fonctionnaires : le risque AT est géré par l'employeur ;
- personnel de la Banque de France : le risque AT est géré par l'employeur ;
- Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines : gestion du risque AT par l'employeur pour les agents des houillères ou par les sociétés de secours minières (potasse, fer, ardoisières) ;
- Caisse d'assurance maladie des cultes (CAMAC) : le risque AT n'est pas couvert.

4. Facturation des frais de soins

Si le régime ou l'organisme sollicité a donné un accord de prise en charge, le séjour lui est facturé, conformément aux règles qui lui sont applicables.

En cas de refus, le séjour est pris en charge au titre du risque maladie, le ticket modérateur et/ou le forfait journalier devant être, le cas échéant, facturé(s) au patient ou à son organisme complémentaire.

ACTIVITÉ LIBÉRALE DES PRATICIENS STATUTAIRES EXERÇANT À TEMPS PLEIN DANS LES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ (EPS)

1. Textes de référence

Code de la santé publique (CSP)

Partie législative :

- articles L. 1162-14-1 (sanctions), L. 1111-3 (information des usagers), L. 1233-2, L. 1234-3, L. 1242-2 (activités exclues de l'activité libérale) ;
- articles L. 6154-1 à L. 6154-7 (conditions d'exercice de l'activité libérale).

Partie réglementaire :

- articles R. 1112-21 et suivants, R. 6145-25 (exercice de l'activité libérale), R. 6154-1 à R. 6154-10 (redevances) ;
- articles D. 6154-10-1 à D. 6154-10-3 (redevances) et D. 6154-15 et suivants (commission d'activité libérale).

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L.162-26.

Arrêtés

Arrêté du 15 mai 2008 fixant la liste des actes mentionnés au deuxième alinéa du 3^e de l'article D. 6154-10-3 du code de la santé publique.

Arrêté du 2 octobre 2008 fixant le seuil prévu à l'article L. 1111-3.

Circulaires

Circulaire n° DH/AF3/2000/280 du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) de certaines prestations offertes par les établissements de santé.

Circulaire DHOS/F4/M2/DGCP/6B n° 2001-561 du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale dans les établissements publics de santé pour le recouvrement des honoraires des praticiens.

Circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale.

Circulaire DHOS/M3 n° 2008-313 du 16 octobre 2008 relative à l'application des décrets n° 2008-464 du 15 mai 2008 et n° 2008-1060 du 14 octobre 2008 relatifs à la redevance due à l'hôpital par les praticiens statutaires à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.

Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie approuvée par arrêté du 3 février 2005 et ses avenants.

2. Modalités d'exercice de l'activité libérale dans les EPS

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés (art. L. 6154-2 du CSP), dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale, le bon déroulement de cette activité étant soumis au contrôle d'une commission d'activité libérale.

2.1. Le contrat d'activité libérale (art. R. 6154-4 et suivants du CSP)

Ce contrat décrit les modalités d'exercice de l'activité libérale ; il est conclu entre le praticien concerné et l'établissement public de santé (EPS), sur la base du contrat type prévu par l'article R. 6154-4, annexe 61-2 du CSP. Il doit être approuvé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du conseil d'administration et de la commission médicale d'établissement (art. R. 6154-5 du CSP), pour une durée de cinq ans renouvelable. L'approbation vaut autorisation d'exercice de l'activité libérale. Cette autorisation peut être suspendue ou retirée par le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, après avis ou sur proposition de la commission d'activité libérale, lorsque le praticien méconnaît ses obligations.

2.2. La commission de l'activité libérale

Dans chaque EPS où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale doit veiller au bon déroulement de cette activité : respect des dispositions législatives et réglementaires et des stipulations des contrats des praticiens (*cf.* art. R. 6154-11 et suivants et D. 6154-15 et suivants du CSP).

3. Activités concernées

L'activité libérale peut concerner les consultations externes, les actes médico-techniques et les soins en hospitalisation (art. L. 6154-2 du CSP). Toutefois :

- le praticien hospitalier qui exerce une activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ; les périodes, demi-périodes ou fractions de temps correspondant à l'activité libérale doivent être clairement identifiées dans le tableau de service nominatif ;
- le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique. Le volume des actes correspond, selon le cas, aux coefficients affectés aux lettres-clés figurant dans la nomenclature générale des actes professionnelles (NGAP) ou à la valorisation tarifaires des actes codés par la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Sont exclues de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte :

- les prélèvements d'organes (art. L. 1233-2 du CSP) ;
- les greffes d'organes (art. L. 1234-3) ;
- les prélèvements de tissus en vue de dons (art. L. 1242-2 du CSP) ;
- les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes (art. L. 1244-5 du CSP).

Enfin, « aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale ».

4. Conditions d'accès aux soins exercés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien

Les patients peuvent demander à être soignés ou hospitalisés dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien statutaire exerçant à temps plein. Celui-ci doit respecter les obligations prévues, notamment à l'article L. 1111-3 du CSP (*cf.* modalités en annexe) :

- information écrite préalable du patient sur le tarif des actes effectués, le montant du dépassement éventuel et les conditions de leur remboursement par l'assurance maladie. Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés ;
- affichage, de façon visible et lisible (dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice), des tarifs des honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris.

Le praticien est également tenu de fixer ses honoraires avec tact et mesure (art. R. 4127-53 du CSP).

En cas d'hospitalisation, si le patient souhaite être traité en secteur libéral, il (ou un ayant droit) doit formuler cette option par écrit, dès son entrée, après qu'il a pris connaissance des conditions particulières qu'implique son choix (1). A défaut, la responsabilité de l'établissement peut être mise en cause.

(1) CAA Marseille, Assistance publique de Marseille c/Mme Tronçon, 7 avril 2005.

Le dossier d'admission est constitué dans les mêmes conditions que celles applicables aux admissions dans le secteur public. Les frais d'hospitalisation sont également calculés et valorisés selon les mêmes modalités, le praticien encaissant ses honoraires en sus.

A noter :

- aucun patient ne peut être transféré du secteur d'activité libérale d'un praticien hospitalier s'il a été admis au titre du secteur public, et inversement, sauf demande motivée du patient (ou de ses ayants droit) et après avis du chef de service (art. R. 1112-23 du CSP) ;
- pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUc), les médecins doivent appliquer le tarif de remboursement de l'assurance maladie.

5. Modalités d'encaissement des honoraires du praticien

Les praticiens exerçant une activité libérale peuvent percevoir leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital (cf. schéma en annexe).

5.1. Directement

Les praticiens doivent transmettre au directeur de l'hôpital un état récapitulatif de leur activité libérale, cet état devant faire figurer au regard de chaque acte (lettres clés de la NGAP ou code regroupement de la CCAM) ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant les dépassements.

5.2. Par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital

Dans ce cas, les sommes sont encaissées par le régisseur de l'établissement, qui les enregistre sur un quittancier particulier et les reverse au comptable du Trésor aux fins de comptabilisation sur le compte « Comptes individuels des praticiens ». L'établissement reverse mensuellement les honoraires encaissés au praticien. Les actes non encaissés ou partiellement encaissés en régie donnent lieu à émission, par l'établissement, d'un avis de recouvrement spécifique (1) à l'encontre du patient concerné ; cet avis de recouvrement précise notamment le nom et l'adresse du patient, la date et la nature de l'acte, le montant des honoraires.

Les praticiens doivent transmettre le même état récapitulatif que celui établi par les praticiens encaissant directement leurs honoraires.

5.3. Pour les patients assurés sociaux

Le praticien doit établir une feuille de soins et y porter la cotation des actes réalisés et l'intégralité des honoraires demandés :

- si le patient a réglé la totalité de ses soins, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) lui remet la feuille de soins, à charge pour lui d'en demander le remboursement à l'assurance maladie ;
- si le patient a été dispensé de l'avance des frais, le praticien (ou l'établissement si l'encaissement a été effectué par son intermédiaire) transmet la feuille de soins à l'organisme gestionnaire dont dépend le patient. Les éventuels dépassements d'honoraires restent à la charge du patient ou de son organisme complémentaire.

Parallèlement, tous les six mois, les organismes d'assurance maladie communiquent au directeur de l'établissement et au président de la commission d'activité libérale, les informations sur les honoraires, le nombre et le volume des actes effectués par les praticiens concernés (art. L. 6154-3 du CSP).

6. La redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les EPS

6.1. Actes soumis à redevance

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'EPS (2), l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance (art. L. 6154-3 du CSP). Cette redevance, assujettie à la TVA de 19,6 %, est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris (art. D. 6154-10-1 du CSP). Ce pourcentage est égal (art. D. 6154-10-3 du CSP) :

- pour les consultations, à :
 - 16 % pour les centres hospitaliers universitaires ;
 - 15 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, à :
 - 28 % pour les centres hospitaliers universitaires ;

(1) Ces avis de recouvrement ne donnent pas lieu à prise en charge budgétaire.

(2) Décisions du Conseil d'Etat n°s 293229 et 293254.

- 16 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes d'imagerie (autres que les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z), de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, à :
 - 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes d'imagerie associés à un acte interventionnel auxquels était affectée, avant le 31 mars 2005, une double cotation en K ou KC et en Z, à :
 - 40 % pour les centres hospitaliers universitaires ;
 - 20 % pour les centres hospitaliers ;
- pour les actes comportant la codification d'un acte principal et celle d'un geste complémentaire (chapitre 8 de la CCAM) ou d'un supplément (chapitre 9 de la CCAM), il convient d'appliquer le taux défini pour chacun d'eux, en fonction de leur nature.

6.2. *Calcul de la redevance*

La redevance est calculée par l'administration de l'hôpital, toutes taxes comprises, sur la base des états récapitulatifs établis par les praticiens. Son paiement est trimestriel. Son montant, hors taxe, est imputé sur le compte budgétaire 7531 « retenues et versements sur activité libérale », la TVA n'étant pas une recette budgétaire.

6.3. *Actes non soumis à redevance*

Ne sont pas soumis à redevance les examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil (scanner, IRM, TEP-scan).

Pour les actes de scanographie, l'établissement doit reverser au praticien une quote-part représentant 20 % du forfait technique (art. R. 6154-3 du CSP), cette dépense étant imputée sur le compte budgétaire 6585 « reversement de la quote-part des radiologues ».

ANNEXE

MODALITÉS D'INFORMATION DES PATIENTS SUR LES TARIFS PRATIQUÉS

Principes généraux

L'obligation d'information

Conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du CSP, les praticiens exerçant une activité libérale doivent informer les patients des tarifs qu'ils pratiquent.

L'information doit être écrite et préalable à la réalisation des actes et/ou prestations lorsque :

- le montant des honoraires demandés au cours de la consultation, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 € (*cf.* arrêté du 2 octobre 2008). Ces honoraires peuvent concerner un ou plusieurs actes techniques et/ou cliniques ;
- le praticien prescrit un (des) acte(s) à réaliser lors d'une consultation ultérieure, même si les honoraires demandés au cours de la première consultation sont inférieurs à 70 €.

Cette information doit également être fournie lorsque des actes hors nomenclature sont réalisés.

L'information écrite délivrée doit obligatoirement mentionner, pour chaque acte :

- le montant des honoraires, y compris celui du dépassement ;
- la nature du dépassement : exceptionnel ou autorisé au titre d'un droit permanent à dépassement ou d'un exercice à honoraires libres ; sur ce point, il est important que le motif du dépassement soit compréhensible du patient ;
- les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Enfin, elle ne remet pas en cause le principe de fixation des honoraires avec tact et mesure.

L'inobservation de l'obligation d'information écrite préalable peut faire l'objet d'une pénalité financière fixée et recouvrée dans les conditions prévues par l'article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale (CSS). A cet effet, il convient d'inviter les patients qui vous sollicitent à saisir leur caisse locale d'assurance maladie.

A noter que les patients peuvent également saisir les caisses, en cas de dépassements jugés au-delà du tact et de la mesure.

L'obligation d'affichage

Conformément aux dispositions des articles R. 1111-21 à R. 1111-25 du CSP, le professionnel de santé doit « afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture ».

Ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie.

Le praticien doit afficher ses tarifs dans sa salle d'attente. En l'absence de salle d'attente proprement dite, l'affichage doit se faire dans le lieu de réception le plus approprié : secrétariat, hall d'entrée et/ou lieu d'exercice du professionnel (cabinet de consultations ou de soins).

En cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages devront être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient.

Le praticien est libre d'utiliser le formulaire qu'il estime le plus adapté. Il doit toutefois obligatoirement faire apparaître les phrases citées aux articles R. 1111-22 à R. 1111-24 du CSP, sans adaptation, résumé ou extraction.

En application de l'article L. 4163-1 du CSP, le respect de l'obligation d'affichage est vérifié notamment par les médecins et les pharmaciens inspecteurs de santé publique ainsi que par toutes les personnes habilitées à constater les infractions à la législation sur la répression des fraudes, en pratique essentiellement les agents de la DGCCRF (direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes).

Le fait de ne pas respecter l'obligation d'affichage dans les conditions fixées au CSP est sanctionné par une amende administrative d'un montant maximal de 3 000 €.

Enfin, afin d'aider les assurés sociaux dans la mise en œuvre de ces mesures, il convient de leur rappeler l'existence de la plate-forme d'information mise en place par l'assurance maladie disponible en ligne sur le site www.ameli.fr et permettant de connaître les tarifs moyens pratiqués par les professionnels de santé, préalablement à toute prise de rendez-vous.

Activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein

| | Paiement direct au praticien | | Paiement par l'intermédiaire de l'administration hospitalière (deniers privés) | |
|---|---|---|--|--|
| | Tiers payant | Sans tiers payant | Tiers payant | Sans tiers payant |
| Part prise en charge par l'assurance maladie (AM) | Le praticien envoie la feuille de soins à la caisse dont dépend le patient. La caisse rembourse le praticien | Le patient paie le médecin qui lui remet une feuille de soins La caisse rembourse le patient | <i>paiement en régie</i> Après avoir vérifié que le patient peut être dispensé de l'avance des frais, l'hôpital émet une facture à l'encontre de l'AM. La facture est adressée à l'AM, soit via B2, soit sous forme papier (avis de recouvrement spécifique) L'AM peut payer sur un compte identifié pour les recettes "assurance maladie liées à l'activité libérale" | <i>paiement différé (comptable)</i> Le patient paie à la caisse avec la feuille de soins non signée du médecin. Celle-ci lui sera ensuite envoyée signée du médecin, pour lui permettre d'obtenir le remboursement de sa caisse d'AM L'établissement établit un avis de recouvrement envoyé au patient. Lorsque le patient a réglé, la feuille de soins signée du médecin lui est transmise. |
| Part non prise en charge par l'assurance maladie (AM) (imégralité ou ticket modérateur et/ou dépassement d'honoraires) | Le patient paie le médecin et demande le remboursement éventuel à sa mutuelle | | Le patient paie à la caisse L'établissement établit un avis de recouvrement envoyé au patient | |
| Redevance | Le médecin doit obligatoirement déclarer au directeur de l'hôpital son activité libérale sur un état récapitulatif mensuel L'hôpital calcule la redevance et en demande le paiement au praticien chaque trimestre. La redevance est soumise à la TVA de 19,6% Il s'agit d'une <u>recette budgétaire</u> (compte 7531 pour la part hors TVA) | | Toutes ces sommes sont comptabilisées en classe 4, au compte 4245 "comptes individuels des praticiens". Ce ne sont donc pas des recettes budgétaires. Elles sont reversées mensuellement au praticien ; seules les sommes effectivement encaissées sont reversées. | |
| Information fournies par les caisses d'assurance maladie | Les caisses d'AM transmettent au directeur et au président de la commission de l'activité libérale un état des sommes versées (y compris les honoraires) à chaque praticien | | Il s'agit d'une <u>recette budgétaire</u> (compte 7531 pour la part hors TVA) | Les caisses d'AM transmettent au directeur et au président de la commission d'AL un état des sommes facturées aux patients (y compris dépassements). |

Détail de l'utilisation du compte 4245 « Comptes individuels des praticiens »

DÉTAIL DE L'UTILISATION DU COMPTE 4245 "COMPTES INDIVIDUELS DES PRATICIENS"

Le compte 4245 comptabilise les honoraires liés à l'activité libérale des médecins qui ont opté pour l'encaissement par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital

Technique budgétaire et comptable (source : M21 de 2006)

Prise en charge de l'avis de recouvrement

débit 4583 "activité libérale - redevables"

crédit 4584 "activité libérale - praticiens"

Encaissement des honoraires pour le montant réglé par le patient ou par l'assurance maladie

débit 515 "compte au trésor"

crédit 4583 "activité libérale - redevables"

Apurement du compte 4584

débit 4584 "activité libérale - praticiens"

crédit 4245 "comptes individuels des praticiens"

Comptabilisation de la redevance

débit 46741 "redevance due par les praticiens hospitaliers" -
montant TTC

crédit 44571 "TVA collectée"

crédit 7531 "retenues et versements sur l'activité libérale"

Reversement des honoraires

débit 4245 "comptes individuels des praticiens"

crédit 46741 "redevance due par les praticiens hospitaliers"

crédit 515 "compte au trésor"

ADMISSION D'UN MINEUR DANS UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

1. Textes de référence

Code de la santé publique (CSP)

Articles L. 1111-2, L. 1111-5, L. 2212-4, L. 2212-7, L. 3211-10, L. 3211-1, L. 3213-1, L. 3211-12 et L. 3213-9.
Articles R. 1112-34 à R. 1112-36.

Code civil (CC)

Articles 371, 371-1, 372, 373-2-1, 373-5 et 390 relatifs à l'autorité parentale.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles D. 132-1 à D. 132-5.

2. L'âge de la majorité

2.1. *L'âge de la majorité en France*

L'âge de la majorité en France a été fixé à 18 ans par la loi du 5 juillet 1974.

2.2. *Les exceptions*

| | |
|---|---|
| Emancipation par le mariage | Depuis la loi du 4 avril 2006 : « L'homme et la femme ne peuvent contracter mariage avant dix-huit ans révolus. » (art. 144 CC). Cependant, le procureur de la République peut accorder des dispenses d'âge pour motif grave (art. 145 CC) et, dans ce cas, le mineur est émancipé de plein droit par le mariage (art. 476 CC). |
| La mère célibataire mineure | Mineure pour elle-même ; exerçant l'autorité parentale pour son enfant. |
| Les mineurs étrangers | Application de la majorité française. L'âge de la majorité est de dix-huit ans. |
| Le mineur émancipé sur demande des parents ou du conseil de famille | Le mineur peut être émancipé dès l'âge de seize ans révolus, sauf en cas d'aliénation mentale, sur demande du père et de la mère, de l'un d'eux ou du conseil de famille, le cas échéant, par décision du juge des tutelles (art. 477 et 478 CC). |

3. Application de l'autorité parentale

3.1. *Textes de référence : code civil.*

Article 371-1 définissant l'autorité parentale (1).

Article 372 posant le principe de l'exercice conjoint de l'autorité parentale : « les père et mère exercent en commun l'autorité parentale ».

Article 372-2 : « A l'égard des tiers de bonne foi, chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, quand il fait seul un acte usuel ».

3.2. *Les actes usuels et non usuels*

L'attention des médecins est appelée sur le fait que ces notions n'ont pas été définies réglementairement et l'ont été très partiellement par la jurisprudence. Le seuil entre les actes usuels et non usuels est parfois difficile à établir.

Actes usuels

Il s'agit d'actes de la vie quotidienne sans gravité, prescriptions ou gestes de soin qui n'exposent pas le malade à un danger particulier, tels que les soins obligatoires (vaccinations), les soins courants (blessures superficielles, infections bénignes), les soins habituels (poursuite d'un traitement).

Chacun des parents est réputé agir avec l'accord de l'autre, à l'égard du tiers de bonne foi : le médecin peut se contenter du consentement d'un seul des deux parents, à moins qu'il n'ait connaissance de l'opposition de l'autre parent sur l'acte en cause.

(1) Art. 371-1 : « L'autorité parentale est un ensemble de droits et de devoirs ayant pour finalité l'intérêt de l'enfant. Elle appartient aux père et mère jusqu'à la majorité ou l'émancipation de l'enfant pour le protéger dans sa sécurité, sa santé et sa moralité, pour assurer son éducation et permettre son développement, dans le respect dû à sa personne. Les parents associent l'enfant aux décisions qui le concernent, selon son âge et son degré de maturité. »

Actes non usuels

Il s'agit d'actes considérés comme lourds, dont les effets peuvent engager le devenir du malade et ayant une probabilité non négligeable de survenir (hospitalisation prolongée, traitement comportant des effets secondaires ou ayant des conséquences invalidantes, actes invasifs tels que l'anesthésie, l'opération chirurgicale).

Ces actes nécessitent l'autorisation des deux titulaires de l'autorité parentale, même en cas de séparation.

3.3. Qui exerce l'autorité parentale ?

La loi n° 2002-305 du 4 mars 2002 dispose que les parents exercent en commun l'autorité parentale (art. 372 du code civil), quel que soit le statut juridique du couple.

Il n'est donc plus nécessaire de distinguer :

- enfant légitime (né de personnes mariées) ;
- enfant naturel (né de personnes non mariées vivant en concubinage (1) ;
- enfant né du couple parental (marié, pacsé, vivant en concubinage) ;
- enfant né du couple séparé (divorcé, séparé de corps ou de fait).

Par exception au principe de l'autorité parentale conjointe, le juge des affaires familiales (JAF) peut confier cet exercice à l'un des deux parents dans l'intérêt de l'enfant (art. 373-2-1 du CC).

Autres cas :

- l'enfant adopté (adoption simple ou plénière) : l'adoptant ou les adoptants, selon le cas, exercent l'autorité parentale ;
- l'enfant orphelin : le tuteur exerce l'autorité parentale (art. 373-5 et 390 du CC) ;
- l'enfant confié à un tiers : les parents continuent d'exercer l'autorité parentale, mais le tiers accomplit tous les actes usuels relatifs à sa surveillance et à son éducation (art. 373-4 du CC).

4. L'admission d'un mineur hors cas d'urgence

L'admission d'un mineur est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur avis d'un médecin ou d'un interne de l'établissement, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale (père, mère ou tuteur) ou de l'autorité judiciaire, munie du certificat d'un médecin traitant ou appartenant au service de consultation de l'établissement attestant la nécessité du traitement hospitalier.

4.1. Les formalités de l'admission

Lors de l'admission, il convient de :

- vérifier systématiquement l'identité des accompagnants et le régime d'exercice de l'autorité parentale ;
- s'assurer de l'accord des titulaires de l'autorité parentale pour l'hospitalisation ; si l'accompagnant n'est pas titulaire de l'autorité parentale, il faut joindre l'un des deux titulaires afin d'en obtenir un accord écrit ;
- recueillir les coordonnées (adresse, téléphone) des deux titulaires de l'autorité parentale.

Si les soins et examens envisagés sont usuels, la demande d'admission est recevable de la part d'un seul titulaire de l'autorité parentale.

Sauf cas particulier, si les soins envisagés sont non usuels, l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale est requis.

NB : les parents ne sont pas en droit de renoncer à l'exercice de l'autorité parentale (art. 376 du code civil). Toute délégation d'autorité parentale ne peut avoir lieu que par décision de justice avec ou sans l'accord des parents. Les parents ne peuvent donc pas donner autorisation à un directeur de colonie de vacances, à un proviseur de lycée ou à un éducateur de prendre toutes les décisions relatives à la santé de l'enfant. Une telle autorisation est illégale.

(1) Toutefois, la mère seule exerce l'autorité parentale si l'enfant avait plus d'un an au moment de la reconnaissance ou si ses parents ne vivaient pas ensemble au moment de la reconnaissance ; si l'enfant n'est reconnu que par un seul parent, c'est le parent qui a reconnu l'enfant qui exerce l'autorité parentale.

4.2. Documents à joindre au dossier

| | |
|---|---|
| Les pièces permettant de justifier de l'exercice de l'autorité parentale ou de l'émancipation | Carte d'identité du ou des titulaires de l'autorité parentale (une copie de ces documents est à conserver au dossier administratif). |
| | Livret de famille. |
| | Eventuelles décisions de justice de l'accompagnant (ordonnance du juge des enfants, etc.) ou du mineur se disant émancipé (décision du juge des tutelles ou mention du mariage sur un acte d'état civil). |
| Les pièces justifiant l'ouverture des droits | Carte Vitale de la personne assurant l'enfant (carte Vitale de l'enfant de plus de seize ans). |
| | Toute autre attestation de prise en charge : couverture complémentaire (carte mutuelle, couverture maladie universelle complémentaire [CMUc], aide médicale de l'Etat [AME]). |
| La fiche individuelle d'admission : il est recommandé qu'elle soit signée par un titulaire de l'autorité parentale, cette formalité permettant d'attester la demande d'admission. | |

5. L'admission d'un mineur en urgence

En cas d'urgence, toutes mesures utiles doivent être prises pour que les personnes exerçant l'autorité parentale sur le mineur soient prévenues.

Si elles ne peuvent pas être jointes, l'intervention chirurgicale peut être réalisée, sous réserve du respect, dans toute la mesure du possible, des formalités suivantes :

- l'urgence est constatée et l'intervention décidée par le médecin chef de pôle ou, à défaut, par le praticien ayant la responsabilité temporaire du pôle ;
- la décision d'opérer est consignée par écrit par le médecin qui pratique l'intervention qui mentionne en outre la « nécessité d'opérer en urgence » et précise la date et l'heure, son nom et sa signature ;
- le directeur de l'établissement (ou l'administrateur de garde) est informé par le chirurgien de la nécessité de pratiquer l'intervention ; le procureur de la République doit en être informé ;
- le document est contresigné, dans les meilleurs délais, par le directeur (ou l'administrateur de garde) qui précise sur le ce même document qu'il n'a pas été possible de joindre en temps utile le titulaire de l'autorité parentale.

Il est recommandé de compléter le dossier d'admission dès que le représentant légal a pu être contacté.

6. En cas de refus d'autorisation des parents

6.1. Hors cas d'urgence

En cas de refus des parents ou de l'impossibilité de recueillir leur consentement, il ne peut être procédé à aucune intervention chirurgicale (art. R. 1112-35, troisième alinéa, CSP).

Toutefois, lorsque la santé ou l'intégrité corporelle du mineur risquent d'être compromises par le refus du représentant légal du mineur ou l'impossibilité de recueillir le consentement de celui-ci, le médecin responsable du pôle peut saisir le ministère public afin de provoquer les mesures d'assistance éducative lui permettant de donner les soins qui s'imposent (art. R. 1112-35, dernier alinéa CSP).

6.2. En cas d'urgence

Si le refus des titulaires de l'autorité parentale compromet l'intégrité corporelle ou la vie du mineur, le directeur doit, sur avis du médecin, saisir le juge des enfants et/ou le procureur de la République en vue de la mise en place d'une mesure d'assistance éducative. Cependant l'autorisation du juge ou du procureur n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins.

7. Les situations particulières

| | |
|--|--|
| Mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (1) | L'admission d'un mineur que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier est prononcée respectivement à la demande du directeur de cet établissement ou de celle du gardien (art. R. 1112-34, al. 2, CSP). |
| Mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) | « L'admission est prononcée à la demande de ce service, sauf si le mineur a été confié à ce service par ses père, mère ou tuteur. Toutefois, lorsque ceux-ci ne peuvent être joints en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance » (art. R. 1112-34, al. 3, CSP). Le directeur adresse sous pli cacheté, dans les quarante-huit heures de l'admission au service médical de l'aide à l'enfance, le certificat confidentiel du médecin chef de pôle indiquant le diagnostic et la durée probable de l'hospitalisation (art. R. 1112-36 CSP). |
| Admission prononcée en application d'une ordonnance du juge des enfants | Une ordonnance du juge des enfants compétent en matière d'assistance éducative est requise lorsque l'action ou l'abstention des parents met en danger la santé, la sécurité ou la moralité de leur enfant. Pour les enfants maltraités ou en cas de refus d'admission d'un enfant en danger, il convient d'aviser le directeur ou l'administrateur de garde de l'hôpital. Celui-ci saisira, en accord avec le praticien hospitalier, le juge des enfants, le juge aux affaires familiales ou le procureur de la République. |
| (1) Le mineur bénéficie de la CMU et CMU, les démarches pour les obtenir pouvant être entreprises par la PJJ ou l'ASE, en lieu et place du représentant légal du mineur. | |

8. Les interruptions volontaires de grossesse

Textes de référence

Articles L. 2212-4 et L. 2212-7 du code de la santé publique (CSP).

Articles D. 132-1 à D. 132-5 du code de la sécurité sociale (CSS).

Le consentement de l'un des titulaires de l'autorité parentale ou, le cas échéant, du représentant légal doit être recueilli.

Si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner par la personne majeure de son choix (par exemple : un membre de sa famille, un proche, un membre d'une association, un professionnel socio-éducatif...). Dans ce cas, tous les frais afférents à l'intervention sont pris en charge par l'assurance maladie, dans les conditions prévues aux articles D. 132-1 à D. 132-5 du CSS.

Ces dispositions sont détaillées dans la fiche IVG.

9. Le refus d'hospitalisation

Les mineurs ne peuvent refuser leur hospitalisation. Seule la personne exerçant l'autorité parentale peut signer un refus d'admission. Ils ont cependant le droit de recevoir une information adaptée à leur âge et leur maturité et participer à la décision les concernant.

10. L'autorisation d'opérer et de soins (art. L. 1111-2 du CSP)

L'information médicale est un droit de la personne et constitue une obligation pour tout professionnel de santé dans son domaine de compétence.

Détenteurs du droit à l'information pour le mineur : les titulaires de l'autorité parentale.

Contenu de l'information : l'information doit porter sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, les autres solutions possibles.

Quel que soit l'âge du mineur, le médecin doit lui fournir une information sur son état de santé. Cette information devra être adaptée à l'âge, la maturité et le degré de compréhension du mineur. Le mineur pourra ainsi, le cas échéant, participer aux décisions le concernant.

L'autorisation d'opérer (art. R. 1112-35 du CSP) :

- une autorisation écrite d'opérer doit être demandée à la personne exerçant l'autorité parentale, aussitôt qu'une intervention chirurgicale se révèle nécessaire ;
- si, en raison de l'éloignement des détenteurs de l'autorité parentale, ou pour toute autre cause, il est prévisible que cette autorisation ne pourra être obtenue à bref délai, elle devra être sollicitée dès l'admission. Elle portera non seulement sur l'opération elle-même, mais également sur les actes liés à cette opération ;

- cette autorisation est demandée, que l'hospitalisation soit programmée ou décidée en urgence ;
- elle est signée dans le service de soins au moment de l'admission ou au domicile dans le cas d'admission programmée (jointe à la convocation envoyée au domicile) ;
- en signant cette autorisation, les personnes titulaires de l'autorité parentale autorisent le médecin à pratiquer une intervention chirurgicale, une anesthésie, des radiographies, des actes invasifs. Il est recommandé de préciser sur ce document que les signataires ont été informés des risques éventuels liés aux actes pratiqués.

L'autorisation doit être signée par les deux parents titulaires de l'autorité parentale. Elle peut toutefois n'être que par un seul parent :

- lorsqu'un seul des deux dispose de l'autorité parentale ;
- lorsque l'un des deux ne peut être physiquement présent : dans ce cas, une indication doit être inscrite dans le dossier de l'enfant.

11. La sortie du mineur

La personne exerçant l'autorité parentale doit être informée de la sortie prochaine du mineur. Elle doit préciser si le mineur :

- peut quitter seul l'établissement ;
- doit lui être confié ;
- peut être confié à une tierce personne, qu'elle aura expressément autorisée.

Dans ces deux derniers cas, des justificatifs doivent être exigés pour permettre la sortie du mineur (pièce d'identité de la personne emmenant l'enfant, extrait du jugement). Il est recommandé de conserver la photocopie de ces documents dans le dossier du malade.

Ces formalités s'appliquent également aux permissions accordées au cours d'un séjour hospitalier. Il est précisé que le mineur ne peut dans ce cas sortir seul.

12. Le droit au secret au profit des mineurs

Il résulte de l'article L. 1111-5 du CSP (issu de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades) que le mineur dispose, dans certaines hypothèses, d'un droit lui permettant, en accord avec le médecin, de ne pas révéler aux titulaires de l'autorité parentale certains traitements ou certaines interventions concernant sa santé.

L'article L. 1111-5 distingue deux hypothèses.

La première hypothèse concerne la situation d'un mineur dont le traitement et/ou l'intervention en cause apparaissent indispensables pour sauvegarder sa santé et qui souhaite garder le secret sur ce traitement ou cette intervention. La notion de nécessité thérapeutique reste imprécise, mais il est certain que sont exclus de ce champ, par exemple, les interventions de chirurgie esthétique.

Il convient de souligner :

- qu'il n'est pas prévu d'âge minimum pour permettre au mineur de se prévaloir de ce droit de demander le secret ;
- que le médecin n'est pas tenu d'accepter la demande du mineur. Il l'apprécie en opportunité.

Si le médecin est disposé à accéder à la demande du mineur, certaines conditions sont fixées par la loi :

- d'une part, le médecin doit au préalable s'efforcer de convaincre le mineur d'accepter la consultation de ses parents ;
- d'autre part, le mineur doit se faire accompagner d'une personne majeure qu'il aura choisie.

La seconde hypothèse correspond à celle des mineurs « dont les liens de famille sont rompus » ; lorsque ces mineurs bénéficient à titre personnel du remboursement en matière d'assurance maladie et maternité et, à partir de 16 ans, de la couverture complémentaire mise en place par la loi créant la CMU, seul leur consentement est requis.

| ASSURÉS SOCIAUX | | PERSONNE autorisant l'admission | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| Hors urgence | Mineur cas « normal » | Actes usuels | Un parent |
| | | Actes non usuels | Deux parents |
| | Enfant adopté | Actes usuels | Adoptant |
| | | Actes non usuels | Adoptant ou adoptants |
| | Orphelin | Actes usuels | Tuteur légal |
| | | Actes non usuels | Tuteur légal |
| | Mineur relevant de la protection judiciaire de la jeunesse | Actes usuels | Directeur d'établissement d'éducation ou gardien |
| | | Actes non usuels | Directeur d'établissement d'éducation ou gardien |
| | Mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance (ASE) | Actes usuels | Père/mère/tuteur : si placé par lui/elle dans le service d'ASE ou ASE : autres cas ou père/mère/tuteur ayant placé l'enfant au service d'ASE injoignables |
| | | Actes non-usuels | |
| | Admission prononcée en application d'une ordonnance du juge des enfants | Actes usuels | Juge des enfants, juge aux affaires familiales ou procureur de la République |
| | | Actes non usuels | Juge des enfants, juge aux affaires familiales ou procureur de la République |
| Interruption volontaire de grossesse | Cas général | Un parent | |
| | Sous secret | Une personne majeure choisie par la mineure (membre de la famille, proche ou un membre d'une association ou un professionnel socio-éducatif) l'accompagne | |
| Urgence | | Personne(s) exerçant l'autorité parentale « contactables » | Personne(s) exerçant l'autorité parentale |
| | | Personnes exerçant l'autorité parentale non « contactables » | Le médecin chef de service ou à défaut le praticien ayant la responsabilité temporaire du service. Le directeur d'hôpital : information du procureur de la République |
| | | Refus d'autoriser les soins nécessaires | Le directeur doit, sur avis du médecin du service, saisir le procureur de la République, mais son autorisation n'est pas requise, le médecin prenant seul la décision de soins. |

ASSURÉ SOCIAL DE L'OUTRE-MER

1. Textes de référence

Révision constitutionnelle du 28 mars 2003 qui modifie les appellations juridiques de l'outre-mer.
Loi organique et ordinaire du 21 février 2007.

Articles L. 183-1 et L. 380-1 du code de la sécurité sociale (CSS).

2. Champ d'application

La réforme constitutionnelle du 28 mars 2003 a établi les catégories suivantes en outre-mer :

- les départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM) ;
- les collectivités d'outre-mer (COM) ;
- la Nouvelle-Calédonie et les Terres australes et antarctiques françaises (TAAF), qui possèdent chacune des particularités. Elles sont dites *sui generis* car elles ne correspondent à aucune des catégories juridiques des collectivités existantes.

Les départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM) sont :

- la Guadeloupe (971) ;
- la Martinique (972) ;
- la Guyane (973) ;
- La Réunion (974) ;

Les DOM-ROM font partie de l'Union européenne.

Les collectivités d'outre-mer (COM) sont :

- la Polynésie française (qui a la dénomination particulière de « pays d'outre-mer ») ;
- Saint-Pierre-et-Miquelon ;
- Wallis-et-Futuna ;
- Mayotte (qui a la dénomination particulière de collectivité départementale d'outre-mer) ;
- Saint-Martin ;
- Saint-Barthélemy.

Les collectivités à statut particulier sont :

- la Nouvelle-Calédonie ;
- les Terres australes et antarctiques françaises.

3. Facturation des frais d'hospitalisation et de consultations externes

3.1. Assurés des départements et régions d'outre-mer (DOM-ROM)

Les DOM-ROM sont des départements d'outre-mer dotés de caisses générales de sécurité sociale.

Les personnes qui se rendent ou qui viennent de ces départements relèvent des mêmes règles matière de sécurité sociale et notamment d'accès aux soins, que si elles voyageaient sur le territoire métropolitain.

Dans un établissement de soins, ces patients doivent fournir leur carte vitale actualisée.

Concernant la subsistance (1), afin que la caisse primaire puisse valoriser les séjours, il est nécessaire de signaler ces dossiers en envoyant une copie de l'attestation de la carte Vitale à la caisse de sécurité sociale de rattachement de l'hôpital. Cette démarche permet à l'unité de gestion des bénéficiaires de créer le dossier de l'assuré. Il est nécessaire de préciser l'adresse de l'établissement hospitalier accueillant le patient.

3.2. Assurés des collectivités d'outre-mer (COM) et des collectivités à statut particulier

Les COM et les collectivités à statut particulier sont considérés comme des pays étrangers, les prestations sociales étant gérées par des organismes indépendants.

Si une convention bilatérale a été signée, comme avec la Nouvelle-Calédonie, la Polynésie française et Mayotte, les ressortissants de ces territoires qui ont besoin de soins en métropole (ou dans l'un des DOM) doivent présenter un formulaire spécifique remis par leurs caisses respectives (la CAFAT pour la Nouvelle-Calédonie ou de la caisse de prévoyance sociale de la Polynésie française). Ces formulaires leur permettent de bénéficier de la prise en charge de leurs soins (*cf.* tableau récapitulatif ci-après, point 4).

Pour les autres collectivités d'outre-mer, leurs ressortissants sont soumis aux mêmes dispositions que celles applicables aux ressortissants étrangers.

(1) La subsistance est un système mis en place en 1981 pour les ressortissants du régime général des DOM-TOM qui viennent se faire soigner en métropole et peuvent bénéficier d'une prise en charge de la caisse gestionnaire de Paris et des départements d'Ile-de-France sous réserve de présenter un avis de prise en charge de subsistance, carte Vitale, justificatif de domicile.

4. Formulaires devant être présentés par les ressortissants de Nouvelle-Calédonie, de Polynésie française et de Mayotte

TABLEAU RÉCAPITULATIF DES FORMULAIRES DEVANT ÊTRE PRÉSENTÉS PAR LES RESSORTISSANTS DE NOUVELLE-CALÉDONIE, DE POLYNÉSIE FRANÇAISE ET DE MAYOTTE

| | NUMÉRO | INTITULÉ | TYPE de séjour | DOCUMENTS à fournir |
|---------------------|-----------------------------|--|--|---|
| Nouvelle-Calédonie | SE 988-03 | Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour un séjour sur l'autre territoire. | Séjour temporaire en urgence. | Prise en charge Formulaire SE 988-03 Certificat d'admission en urgence. |
| | SE-988-07 | Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire. | Séjour professionnel. | Prise en charge Formulaire SE 988-07. |
| Polynésie française | SE 980-04 | Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité pour un séjour sur l'autre territoire. | Séjour temporaire en urgence. | Prise en charge Formulaire SE-980-04 Certificat d'admission en urgence. |
| | SE 980-01 SE 980-04 | Certificat de détachement. Attestation de droit aux prestations en nature de l'assurance maladie-maternité en cas de séjour professionnel sur l'autre territoire. | Séjour professionnel. | Prise en charge Formulaire SE 980-01 et SE 980-04. |
| Mayotte | Numéro de l'organisme 01976 | Même attestation de droit que les CGSS et les CPAM des DOM-ROM. | Evacuation sanitaire ; Séjour temporaire ; Séjour professionnel. | Prise en charge demandée par les établissements public ou privés qui accueillent le bénéficiaire. |

CENTRES DE RÉTENTION ADMINISTRATIVE

1. Textes de référence

Code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile (CESEDA)

Articles L. 551-1, L. 551-2 et L. 553-1 du code ;
Articles L. 5126-9, L. 6112-1 et L. 6112-8 du code de la santé publique.

Décret

Décret n° 2005-617 du 30 mai 2005 relatif à la rétention administrative et aux zones d'attente.

Arrêté

Arrêté du 12 juillet 2007 (liste des centres de rétention administrative dans le fichier PDF).

Circulaires

Circulaire DHOS/DSS/DGAS n° 2005-141 du 16 mars 2005 relative à la prise en charge des soins urgents.

Circulaire DPM/CT/DH/DLPAJ/DEF/GEND n° 99-677 du 7 décembre 1999 relative au dispositif sanitaire mis en place dans les centres de rétention administrative.

2. Les centres de rétention administrative (CRA)

Les centres de rétention administrative sont des établissements destinés à héberger les étrangers qui font l'objet d'une mesure d'éloignement ou d'interdiction du territoire français mais ne peuvent quitter immédiatement le territoire français (art. L. 551-1 du CESEDA).

3. La prise en charge des soins

Les soins dispensés dans les CRA

Pendant la durée de leur séjour en rétention, les étrangers sont soignés gratuitement. A cet effet, les personnels de santé du service public hospitalier doivent disposer des locaux et des moyens matériels nécessaires.

Les conditions dans lesquelles intervient un établissement hospitalier public sont précisées par une convention passée entre le préfet territorialement compétent et cet établissement hospitalier.

Les dépenses engagées par l'hôpital sont prises en charge sous la forme d'une dotation budgétaire spécifique, allouée par la direction de l'immigration au ministère chargé de l'immigration.

Les soins requérant une hospitalisation

Lorsque l'état de santé d'un étranger retenu en CRA requiert une hospitalisation, les frais relatifs à cette hospitalisation sont pris en charge selon les règles de droit commun :

- soit une prise en charge au titre de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- soit au titre des soins urgents, si la personne est présente sur le territoire national depuis moins de trois mois (*cf.* circulaire ministérielle n° 141 du 16 mars 2005).

STRUCTURES SPÉCIFIQUES D'HOSPITALISATION LES « CLINIQUES OUVERTES »

1. Textes de référence

Code de la santé publique (CSP)

Article L. 1111-3 relatif à l'information des usagers du système de santé ;

Article L. 6146-10 relatif aux structures spécifiques d'hospitalisation ;

Articles R. 1112-2 et R. 1112-3 relatifs aux informations des personnes accueillies dans les établissements de santé ;

Articles R. 6146-62, R. 6146-69, R. 6146-70, R. 6146-71, R. 6146-72, R. 6146-72-1, R. 6146-73, R. 6146-75 relatifs aux structures d'hospitalisation particulières.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 162-1-7 sur les conditions de prise en charge par les organismes d'assurance maladie des actes ou prestations réalisés par les professionnels de santé ;

Article L. 162-14-1 relatif aux conventions nationales entre organismes d'assurance maladie et professionnels de santé ;

Article L. 162-21-1 relatifs au tiers-payant « assurance maladie » ;

Article R. 162-32-2 relatif aux prestations particulières exigées par les patients sans fondement médical.

2. Définition

En application de l'article R. 6146-62 du CSP, « les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux (1) peuvent être autorisés à créer des structures d'hospitalisation médicale » dans lesquelles des médecins, des spécialistes ou des sages-femmes libéraux peuvent dispenser des soins aux malades, blessés et femmes enceintes qui s'adressent à eux. Ces structures peuvent concerner toutes les activités de l'établissement, avec ou sans hébergement : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie.

Ce dispositif ne doit pas être confondu avec l'exercice de l'activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein dans un établissement public de santé.

L'autorisation est accordée par le directeur de l'ARH à l'établissement pour une durée déterminée et peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect de la réglementation applicable.

3. Conditions d'admission

(art. L. 1111-3, R. 6146-70 et R. 6146-73 du CSP et art. R. 162-32-2 du CSS)

Les patients doivent être informés des conditions financières de l'hospitalisation, en clinique ouverte et hors clinique ouverte. Ils doivent signer un engagement de régler les frais d'hospitalisation restant à leur charge sur la base des tarifs applicables à la clinique ouverte.

Les patients doivent nommément désigner, lors de leur admission, le praticien de leur choix.

Un dossier est constitué et conservé dans les mêmes conditions que pour l'hospitalisation de droit commun. Le dossier est communiqué et conservé dans les conditions prévues à l'article R. 6146-75 du CSP. (*cf.* guide MEAH/DHOS, fiche relative à l'admission).

(1) Et hors hôpitaux locaux.

En principe, aucun patient ne peut être transféré d'une structure de clinique ouverte à un service « de droit commun » de l'établissement ou d'un service de droit commun à une structure de clinique ouverte. Toutefois, le transfert d'une structure de clinique ouverte vers un service de droit commun peut être autorisé, à titre exceptionnel, par le directeur de l'établissement, sur la demande motivée du patient et après avis du chef de service.

4. Le paiement des médecins libéraux intervenant en clinique ouverte

4.1. Modalités de paiement

Le paiement des médecins et sages-femmes libéraux diffère selon que les patients sont hospitalisés en MCOO ou en SSR et psychiatrie.

En MCOO, le tarif du groupe homogène de séjour (GHS) incluant les rémunérations des médecins, y compris celles des médecins libéraux intervenant dans ces structures, l'hôpital paye les honoraires du médecin libéral (ou de la sage-femme) par prélèvement sur le GHS, déduction faite d'une redevance (*cf. infra*).

A cet effet, le médecin ou (la sage-femme) exerçant en clinique ouverte doit établir et transmettre au directeur de l'hôpital un état mensuel des consultations et actes, dûment signé, faisant apparaître :

- le nombre et la valeur des actes qu'il a réalisés ;
- les éventuels dépassements d'honoraires (ces dépassements devant être facturés aux patients par l'hôpital).

L'hôpital transmet cet état à la caisse primaire d'assurance maladie dans le ressort de laquelle le médecin libéral ou la sage-femme exerce son activité (art. R. 6146-72-1 du CSP).

Aucune feuille de soins ne doit être transmise à l'assurance maladie ; à défaut, l'assurance maladie rejettera ce paiement.

En SSR et en psychiatrie, les honoraires des médecins libéraux ou des sages femmes intervenant en clinique ouverte sont encaissés par le comptable de l'établissement, pour leur compte. Le comptable reverse mensuellement ces honoraires, déduction faite d'une redevance. L'établissement est informé soit par la mention portée sur la feuille de soins s'il s'agit d'un assuré social, soit par un document signé par le praticien dans les autres cas.

4.2. Calcul des redevances

Les sommes reversées aux praticiens sont calculées au tarif conventionnel, sur la base des actes réalisés, après déduction d'une redevance égale à un pourcentage fixé par l'article R. 6146-71 du CSP à :

- 20 % pour les consultations ;
- 60 % pour les actes de radiologie interventionnelle, de radiothérapie ou de médecine nucléaire nécessitant une hospitalisation ;
- 30 % pour les autres actes susceptibles d'être pratiqués en clinique ouverte.

Ces redevances ne portent pas sur les dépassements d'honoraires.

5. Valorisation de l'activité réalisée en clinique ouverte, en MCOO

L'activité réalisée en clinique ouverte, en MCO, est transmise à l'ARH dans les mêmes conditions que l'activité réalisée dans les autres services de l'établissement, en vue de la valorisation des GHS correspondants.

Les assurés sociaux peuvent bénéficier de la dispense d'avance des frais (art. L. 162-21-1 du CSS). Ils sont redevables du ticket modérateur (20 % du tarif journalier de prestation) et/ou du forfait journalier hospitalier et, le cas échéant, des dépassements d'honoraires qui sont facturés à leur rencontre ou à l'encontre de leur organisme complémentaire.

Les non-assurés sociaux doivent régler l'intégralité des frais d'hospitalisation sur la base du tarif journalier de prestation et de la durée de séjour.

COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE DE BASE (CMU DE BASE)

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

- Articles L. 380-1 ;
Articles R. 115-6, R. 115-7 et R. 161-1 (modalités d'application de la condition de résidence) et R. 312-1, R. 380-1 et suivants ;
Articles D. 380-1 à D. 380-5 (cotisation et déclaration de ressources).

Circulaires

Circulaire DSS/2A n° 99-701 du 17 décembre 1999 relative à la mise en œuvre de la CMU ;

Circulaire DSS/5A/5B n° 2000-21 du 12 janvier 2000 relative à l'affiliation au régime général sous condition de résidence et au versement de la cotisation ;

Circulaire DSS/2A/DAS/DPM/ n° 2000-239 du 3 mai 2000 relative à la condition de résidence en France prévue pour le bénéfice de la CMU (assurance maladie et protection complémentaire).

2. Définition

La CMU est un régime d'affiliation à l'assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer, dès lors qu'elle ne bénéficie pas d'une couverture de base dans un autre régime.

Les patients sans couverture sociale constituent un dossier d'affiliation à la CMU de base, avec éventuellement l'aide des établissements de santé. Toute caisse est habilitée à prononcer une affiliation provisoire. La décision définitive d'affiliation est prise par la caisse de la résidence habituelle du demandeur. La caisse procède chaque année au contrôle de la résidence et des ressources du bénéficiaire de la CMU de base, le contrôle de la résidence concernant également les ayants droit majeurs.

3. Conditions à remplir

3.1. Conditions de stabilité de la résidence

Lors de l'ouverture des droits : la personne doit résider en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de manière ininterrompue depuis plus de trois mois. Toutefois, ce délai n'est pas opposable aux personnes énumérées à l'article R. 380-1 du CSS et notamment :

- aux titulaires du revenu de solidarité active (RSA) ;
- aux personnes reconnues réfugiées politiques, admises au titre de l'asile politique ou ayant demandé le statut de réfugié ;
- aux personnes de nationalité française de retour en France et n'ayant aucune couverture sociale (pratique des caisses selon des instructions de la CNAMTS).

Lors du renouvellement des droits : le demandeur doit justifier avoir son foyer habituel et permanent ou son lieu de séjour principal (plus de six mois) en France métropolitaine ou outre-mer.

Les personnes sans domicile fixe doivent, pour faire valoir leurs droits sociaux, faire élection de domicile auprès d'un organisme agréé ou d'un centre communal d'action sociale (CCAS) afin d'obtenir une adresse administrative.

3.2. Conditions de régularité de la résidence

Les personnes de nationalité étrangère (hors UE ou EEE – Espace économique européen et Suisse) doivent justifier qu'elles sont en situation régulière au regard de la législation sur le séjour des étrangers à la date de leur affiliation.

3.3. Conditions de ressources et cotisations

Seules les personnes dont le revenu fiscal est supérieur à un seuil fixé par décret (art. D. 380-4 du CSS) sont soumises au versement d'une cotisation d'assurance maladie proportionnelle aux ressources. En dessous de ce seuil, l'affiliation est gratuite.

4. Procédure d'affiliation

4.1. Constitution du dossier

Le dossier de « demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence » (formulaire CERFA S 3710) se compose des pièces suivantes :

- la demande d'affiliation au régime général sous critère de résidence ;
- la déclaration de ressources annuelles.

Ce dossier doit être accompagné des pièces suivantes :

- un justificatif d'identité en cours de validité : pièce d'identité, passeport ou livret de famille mis à jour ;
- les justificatifs de la stabilité de la résidence ;
- les justificatifs de régularité du séjour pour les personnes de nationalité étrangère (hors UE/EEE) : titre de séjour ou à défaut, tout document attestant du dépôt d'un dossier de demande de titre de séjour auprès de la préfecture (récépissé en cours de validité, convocation, rendez-vous en préfecture...) ;
- s'il y a des personnes à charge, le livret de famille ou une attestation de la qualité d'ayant droit (document fourni par la caisse qui vérifie cette qualité) ;
- les revenus perçus au cours de la période de référence ;
- le numéro d'immatriculation figurant sur la carte Vitale lorsque la personne a déjà été inscrite à la sécurité sociale.

4.2. Transmission du dossier et date d'affiliation

Les dossiers doivent être déposés ou transmis le plus rapidement possible. Les agents d'accueil de la sécurité sociale dans les hôpitaux peuvent procéder à l'instruction du dossier si le patient présente toutes les pièces nécessaires.

L'affiliation prend effet à compter du jour où la caisse reçoit la déclaration faite par l'intéressé. Cette affiliation donne lieu à la délivrance d'une carte Vitale.

5. Les prestations couvertes

Ce sont les prestations en nature d'assurance maladie-maternité du régime général mentionnées aux articles L. 321-1 et L. 331-2 du CSS (frais d'hospitalisation, de soins externes, de transport...).

DISPOSITIFS MÉDICAUX

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 162-22-7, L. 162-22-7-1, L. 165-1 à L. 165-3, L. 165-7 relatifs aux dispositifs médicaux et autres produits de santé ;

Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré ;

Article L. 162-22-13 relatif au financement au titre des MIGAC (1) ;

Articles R. 162-32-1, R. 322-1, D. 162-6, D. 162-9 à D. 162-16.

Code de la santé publique (CSP)

Articles L. 5211-1 et L. 5211-3.

Arrêtés

Arrêté du 26 juin 2003 relatif à la codification de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du CSS ;

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 de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS et pris pour l'application de l'article L. 162-212-1 du même code ;

Arrêtés pris en application de l'article L. 162-22-7 du CSS et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 fixant la liste des produits et prestations mentionnée à l'article L. 165-1 du CSS pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Arrêté du 9 mai 2005 pris en application de l'article L. 165-7 du CSS ;

Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du CSS ;

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS (4° de l'article 4).

Avis de prix

Avis de prix publiés au *Journal officiel* par le comité économique des produits de santé (2) pour les DMI inscrits sur la liste des produits et prestations financés en sus des prestations d'hospitalisation.

2. Définition des dispositifs médicaux (DM)

Les dispositifs médicaux sont définis par le code de la santé publique comme tout instrument, appareil, produit... destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques (art. L. 5211-1 du CSP).

Leur mise sur le marché est réglementée et conditionnée par l'obtention d'un marquage CE (art. L. 5211-3 du CSP).

3. Modalités de prise en charge par l'assurance maladie

Pour être remboursés aux assurés sociaux, les dispositifs médicaux doivent être inscrits sur une liste des produits et prestations (LPP) fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (art. L. 165-1 du CSS).

(1) Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

(2) Le comité économique des produits de santé (CEPS) met en œuvre les orientations relatives à la politique économique du médicament qu'il reçoit des ministres compétents, en vue notamment d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il participe à la fixation du prix de vente au public des médicaments ainsi que des tarifs des produits et prestations.

L'inscription est effectuée, soit par la description générique du produit, soit sous forme de marque ou de nom commercial. Cette inscription peut être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

Le tarif de responsabilité de ces produits et prestations est fixé par convention entre le fabricant ou le distributeur du produit ou, à défaut, par décision du CEPS (art. L. 165-2 du CSS).

La participation de l'assuré est fixée par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (1), dans la limite de 30 à 40 % du tarif de responsabilité (art. R. 322-1 du CSS) (2).

Les DM ne sont pas facturables aux patients hospitalisés car les dépenses afférentes sont :

- pour les activités MCO, incluses dans les forfaits des GHS, ou prises en charge par l'assurance maladie en sus de ces forfaits (cf. 3.2) ;
- pour les soins de suite et de réadaptation et les activités psychiatriques, prises en compte dans la dotation annuelle de financement (DAF).

Ils ne sont pas non plus facturables aux consultants externes.

Cas particuliers : les organes artificiels, les dispositifs innovants en matière de thérapie cellulaire et tissulaire ainsi que la nutrition parentérale à domicile (sauf si le patient est pris en charge par une structure d'HAD) sont pris en charge dans le cadre des MIGAC (art. L. 162-22-13 et D. 162-6 [1^o, d]) du CSS, 4^o de l'article 1^{er} et 9^o de l'article 2 de l'arrêté du 13 mars 2009).

4. Liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (art. L. 162-22-7 du CSS)

Les dispositifs médicaux nouveaux ou prescrits dans des pathologies rares et particulièrement coûteux, utilisés pour un patient hospitalisé – et déjà inscrits sur la liste des produits et prestations (cf. 3.1) –, peuvent être remboursés aux établissements MCO, par l'assurance maladie, en sus des GHS et, pour l'hospitalisation à domicile, en sus des groupes homogènes de tarifs (GHT).

A cet effet, ils doivent figurer sur une liste des produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation (3), fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale (arrêté initial du 2 mars 2005 modifié pour compléter la liste). Cette liste concerne exclusivement les patients hospitalisés. Elle comporte deux parties, la seconde étant réservée aux établissements ex-OQN (d et e de l'article L. 162-22-6 du CSS). Ces listes sont consultables sur le site de l'ATIH (www.atih.sante.fr).

Leurs conditions de prise en charge sont les mêmes que celles des médicaments (cf. fiche « médicament ») : la part prise en charge par l'assurance maladie « en sus » des GHS ou des GHT suit le taux de l'hospitalisation soit 80 % (sauf cas d'exonération particuliers).

Le remboursement est intégral (100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie soit 80 % du GHS) lorsque les établissements ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (4), établi par le directeur de l'ARH et l'assurance maladie ;

Le remboursement est de 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (soit 56 % du prix du DM) lorsque les établissements n'ont pas adhéré à ce contrat ;

Le remboursement peut être réduit dans la limite de 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour les établissements qui ne respectent pas les stipulations de ce contrat. Selon les anomalies constatées, la baisse de taux touche :

- l'ensemble des médicaments, produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- ou certains médicaments, produits et prestations à l'origine des anomalies.

En effet, l'annexe de l'article D. 162-16 du CSS prévoit que « des taux différenciés, d'un niveau inférieur à celui arrêté pour tous les produits de la liste, peuvent être fixés, le cas échéant, pour certaines spécialités et/ou certains produits et prestations de cette liste dès lors que les engagements souscrits par l'établissement au titre du chapitre III du présent titre se rapportant directement à ces produits n'ont pas été honorés par l'établissement ».

En l'absence de mesures de redressement liées à l'inexécution manifeste des engagements souscrits dans le cadre du contrat, le directeur de l'ARH met fin au contrat et, à compter de sa date de fin, le taux de remboursement est fixé à 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (art. D. 162-15 du CSS).

(1) Deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 et article R. 322-9-4 du CSS.

(2) Dans certains cas liés à son état de santé, l'assuré peut être exonéré du ticket modérateur.

(3) Article L. 162-22-7 et R. 162-42-7 du CSS.

(4) Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, article 43-VIII : article L. 162-22-7 du CSS.

Si la facturation en sus n'est pas conforme aux conditions de prise en charge prévues, la caisse d'assurance maladie compétente récupère l'indu auprès de l'établissement de santé et le signale à l'ARH ; si plus de trois signalements se produisent au cours d'un même exercice, le taux de remboursement est fixé pour l'année suivante à un taux inférieur à 95 % (art. D. 162-14 du CSS).

Lorsque le montant de la facture afférente à un dispositif médical de la liste « en sus » est inférieur au tarif de responsabilité, le remboursement à l'établissement de santé s'effectue, sur la base du montant de la facture majoré de 50 % de la différence entre tarif et facture (arrêté du 9 mai 2005). Si le prix de vente est supérieur au tarif, l'établissement n'est remboursé que dans la limite du tarif.

Les informations relatives aux médicaments et dispositifs médicaux « en sus » doivent être transmises via FICHCOMP (fichier complémentaire aux RSS).

Financement des dispositifs médicaux (DM) par les établissements de santé

TABLEAU RÉCAPITULATIF

| RÈGLEMENTATION APPLICABLE | | MODALITÉS DE PRISE EN CHARGE par l'assurance maladie dans les établissements de santé | |
|--|--|---|--|
| Santé publique | Listes sécurité sociale | Hors liste en sus | Liste en sus (MCOO) |
| La mise sur le marché nécessite l'obtention préalable d'un marquage CE (auprès de l'AFSSAPS) | <p>Deux listes :</p> <p>Liste des produits et prestations (LPP) :</p> <p>Inscription :</p> <ul style="list-style-type: none"> - soit par description générique du produit ; - soit sous forme de marque ou de nom commercial. <p>Prix :</p> <ul style="list-style-type: none"> - prix d'acquisition « libre » (hôpital) ; - tarif de responsabilité (en ville). <p>Liste des produits et prestations prises en charge « en sus » des prestations d'hospitalisation (séjours) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - figure sur la liste LPP ; - les patients sont hospitalisés ; - tarif de responsabilité. | <p>MCOO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - dans les forfaits des GHS ; - certains DM innovants : dotation MIGAC ; - actes externes (non facturable en sus). <p>SSR et psychiatrie : inclus dans la dotation annuelle de financement (DAF).</p> | <p>Si contrat de bon usage (CBU) : 100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (soit 80 % du tarif sauf exonération du ticket modérateur).</p> <p>Pas de CBU : 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Non-respect des clauses du CBU : entre 70 % et 100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie.</p> <p>Montant de la facture payée par l'établissement < au tarif de responsabilité du dispositif : le remboursement par l'assurance maladie est majoré de 50 % de la différence entre le tarif et le montant de la facture.</p> |

FORFAIT ACCUEIL ET TRAITEMENT DES URGENCES (ATU)

1. Textes de référence

Loi

Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 162-22-6, L. 162-22-10 et L. 162-26 relatifs aux frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

Articles R. 162-32, R. 162-32-1, R. 162-51 et R. 322-1.

Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Arrêtés

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondante produites par les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du CSP, modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009 ;

Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Circulaire

Circulaire DHOS/F1/F4 n° 2007-105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

2. Définition

Le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) vise à couvrir les dépenses résultant de l'admission et du traitement des patients accueillis dans les services d'accueil des urgences des établissements de santé autorisés à pratiquer cette activité.

Attention : le forfait ATU ne doit pas être confondu avec le forfait annuel des urgences « FAU », destiné à couvrir les charges fixes (personnel, matériels...) et déterminé en fonction du nombre de passages aux urgences donnant lieu à facturation d'un ATU.

3. Champ d'application

Le forfait ATU s'applique aux établissements MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), tarifés à l'activité et autorisés à exercer une activité d'accueil des urgences.

Il ne s'applique pas aux établissements et aux activités non tarifés à l'activité : hôpitaux locaux, activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (SSR), établissements publics de santé de Fresnes, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, Institut national des invalides. Pour ces établissements, les dépenses relatives aux soins, actes et consultations dispensés aux urgences, sont couvertes par la dotation annuelle de financement prise en charge par l'assurance maladie.

4. Règles de facturation

Le forfait ATU est dû pour chaque passage aux urgences :

- non programmé ;
- non suivi d'une hospitalisation dans un service de MCOO ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) du même établissement.

Il s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles.

En revanche :

- l'ATU ainsi que les actes ou consultations réalisées aux urgences ne sont pas facturables, si le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation au sein du même établissement ;
- il n'est cumulable ni avec le forfait SE (sécurité environnement), ni avec le forfait FFM (forfait de petit matériel), ni avec un GHS ;
- il n'est pas facturable lorsqu'un patient est reconvoqué ultérieurement.

Son tarif s'élève à 25,28 € (cf. arrêtés du 27 février 2008 fixant, pour 2008, les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO et du 27 février 2009, pour 2009).

5. Modalités

5.1. Dans les établissements ex-DG

Principes

Depuis le décret n° 2009-213 cité en référence, le forfait ATU est facturable selon les modalités suivantes :

Pour les assurés sociaux : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant le taux applicable. Ce taux sera compris entre 15 et 25 % et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant le forfait ATU ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 et 75 % pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie.

En attendant cette décision UNCAM, l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex-DG applique : le ticket modérateur n'est pas facturable, les patients n'étant redevables que des actes, et les forfaits ATU sont valorisés à 94 %, selon la formule suivante :

$$\text{tarif} \times \text{taux moyen de prise en charge fixée en 2008 à 94 \%} \times \text{coefficient géographique} \\ \times \text{coefficient de transition}$$

Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors Union européenne), les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables (tarifs \times taux de prise en charge du patient). En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables et les patients ne sont redevables que des actes.

Pour les non-assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, AME, soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF, payants), les forfaits ATU sont facturables à 100 % pour les patients reçus depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 *supra*, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations.

Valorisation

Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable [Séjour facturable l'assurance maladie] (1) avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est d'une part de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait ATU.

5.2. Facturation dans les établissements ex-OQN

Le forfait ATU et les actes liés sont facturables :

- à l'encontre de l'assurance maladie pour les patients assurés sociaux, avec un ticket modérateur de 20 % ;
- à l'encontre des patients, intégralement.

5.3. Forfait ATU et ticket modérateur forfaitaire de 18 euros

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € est mis à la charge des assurés sociaux lorsque des actes, dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), leur sont dispensés en consultations externes ou au cours d'une hospitalisation.

Cette participation forfaitaire s'applique, même en présence d'un forfait ATU (FFM et SE).

Dans les établissements ex-OQN, si un forfait ATU est associé à des actes, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne ATU et non des actes, sur les factures transmises à l'assurance maladie.

Exemple : pour un ATU de 25,28 € et un acte égal ou supérieur à 91 € ou supérieur K50 de 100 €, la facture télétransmise se doit se présenter ainsi :

$$\text{ATU} = 25,28 \text{ €} - 18 \text{ €} ;$$

$$\text{Acte égal ou supérieur à 91 € ou supérieur K50} = 100 \text{ €}.$$

Ce dispositif sera applicable dans les établissements ex-DG lorsque la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie sera mise en œuvre [cf. I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (2)].

(1) 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision.

(2) « I. - Jusqu'au 1^{er} juillet 2011, ... les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques (en sus) ... ne sont pas facturés à la caisse ... L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement à la valorisation de l'activité ... »

Tableaux résumant les situations au regard de la facturation

| FACTURABLE |
|---|
| Un ATU par passage pour : - des soins non programmés ; - des soins non suivis d'hospitalisation ; - un seul forfait ATU. |

Il s'ajoute aux tarifs de la consultation, des actes et de leurs majorations éventuelles.

| NON FACTURABLE |
|---|
| Le forfait ATU n'est pas facturable pour les soins suivis d'une hospitalisation. Si un forfait SE, un forfait FFM ou un GHS est facturé. |

FORFAIT « DE PETIT MATÉRIEL » (FFM)

1. Textes de référence

Loi

Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 162-22-6, L. 162-22-10 et L. 162-26 relatifs aux frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

Articles R. 162-32, R. 162-32-1, R. 162-51 et R. 322-1 ;

Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Arrêtés

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondante produites par les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du CSP, modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009 ;

Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Circulaire

Circulaire DHOS/F1/F4 n° 2007-105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

2. Définition

Le forfait « de petit matériel » (FFM) vise à couvrir les dépenses résultant de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation, dispensés dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences.

3. Champ d'application

Le forfait FFM s'applique dans les établissements MCOO (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie), tarifés à l'activité.

Il ne s'applique pas aux établissements et aux activités non tarifés à l'activité : hôpitaux locaux, activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation (SSR), établissements publics de santé de Fresnes, de Saint-Pierre-et-Miquelon et de Mayotte, Institut national des invalides. Pour ces établissements, les dépenses engagées au titre des actes et consultations externes sont couvertes par la dotation annuelle de financement versée par l'assurance maladie.

4. Règles de facturation

4.1. Principes généraux

Le forfait FFM de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation est réglé :

- pour les soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe X de l'arrêté du 19 février 2009 cité en référence, en sus des consultations et actes réalisés lors de la venue d'un patient ;
- à condition que ce patient ne soit pas hospitalisé dans l'établissement et que l'établissement ne soit pas autorisé à exercer l'activité de médecine d'urgence.

Il n'est cumulable ni avec le forfait sécurité environnement (SE) ni avec le forfait accueil et traitement des urgences (ATU) ni avec un GHS.

Le tarif du forfait FFM s'élève à 19,05 € (cf. arrêtés du 27 février 2008 fixant, pour 2008, les ressources d'assurance maladie pour les établissements de santé MCOO et du 27 février 2009, pour 2009).

4.2. Modalités

4.2.1. Dans les établissements ex-DG

Principes

Depuis le décret n° 2009-213 cité en référence, le forfait FFM est facturable selon les modalités suivantes :

Pour les assurés sociaux : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant le taux applicable. Ce taux sera compris entre 15 et 25 % et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant le forfait ATU ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 et 75 % pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie.

En attendant cette décision UNCAM, l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex-DG continue de s'appliquer : le ticket modérateur n'est pas facturable, les patients n'étant redevables que des actes et les forfaits FFM sont valorisés à 94 %, selon la formule suivante :

$$\text{tarif} \times \text{taux moyen de prise en charge fixée en 2008 à 94 \%} \times \text{coefficient géographique} \\ \times \text{coefficient de transition}$$

Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors Union européenne), les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables (tarifs \times taux de prise en charge du patient). En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables et les patients ne sont redevables que des actes.

Pour les non-assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, AME, soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF, payants), les forfaits FFM sont facturables à 100 % pour les patients reçus depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 *supra*, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations.

Valorisation

Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable [Séjour facturable l'assurance maladie] (1) avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est d'une part de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait ATU.

4.2.2. Facturation dans les établissements ex-OQN

Le forfait FFM est facturable :

- à l'encontre de l'assurance maladie pour les patients assurés sociaux, avec un ticket modérateur de 75 % ;
- à l'encontre des patients, intégralement.

5. Forfait FFM et ticket modérateur forfaitaire de 18 euros

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 € est mis à la charge des assurés sociaux lorsque des actes, dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € dans la classification commune des actes médicaux (CCAM)

(1) 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision.

ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), leur sont dispensés en consultations externes ou au cours d'une hospitalisation (cf. fiche).

Cette participation forfaitaire s'applique, même en présence d'un forfait FFM (ATU et SE).

Dans les établissements ex-OQN, si un forfait FFM est associé à des actes, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne FFM et non des actes, sur les factures transmises à l'assurance maladie.

Exemple : pour un FFM de 25,28 € et un acte égal ou supérieur à 91 € ou supérieur à K50 de 100 €, la facture télétransmise se doit se présenter ainsi :

ATU = 25,28 € - 18 € ;

Acte égal ou supérieur à 91 € ou supérieur à K50 = 100 €.

Cette consigne sera applicable dans les établissements ex-DG lorsque la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie sera mise en œuvre [cf. l de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (1)].

FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 174-4 ;

Article L. 325-1 D. 325-1 et D. 325-6 (dispositions particulières relatives aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle) ;

Article L. 861-3 (couverture maladie universelle complémentaire).

Articles R. 174-5, R. 174-5-1 et R. 174-5-2.

Arrêtés

Arrêté du 27 décembre 2004 fixant le montant du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4.

Arrêté du 19 février 2009 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 ;

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale.

Circulaires

Circulaire 83 H 578 du 22 avril 1983 relative au forfait journalier dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux ;

Circulaire du 26 août 1993 relative aux modalités de mise en œuvre du plan d'économie de l'assurance maladie dans les établissements hospitaliers et médico-sociaux à tarification préfectorale.

2. Définition

Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire mise à la charge des patients hospitalisés ; en pratique, son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers liés à la présence des patients (alimentation par exemple) et à des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements...

Il s'élève à 16 € depuis le 1^{er} janvier 2007 (arrêté du 27 décembre 2004), sauf dans les services de psychiatrie où il est fixé à 12 €, l'article R. 174-5-1 du CSS prévoyant que le « montant du forfait journalier applicable en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie d'un établissement de santé ne peut excéder 75 % du montant du forfait fixé en application de l'article R. 174-5 » relatif aux autres services d'hospitalisation.

3. Champ d'application

Le FJH s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Tous les établissements de santé sont concernés, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

(1) « l. - Jusqu'au 1^{er} juillet 2011,... les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques (en sus)... ne sont pas facturés à la caisse... L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité... »

Il ne s'applique pas :

- en hospitalisation à domicile (HAD) ;
- aux séjours de moins de 24 heures (hospitalisation de jour, prises en charge de moins d'une journée, hospitalisation de nuit) ;
- aux séances de chimiothérapie, d'hémodialyse, de radiothérapie et assimilés ;
- aux séjours liés à une IVG non thérapeutique (cf. fiche) d'une durée égale ou inférieure à 48 heures ;
- en consultations externes.

Il est facturable du jour d'entrée du patient au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie (1) (circulaire du 26 août 1993), sauf dans les cas suivants :

- en cas de décès dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) conformément à l'arrêté du 19 février 2009 selon lequel « le forfait journalier... est facturé pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède » ;
- lorsque le malade est transféré dans un autre hôpital, y compris dans un établissement de long séjour ou un établissement médico-social ;
- lors des permissions de sortie accordées par le directeur sur avis favorable du médecin chef de service, pour une durée maximum de 48 heures (art. R. 1112-56 du CSP).

Selon le contrat du patient, le FJH peut être pris en charge par l'assurance complémentaire.

4. Cas d'exonération

Le FJH est pris en charge par l'assurance maladie pour les patients suivants :

- enfants et adolescents handicapés hospitalisés dans les établissements sanitaires en raison de leur handicap, dès lors qu'ils sont reconnus handicapés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées ;
- victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles : la prise en charge du forfait journalier est limitée aux cas d'hospitalisation imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle. Le fait d'être titulaire d'une rente d'incapacité permanente de travail ne conduit donc pas nécessairement à l'exonération du forfait journalier (2) ;
- bénéficiaires de l'assurance maternité (femme enceinte hospitalisée pendant les quatre derniers mois de la grossesse, pour l'accouchement et pendant les douze jours suivant l'accouchement).

L'assurance maladie prend également en charge le FJH :

- des séjours pour interruption de grossesse thérapeutique ou fausse couche à condition que la déclaration de maternité ait été enregistrée et que la grossesse dépasse les vingt-deux semaines d'aménorrhée ou que le fœtus pèse plus de 500 grammes ;
- des séjours des enfant nouveau-nés, hospitalisés dans les trente jours suivant leur naissance, l'exonération n'étant pas, dans ce cas, limitée dans le temps ;
- des séjours des enfants prématurés hospitalisés dans un centre ou service spécialisé agréé, qu'ils soient ou non placés dans un incubateur ;
- bénéficiaires de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, qu'ils soient assurés ou ayants droit ;
- donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique.

Par ailleurs, le forfait journalier est pris en charge par la CMU complémentaire et l'aide médicale d'Etat, pour ceux qui en bénéficient.

Le forfait journalier peut être pris en charge, en tout ou partie, par le régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle (art. D. 325-1 et D. 325-6 du CSS).

Particularités de facturation

Lorsqu'un fonctionnaire hospitalier en activité est hospitalisé, le FJH est pris en charge par son établissement employeur dans les conditions prévues à l'article 44 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

5. Modalités de facturation et, pour les établissements ex-DG, de modalités de prise en compte dans la valorisation des séjours

5.1. Pour les patients non exonérés du ticket modérateur

Le forfait journalier s'impute sur le ticket modérateur (TM), le montant de la participation acquittée par le patient à ses frais de soins étant plafonné à 20 % du tarif journalier de prestations. Il est en revanche facturé le jour de sortie du patient.

(1) A l'inverse des tarifs journaliers de prestation ou des prix de journée, non facturables le jour de sortie.

(2) Dans ce cas, le FJH est pris en charge par l'assurance maladie.

Le GHS du séjour correspondant est valorisé à 80 % dans les établissements ex-DG (facturé dans les établissements ex-OQN).

En comptabilité :

- le ticket modérateur s'enregistre sur le compte budgétaire 7321x « produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie » ;
- le forfait journalier s'enregistre sur le compte 7327x.

Si, exceptionnellement, le forfait journalier est supérieur au ticket modérateur, le ticket modérateur s'impute sur le forfait, sauf si le patient ne doit que le ticket modérateur forfaitaire de 18 € (*cf.* fiche). Dans ce cas, le forfait journalier est facturable en sus du TM de 18 €.

5.2. *Pour les patients exonérés du ticket modérateur*

Le forfait journalier est facturé en sus du TJP.

Le GHS du séjour correspondant est valorisé à 100 % déduction faite du FJH facturé au patient, le FJH étant inclus dans le GHS.

Ces modalités de facturation et de valorisation sont décrites dans le tableau joint.

REGLES DE FACTURATION RELATIVES AU TICKET MODÉRATEUR (TM) ET AU FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER (FJH)
APPLICABLES, EN MCO, AUX PATIENTS ASSURÉS SOCIAUX DANS LES ÉTABLISSEMENTS EX DG

PRINCIPES GÉNÉRAUX

Le forfait journalier (FJH) est inclus dans les groupes homogènes de séjour (GHS)

Le forfait journalier est facturable le jour de sortie, sauf en cas de décès du patient en MCO

Le ticket modérateur (TM) n'est pas facturable le jour de sortie, lorsque le patient quitte définitivement l'établissement

Le patient est exonéré de ticket modérateur lorsqu'il est hospitalisé plus de 30 jours, à compter du 31^{ème} jour d'hospitalisation

Le ticket modérateur est égal à 20% du tarif journalier de prestations (TJP) et inclut le FJH (règle d'imputation du FJH sur le TM)

La règle d'imputation du FJH sur le TM ci-dessus ne s'applique au ticket modérateur forfaitaire de 18 €, de ce fait, le FJH est facturable en sus du TM forfaitaire de 18 €

| | FJH A LA CHARGE DU PATIENT | | FJH PRIS EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE | |
|--|---|---|---|--|
| | Assurance Maladie Valorisation des GHS | Patient Facturation TM et FJH (16€) <i>Séjour inférieur à 31 jours</i> [(TJP*20%) - 16€] * (nb jours - 1) + (16€ * nb jours) <i>Séjour supérieur à 30 jours</i> * Jusqu'au 30 ^{ème} jour [(TJP*20%) - 16€] * 30 jours + (16€ * 30 jours) * À partir du 31 ^{ème} jour 16 € x nb jours TM non facturable | Assurance Maladie Valorisation des GHS | Patient Facturation TM et FJH (16€) <i>Séjour inférieur à 31 jours</i> GHS x 80% + TJP x (nb jours - 1) x 20% <i>Séjour supérieur à 30 jours</i> * Jusqu'au 30 ^{ème} jour GHS x 80% TJP x 20% x 30 jours * À partir du 31 ^{ème} jour TM non facturable |
| Patient non exonéré du ticket modérateur (TM) | GHS x 80 % qq soit la durée du séjour | Recettes établissement GHS x 80% [(TJP*20%) - 16€] * (nb jours - 1) + (16€ * nb jours) GHS x 80% GHS x 80% [(TJP*20%) - 16€] * 30 jours + 16€ x nb jours | GHS x 80 % qq soit la durée du séjour | Recettes établissement GHS x 80% + TJP x (nb jours - 1) x 20% |
| Patient exonéré du TM pour acte(s) coûteux (> 91 €) → ticket modérateur forfaitaire (TMF) 18 € | GHS x 100 % - 18 € (TMF) - (16 € x nb de jours) | GHS x 100% TMF = 18 € + 16 € x nb jours | GHS x 100 % - 18 € (TMF) qq soit la durée du séjour | TMF = 18 € qq soit la durée du séjour |
| Patient exo du TM pour autres cas que les actes coûteux | GHS x 100 % - (16 € x nb de jours) | GHS x 100% TM = 0 € + 16 € x nb jours | GHS x 100 % qq soit la durée du séjour | TM = 0 € GHS x 100% |

FORFAITS « SÉCURITÉ ENVIRONNEMENT » (SE)

1. Textes de référence

Lois

Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 162-22-6, L. 162-22-10 et L. 162-26 relatifs aux frais d'hospitalisation afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé ;

Articles R. 162-32, R. 162-32-1, R. 162-51 et R. 322-1 ;

Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Arrêtés

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 22 février 2008 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondante produites par les établissements de santé ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du CSP, modifié par l'arrêté du 20 janvier 2009 ;

Arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 27 février 2008 fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ;

Arrêté du 27 février 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de soins exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Circulaire

Circulaire DHOS/F1/F4 n° 2007-105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion ;

Lettre DHOS n° 264 du 6 mars 2007 relative à la campagne tarifaire 2007 et conséquences d'ordre technique en termes de production de l'information liée aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés ;

Lettre DHOS n° 356 du 12 avril 2007 relative à mise en œuvre de la campagne tarifaire T2A2007 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.

2. Définition

Le forfait SE est une catégorie de prestations d'hospitalisation visant à couvrir les dépenses résultant des soins non suivis d'hospitalisation et nécessitant la mise à disposition des « moyens nécessaires à la réalisation d'actes requérant l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement hospitalier ».

3. Champ d'application

Les forfaits SE s'appliquent aux actes de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO) dispensés dans les établissements tarifés à l'activité.

Ils ne s'appliquent pas :

- aux activités hors tarification à l'activité (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie) ;
- aux établissements de santé hors champ de la tarification à l'activité : hôpitaux locaux, établissements publics de santé de Fresnes, Saint-Pierre-et-Miquelon et Mayotte.

4. Règles de valorisation

4.1. Principes généraux

4.1.1. Conditions de facturation

Quatre forfaits SE sont facturables, pour les actes inscrits sur l'une des listes limitatives figurant à l'annexe XI de l'arrêté du 19 février 2009 :

- le SE 1 pour les actes d'endoscopie sans anesthésie générale ou loco-régionale, inscrit sur la liste 1 de l'annexe XI, nécessitant le recours à un secteur opératoire ;
- le SE 2 pour les actes sans anesthésie générale ou loco-régionale, inscrit sur la liste 2 de l'annexe XI, nécessitant le recours à un secteur opératoire ;
- le SE 3 ou le SE 4 pour les actes inscrits, respectivement, sur la liste 3 ou 4 de l'annexe XI, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier.

Lorsque l'état de santé du patient conduit à la réalisation de deux ou plusieurs actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe XI, deux forfaits SE peuvent être facturés, le forfait le moins élevé devant être minoré de 50 %.

Lorsque le patient doit être hospitalisé dans l'établissement ou lorsqu'il est pris en charge dans un service d'urgence, il ne peut pas y avoir facturation d'un forfait SE.

Il ne peut y pas avoir cumul de facturation du forfait SE et du forfait de petit matériel FFM.

Si ces conditions sont remplies, l'acte CCAM et le forfait SE sont facturables.

4.1.2. Tarifs

Les tarifs sont des tarifs nationaux applicables aux établissements publics et privés, auxquels s'appliquent le coefficient géographique et le coefficient de transition. Ils figurent dans 2009 fixant pour l'année 2009 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé MCOO) :

| | |
|------------|---------|
| SE 1 | 75,77 € |
| SE 2 | 60,61 € |
| SE 3 | 40,41 € |
| SE 4 | 20,20 € |

4.1.3. Cas particuliers

Cas d'un patient en hospitalisation à domicile (HAD).

Un forfait SE peut être facturé pour un patient en HAD venu dans un établissement de santé pour l'un des actes de l'annexe XI de l'arrêté « classification » du 19 février 2009.

De ce fait, pour un même patient, pour un même jour, l'assurance maladie peut prendre en charge un GHT, un acte et un forfait « SE ».

Activité libérale des praticiens statutaires exerçant à temps plein en établissement public de santé. Le forfait SE revient à l'établissement de santé.

4.2. Modalités

4.2.1. Dans les établissements ex-DG

Principes

Depuis le décret n° 2009-213 cité en référence, le forfait SE est facturable selon les modalités suivantes :

Pour les assurés sociaux : le ticket modérateur sera facturable le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant le taux applicable. Ce taux sera compris entre 15 et 25 % et s'appliquera également aux actes et consultations accompagnant le forfait SE ; de ce fait, la valorisation de l'activité se situera entre 85 et 75 % pour ce qui concerne la part prise en charge par l'assurance maladie.

En attendant cette décision UNCAM, l'arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé ex-DG continue de s'appliquer : le ticket modérateur n'est pas facturable, les patients n'étant redevables que des actes et les forfaits SE sont valorisés à 94 %, selon la formule suivante :

$$\text{Tarif} * \text{taux moyen de prise en charge fixée en 2008 à 94 \%} * \text{coefficient géographique} * \text{coefficient de transition}$$

Pour les patients relevant des conventions internationales (Union européenne ou hors Union européenne), les forfaits pourront être facturés le lendemain de la publication au *Journal officiel* de la décision UNCAM fixant les taux de ticket modérateur applicables (tarif * taux de prise en charge du patient). En attendant, ces forfaits ne sont pas facturables et les patients ne sont redevables que des actes.

Pour les non-assurés sociaux (étrangers hors conventions internationales, AME, soins urgents de l'article L. 254-1 du CASF, payants), les forfaits SE sont facturables à 100 % pour les patients reçus depuis le 25 février 2009, sur la base de l'article 5 du décret du 23 février 2009 *supra*, qui prévoit l'exclusion des forfaits ATU, FFM et SE du calcul des tarifs journaliers de prestations.

Valorisation

Il convient de réaliser des RSF-ACE pour tous les patients, qu'ils soient assurés sociaux ou non, en codant la variable (séjour facturable l'assurance maladie) (1) avec la valeur correspondant à la situation du patient. Le but est, d'une part, de valoriser l'activité prise en charge par l'assurance maladie, d'autre part, de connaître l'ensemble de l'activité ayant donné lieu à forfait ATU.

4.2.2. Facturation dans les établissements ex-OQN

Le forfait SE est facturable :

- à l'encontre de l'assurance maladie pour les patients assurés sociaux, avec un ticket modérateur de 20 % ;
- à l'encontre des patients, intégralement.

5. Forfait SE et ticket modérateur forfaitaire de 18 euros

Un ticket modérateur forfaitaire de 18 euros est mis à la charge des assurés sociaux lorsque des actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) leur sont dispensés en consultations externes ou au cours d'une hospitalisation.

Cette participation forfaitaire s'applique, même en présence d'un forfait ATU (FFM et SE).

Dans les établissements ex-OQN, si un forfait ATU est associé à des actes, le TMF de 18 euros doit être déduit de la ligne ATU et non des actes, sur les factures transmises à l'assurance maladie.

Exemple : pour un ATU de 25,28 euros et un acte égal ou à 91 euros ou K50 de 100 euros, la facture télétransmise doit se présenter ainsi :

- ATU = 25,28 euros - 18 euros ;
- acte égal ou > 91 euros ou > K50 : 100 euros.

Cette consigne sera applicable dans les établissements ex-DG lorsque la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie sera mise en œuvre (cf. I de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 (2)).

Tableau résumant les situations au regard de la facturation

| FACTURABLE |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Soins non suivis d'hospitalisation ;- Patient en HAD venus dans un établissement recevoir les soins ;- Par l'établissement dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers ;- Deux forfaits SE dont l'un minoré de 50 %. |
| NON FACTURABLE |
| <ul style="list-style-type: none">- Soins non suivis d'hospitalisation mais dispensés dans une unité d'urgence ;- Soins suivis d'une hospitalisation ;- Par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale ;- Si un forfait ATU ou FFM ou un GHS est facturé. |

FORFAIT TECHNIQUE FACTURABLE AU TITRE DES ACTES DE SCANOGRAPHIE (SCA), DE REMNOGRAPHIE (IRM) ET DE TOMOGRAPHIE PAR ÉMISSION DE PROTONS (TEP)

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 162-1-7 relatif aux conditions de prise en charge des actes ;

(1) 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision.

(2) « 1 - Jusqu'au 1^{er} juillet 2011... les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques (en sus)... ne sont pas facturés à la caisse... L'agence régionale de l'hospitalisation procède, pour chaque établissement, à la valorisation de l'activité... »

Articles L. 182-2, L. 182-2-3 et L. 182-2-4 relatifs à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) ;

Articles R. 162-52 et R. 162-52-1 relatifs à la tarification des actes.

Arrêtés

Arrêté du 21 mars 2005 portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;

Arrêté du 10 septembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 24 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes ;

Arrêté du 21 décembre 2007 portant approbation de l'avenant n° 26 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Circulaires

Circulaire n° 90H245 du 6 mars 1990 relative aux modalités de prise en charge par l'assurance maladie des actes d'imagerie par résonance magnétique effectués dans le cadre de la co-utilisation de l'équipement des établissements publics ;

Circulaire n° 90/31 du 28 décembre 1990 relative aux modalités de facturation et de prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique réalisés dans les EPS ou à leur demande ;

Circulaire n° DSS/AM1/92/93 du 17 décembre 1992 relative aux modalités de facturation et de prise en charge des actes de scanographie réalisés dans les EPS ou à leur demande ;

Circulaires CNAMTS :

- CIR-55/2005 du 11 mai 2005 relative à des informations complémentaires sur la mise en œuvre de la version 1 de la CCAM (Cf. annexe IV) ;
- CIR-40/2007 du 18 septembre 2007 relative à la mise en œuvre de la version 10 de la CCAM ;
- CIR-44/2007 du 2 octobre 2007 relative à la mise en œuvre de la nouvelle tarification des forfaits techniques de scanner et d'IRM ;
- CIR-19/2008 du 17 mars 2008 modifiant l'avenant 26 à la convention nationale des médecins libéraux, relatif aux tarifs des forfaits techniques ;
- CIR-3/2009 du 27 janvier 2009 relative à la mise en œuvre de la version 15 de la CCAM.

Décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), relatives à la liste des actes et prestations prises en charge par l'assurance maladie

Décision du 11 mars 2005 (version 1 de la CCAM) ;

Décision du 23 août 2007 modifiée ;

Décision du 17 septembre 2008.

2. Définition et tarifs

Les actes de scanographie, de remnographie (IRM) et de tomographie à émission de positons (TEP) sont rémunérés par :

- le tarif de l'acte correspondant, tel qu'il figure dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- un forfait technique, rémunérant les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil, versé à l'exploitant de l'appareil.

Sont considérés comme frais d'amortissement et de fonctionnement dans l'annexe II de l'arrêté du 21 mars 2005 portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes : les « locaux, équipement principal et annexe, maintenance, personnel non médical, consommables hors produits de contraste, frais de gestion, assurance et taxe professionnelle ».

Deux types de tarifs de forfait technique (FT) peuvent s'appliquer chaque année civile :

- un tarif plein de FT, couvrant les frais d'amortissement et de fonctionnement de l'appareil ; ce forfait est différent selon que l'appareil est amorti ou non et s'applique jusqu'à l'activité annuelle de référence ;
- un tarif réduit de FT, au-delà de cette activité de référence, ne couvrant plus que les charges variables de fonctionnement, les frais d'amortissement de l'année en cours étant considérés comme couverts. Pour les appareils de scanographie et d'IRM, le tarif réduit du forfait technique varie selon la tranche d'activité considérée (cf. exemple *infra*).

En résumé, il existe donc :

- des tarifs pleins de FT pour les appareils non amortis ;
- des tarifs pleins de FT pour les appareils amortis ;
- des tarifs réduits de FT décroissants par tranches d'activité au-delà de seuils de référence, dont les montants sont identiques que l'appareil soit amorti ou non, pour les appareils de scanographie et de remnographie ;
- un tarif réduit de FT, pour les appareils TEP.

Les tarifs des FT résultent de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie, approuvée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Ils ont été calculés de façon à permettre la prise en charge totale des frais d'exploitation de l'appareil jusqu'à son amortissement, calculé sur sept ans dans l'arrêté tarifaire. Cette durée est, en règle générale, inférieure dans les établissements de santé, le taux d'amortissement fixé par l'ordonnateur tenant compte de la durée normale d'utilisation de l'appareil et les taux proposés à titre indicatif dans l'instruction budgétaire et comptable M21 qui leur est applicable étant compris entre 20 % et 25 %.

Le montant du forfait technique (FT) varie selon :

- l'année d'installation de l'appareil ;
- la classe à laquelle appartient cet appareil (1) ;
- un seuil d'activité de référence appliqué par année civile (2) et établi par zone géographique pour les appareils de scanographie et de remnographie.

3. Modalités de facturation

3.1. Principes généraux

Le forfait technique n'est facturable par les établissements de santé, publics ou privés antérieurement sous dotation globale, que dans le cadre des consultations externes et des prestations réalisées à la demande d'autres établissements ; pour les patients hospitalisés, les frais afférents sont inclus dans le GHS.

Pour les établissements privés ex-OQN, le forfait technique n'est pas inclus dans leurs GHS ; de ce fait, le forfait technique est facturable non seulement dans le cadre des consultations externes et des prestations réalisées à la demande d'autres établissements, mais également en sus des GHS lorsque le malade est hospitalisé.

Le FT est pris en charge à 100 % par l'assurance maladie, pour les patients ayant justifié de droits ouverts ; sinon, il doit être facturé aux patients ou à leur organisme de substitution.

Le FT est facturé, avec les actes correspondants, dans les conditions prévues par les dispositions générales de la CCAM : « les actes de scanographie, de remnographie, de tomographie à émission de positons sont rémunérés par l'addition d'un tarif par acte, figurant en regard du code, et d'un forfait technique... » (art. I-14-1).

Le FT est toujours versé à la structure exploitant l'appareil (établissements ex-DG ou ex-OQN), cette recette étant imputée sur le compte 75835 « co-utilisation d'équipements lourds » dans les établissements publics. L'honoraire, quant à lui, est versé au médecin lorsqu'il exerce en libéral (éventuellement à l'hôpital) ou à l'établissement hospitalier lorsque le médecin est salarié de l'établissement.

Cas particuliers

Actes de scanographie (3)

Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé « sauf dans le cas où est effectué l'examen conjoint des régions anatomiques suivantes : membres et tête, membres et thorax, membres et abdomen, tête et abdomen, thorax et abdomen complet, tête et thorax, quel que soit le nombre de coupes nécessaires, avec ou sans injection de produits de contraste ». Dans ce cas :

- deux actes au plus peuvent être tarifés à taux plein ;
- deux forfaits techniques peuvent être facturés, le second étant minoré de 10 % de son tarif.

Quand un libellé décrit l'examen conjoint de plusieurs régions anatomiques, il ne peut pas être tarifé avec un autre acte de scanographie mais deux forfaits techniques peuvent être facturés, le second étant minoré de 10 % de son tarif.

L'acte de guidage scanographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage scanographique. Dans ce cas, deux actes au plus peuvent être tarifés à taux plein (mais un seul forfait technique).

Actes de remnographie (4)

« Lorsque l'examen porte sur plusieurs régions anatomiques, un seul acte doit être tarifé. Un acte de remnographie, à l'exception du guidage remnographique, ne peut être associé à aucun autre acte. Le guidage remnographique ne peut être facturé qu'avec les actes dont le libellé précise qu'ils nécessitent un guidage remnographique. Dans ce cas, la règle générale s'applique » (donc avec un abattement de 50 % sur l'acte ou sur le guidage).

(1) Cette classe étant déterminée sur la base des caractéristiques techniques pour les scanners et les TEP, sur la base de la puissance du champ magnétique pour les IRM.

(2) Du 1^{er} janvier de l'année au 31 décembre de cette même année. Lorsque l'appareil est installé en cours d'année, le décompte débute au 1^{er} acte présenté au remboursement.

(3) Cf. § e des dérogations à l'article III-3B et annexe II des dispositions générales et diverses de la CCAM.

(4) Cf. § f des dérogations à l'article III-3B et annexe II des dispositions générales et diverses de la CCAM.

3.2. La tenue d'un registre chronologique

Les établissements doivent tenir à la disposition des médecins conseils et des agents des organismes d'assurance maladie, pour chaque appareil, un registre chronologique par année civile (Cf. annexe II de l'arrêté du 21 mars 2005 modifié, portant approbation de l'avenant n° 2 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes).

Ce registre porte le numéro de l'appareil et sa date d'installation (date de visite de conformité) et mentionne « pour chaque forfait technique pris en charge par l'assurance maladie :

- son numéro d'ordre par année civile (quand l'acte autorise la facturation de deux forfaits techniques, deux numéros d'ordre consécutifs doivent être inscrits) ;
- la date de réalisation ;
- les nom et qualité du médecin l'ayant effectué ;
- le numéro d'immatriculation de l'assuré ou, à défaut, la couverture sociale dont il bénéficie. »

La numérotation s'effectue pour chaque examen, par année civile.

Ce registre est conservé pendant une durée de cinq années suivant celle au cours de laquelle ont eu lieu les examens qui y sont consignés.

Ces principes d'enregistrement s'appliquent aux examens de scanographie, d'IRM et de TEP.

3.3. Le décompte des forfaits techniques (FT)

Tous les FT doivent être décomptés, y compris pour les examens réalisés sur les malades hospitalisés, qu'ils soient assurés sociaux ou non, quels que soient le statut et la qualité du médecin exécutant.

3.4. Facturation dans les établissements ex-DG

Les FT doivent être enregistrés dans RSF-ACE, hors forfaits réalisés pour les hospitalisés.

Utilisation dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers

Il appartient au patient de se procurer le produit de contraste dans une officine de ville sur présentation de la prescription médicale (circulaire DSS/AM1/92/93).

Le praticien hospitalier code l'acte qu'il a réalisé sur la feuille de soins ; il établit également un « titre forfait technique » et l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré.

Redevance due par le PH

Pour les actes d'IRM, la redevance s'applique sur l'acte CCAM.

Pour les scanners, une quote-part de 20 % du forfait technique est versé par l'établissement au PHTP pour chaque acte de scanographie réalisé dans le cadre de son activité libérale. Cette dépense est comptabilisée au 6588.

3.5. Facturation dans les établissements ex-OQN

Les honoraires du médecin de l'établissement ex-OQN sont portés sur les bordereaux de facturation S3404.

Le FT est porté sur un « titre forfait technique » établi par le médecin, qui l'adresse à la caisse d'affiliation de l'assuré, en indiquant le n° FINESS de l'établissement titulaire de l'autorisation de l'appareil.

4. La co-utilisation

La co-utilisation d'un appareil permet l'accès de l'équipement aux praticiens hospitaliers à temps plein dans le cadre de leur activité libérale et/ou aux médecins libéraux.

Une convention-type doit être passée entre l'établissement gestionnaire de l'appareil et les organismes d'assurance maladie (Cf. annexe II de la circulaire 90/31), chaque médecin utilisateur s'engageant à respecter les clauses de cette convention. L'exploitant s'engage à communiquer aux caisses d'assurance maladie signataires la liste des médecins adhérant à cette convention et ses mises à jour.

Co-utilisation par des médecins libéraux

Les honoraires du médecin sont portés sur ses feuilles de soins ou sur le bordereau de facturation S3404, le FT étant porté sur un « titre forfait technique » établi par le médecin.

Le titre forfait technique est adressé à la caisse d'affiliation de l'assuré.

FRANCHISE MÉDICALE

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale :

- articles L. 322-2 (III), L. 322-4, L. 325-1, L. 432-1 et L. 711-7 ;
- articles D. 322-5 à D. 322-9.

Circulaire DSS/2A n° 2008-179 du 5 juin 2008 relative à la mise en œuvre de la franchise médicale prévue au III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale.

2. Définition

La franchise médicale a été introduite par l'article 52 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (LFSS 2008) et mise en place depuis le 1^{er} janvier 2008.

Elle est à la charge des assurés sociaux au titre des médicaments qui leur sont prescrits ainsi que des actes paramédicaux et des transports sanitaires dont ils bénéficient. Elle ne peut pas être remboursée par les organismes d'assurance complémentaire (dans le cadre des contrats-responsable).

3. Champ d'application

3.1. Les assurés sociaux

Tous les assurés sociaux sont concernés sauf :

- les enfants de moins de 18 ans, au 1^{er} janvier de l'année civile considérée ;
- les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ;
- les bénéficiaires de l'assurance maternité ;
- les victimes et invalides de guerre pour les prestations en rapport.

Sont ainsi notamment concernés :

- les assurés sociaux relevant des régimes d'accidents du travail - maladies professionnelles ;
- les détenus pour les soins dispensés en unités de consultations de soins ambulatoires (UCSA).

En revanche, les bénéficiaires de l'aide médicale Etat (AME) n'en sont pas redevables.

3.2. Les prestations

3.2.1. Les médicaments

Tous les médicaments remboursables, y compris les préparations magistrales, sont concernés, hormis ceux délivrés en hospitalisation.

Montant : 50 centimes d'euro par unité de conditionnement (boîte, flacon...).

Pour les médicaments rétrocedés, le plafond de 50 centimes d'euro s'applique par ligne de prescription.

3.2.2. Les actes paramédicaux

Il s'agit des actes effectués par :

- les infirmiers (AMI) ;
- les masseurs-kinésithérapeutes (AMS) ;
- les orthophonistes (AMO) ;
- les orthoptistes ;
- les pédicures-podologues.

Montant : 50 centimes d'euro par acte paramédical.

Un plafond journalier de 2 euros s'applique lorsque plusieurs actes sont réalisés au cours de la même journée, pour un même patient :

- jusqu'au 30 novembre 2008, le plafond journalier s'appliquait pour les actes réalisés par un même professionnel de santé ;
- depuis le 1^{er} décembre 2008, le plafond journalier de 2 euros s'applique tous actes paramédicaux confondus, quel que soit le professionnel de santé les ayant réalisés.

Exemple : plafonnement à 2 euros pour 2 AMI + 1 AMS + 1 AMO, réalisés la même journée pour un même patient.

Cas particulier : les actes de prélèvement.

Seuls sont soumis à la franchise médicale, les actes qui sont réalisés par un auxiliaire médical. Les prélèvements réalisés par un infirmier sont donc soumis à la franchise alors que ceux réalisés par un technicien de laboratoire ou le directeur d'un laboratoire non médecin n'y sont pas soumis (ils ne sont pas non plus soumis à la participation forfaitaire de 1 euro).

3.3. Les transports sanitaires

La franchise concerne les transports en taxi, en véhicule sanitaire léger (VSL) et en ambulance.

La franchise s'applique :

- à chaque personne ;
- pour chaque trajet, y compris dans l'hypothèse d'un aller-retour (1 aller et retour = 2 franchises), que le transporteur soit le même ou non.

N'y sont pas soumis :

- les transports d'urgence (SAMU/SMUR), la garde ambulancière ;
- les transports sanitaires aériens.

Montant : 2 euros par transport sanitaire.

Plafond journalier : 4 euros par transporteur pour un même patient.

4. Plafond annuel

Un plafond annuel de 50 euros s'applique pour l'ensemble des actes ou prestations concernés, médicaments compris.

Ce plafond est distinct de celui applicable dans le cadre de la participation forfaitaire de 1 euro. Il existe donc 2 plafonds annuels de 50 euros.

5. Modalités de prélèvement

Pour les actes ou prestations assurés par les établissements de santé, le tiers-payant et la facturation des actes sont pratiqués dans les conditions habituelles, sans déduction de la franchise. Les établissements ne sont que des « transmetteurs », la franchise étant prélevée par l'assurance maladie sur les montants des premières prestations versées aux assurés sociaux (indemnités journalières, remboursements d'actes qu'ils soient soumis ou non à franchise et qu'ils soient réalisés pour eux-mêmes ou l'un de leurs ayants droit (enfant, conjoint...). Il y a donc un décalage entre la date de l'acte et la date de prélèvement de la franchise.

La franchise ne peut toutefois être prélevée sur les prestations non saisissables : rentes servies au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, capital décès, etc.

GARDES À VUE

1. Textes de référence

Code de l'action sociale et des familles

Article L. 251-1 relatif au droit à l'aide médicale de l'Etat.

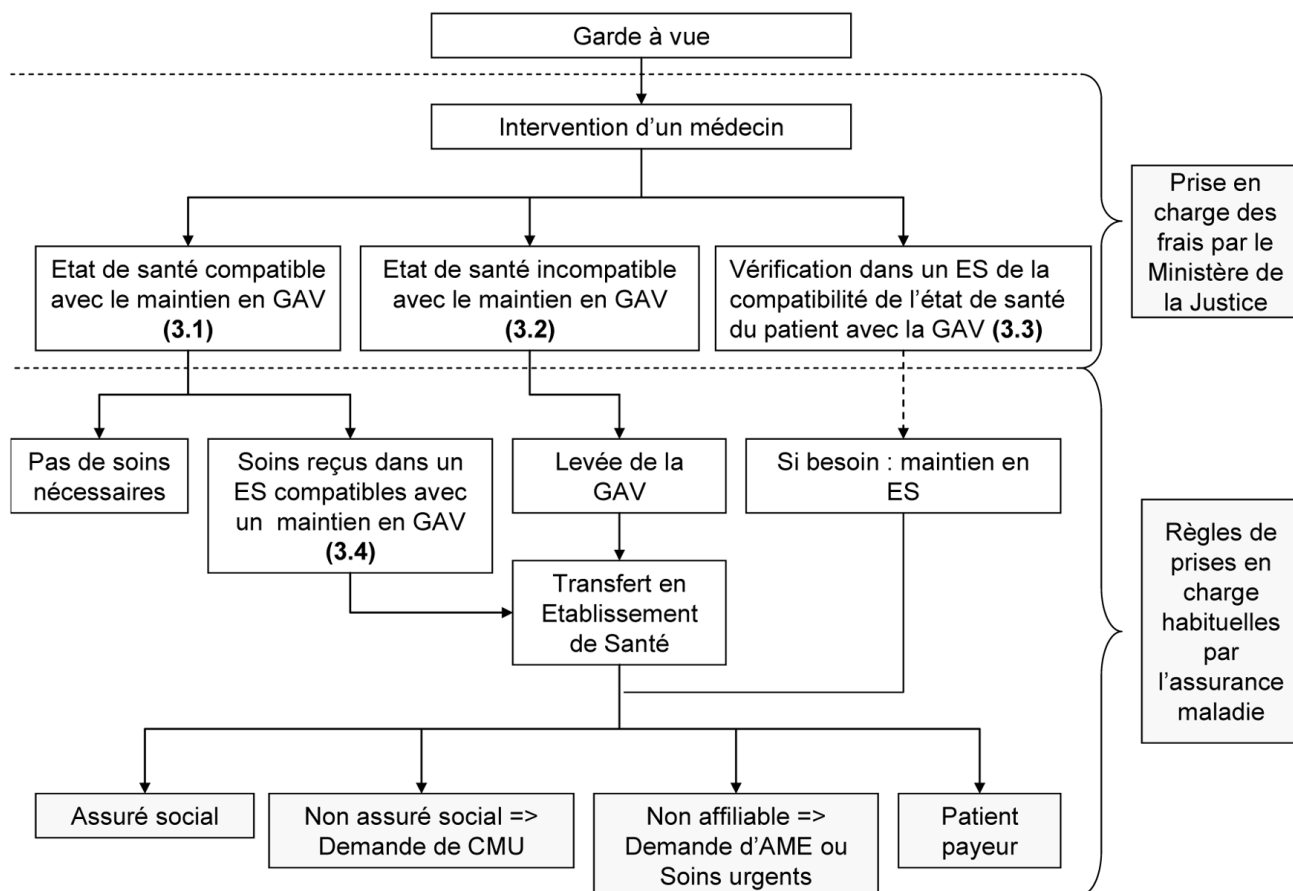
Code de procédure pénale

Articles 63-3 du code de procédure pénale et R. 116-1, R. 117 à R. 120 ;

Décret n° 2009-1026 du 25 août 2009 relatif à la prise en charge par l'aide médicale de l'Etat des frais pharmaceutiques et des soins infirmiers nécessaires à des personnes placées en garde à vue ;

Circulaire DH/AF1/98 n° 137 du 27 février 1998 précisant les modalités de création des unités médico-judiciaires (UMJ).

2. Schéma de référence



3. Les différentes modalités de gardes à vue

La durée légale de garde à vue est de vingt-quatre heures. Elle peut être prolongée de vingt-quatre heures sur autorisation écrite du procureur de la République (possibilité de prolongation à quatre jours en cas de trafic et d'usage de drogue et pour les affaires de terrorisme).

La personne gardée à vue a droit à un ou plusieurs examens médicaux à sa demande ou à défaut sur demande d'un membre de sa famille, ou si nécessaire et à tout moment, sur instruction du procureur de la République ou sur initiative de l'officier de police judiciaire.

Le médecin qui examine la personne gardée à vue se prononce sur son aptitude au maintien en garde à vue en rédigeant un certificat médical versé au dossier.

Afin de s'assurer de la compatibilité de l'état de santé physique et mental de la personne, avec la mesure de garde à vue, la personne gardée à vue peut être transférée à l'hôpital :

- pour être examinée dans une structure médico-judiciaire ;
- à la demande du médecin, s'il souhaite des examens complémentaires ;
- lorsque la compatibilité est prononcée mais que le médecin juge nécessaire que des soins soient dispensés à la personne (cas, par exemple, de soins infirmiers qui ne sont pas incompatibles avec la garde à vue).

Plusieurs cas doivent donc être envisagés.

3.1. *Intervention d'un médecin libéral au commissariat ou à la brigade qui juge que la garde à vue est compatible*

L'intervention du médecin libéral est prise en charge sur frais de justice, sans conséquence sur les règles de facturation à l'hôpital.

3.2. *Transfert de la personne gardée à vue dans un établissement de santé*

Avant de se prononcer sur la compatibilité de la garde à vue avec l'état de santé de la personne, le médecin peut demander des examens complémentaires dans un établissement de santé. Le transfert s'organise dans ce cas vers une unité médico-judiciaire (UMJ) ou un service d'accueil des urgences.

Lorsque le médecin considère que l'état de santé de la personne gardée à vue nécessite son hospitalisation, le transfert est décidé par le procureur qui peut décider de poursuivre la garde du patient par les forces de l'ordre.

4. Les modalités de prise en charge des gardés à vue

S'agissant des « frais pharmaceutiques et des soins infirmiers nécessaires aux personnes placées en garde à vue qui ne sont pas en mesure d'en assurer elles-mêmes le paiement immédiat », le décret n° 2009-1026 du 25 août 2009 pris en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles prévoit qu'ils « sont payés intégralement à l'établissement public de santé... sur présentation, d'une part, de l'ordonnance du médecin désigné pour les examiner par le procureur de la République ou par l'officier de police judiciaire..., d'autre part, de la justification de la fourniture ».

S'agissant des actes et soins externes ou des frais d'hospitalisation, pendant la durée légale de la garde à vue, la gestion du dossier administratif du patient relève du droit commun :

- si le patient est assuré social, il faut vérifier son ouverture de droits (carte Vitale si possible) ;
- s'il n'est pas assuré social, mais affiliable, il convient de constituer une demande d'affiliation au régime général (CMU de base), s'il remplit les conditions requises ;
- si le patient est en situation irrégulière, il faut vérifier s'il bénéficie de l'aide médicale d'Etat (AME) ou relève des soins urgents (personne présente sur le territoire national depuis moins de trois mois) ; s'il ne bénéficie pas de l'AME, un dossier de demande d'AME doit être établi ;
- si aucune couverture sociale ne peut être trouvée, le patient doit régler l'intégralité de ses frais.

A l'issue de la période de garde à vue, si le patient est toujours hospitalisé, deux cas peuvent se présenter :

- soit le patient est relaxé : la gestion du dossier continue de relever du droit commun ;
- soit le patient est détenu :
 - la part obligatoire relève de l'assurance maladie, tout détenu devant être affilié au régime général de sécurité sociale ;
 - la part complémentaire (ticket modérateur et/ou forfait journalier) est prise en charge par l'établissement pénitentiaire, à compter de la date d'incarcération.

Cf. guide MEAH/DHOS/AM « Les personnes détenues ».

INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE (IVG)

Il convient de distinguer :

- l'interruption volontaire de grossesse, pour laquelle la seule décision de la femme intervient : des conditions de délais sont alors requises (avant la fin de la douzième semaine) et l'acte doit être pratiqué en milieu médical autorisé et après information de l'intéressée et recueil de son consentement ;

- l'interruption de grossesse pratiquée pour un motif médical dite IMG, décidée par la personne intéressée mais pratiquée sous réserve de l'attestation d'une indication médicale relevant des seuls praticiens (art. L. 2213-1 et suivants du CSP).

Seul le premier cas est traité dans la présente fiche.

1. Textes de référence

La réglementation concernant l'IVG a été instituée par la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 (dite loi Veil) modifiée et actualisée par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 et l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 132-1 (prise en charge des mineures non émancipées sans consentement parental).
Article L. 321-1 (quatrième alinéa) ;
Article L. 322-3 (cas d'exonérations du ticket modérateur) ;
Article L. 162-38 ;
Article R. 322-1 (taux de ticket modérateur) ;
Articles D. 132-1 à D. 132-5 (prise en charge des IVG des mineures non émancipées, sans consentement parental).

Code de la santé publique (CSP)

Articles L. 2212-1 à L. 2212-11 (IVG avant la fin de la douzième semaine de grossesse) ;
Articles R. 2212-4 à R. 2212-19 (pratique des IVG dans les établissements de santé) ;
Article R. 5132-4 (commande à usage professionnel de médicaments « destinés à la médecine humaine »).

Arrêtés

Arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'interruption volontaire de grossesse, modifié par l'arrêté du 4 avril 2008 et l'arrêté du 4 août 2009 ;

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements de santé.

Circulaires

Circulaire CNAM n° 49/2003 du 24 mars 2003 relative aux modalités de prise en charge des IVG des mineurs non émancipées, sans consentement parental et à la préservation de l'anonymat dans les circuits d'échanges ;

Circulaire CNAM n° 134/2004 du 15 novembre 2004 relative aux prix limites des soins, des forfaits et de la surveillance afférente aux IVG en établissement de santé.

2. Conditions d'admission

Toute femme peut demander une IVG à un médecin, sans autorisation si elle est majeure.

Les IVG instrumentales doivent être pratiquées avant la fin de la douzième semaine de grossesse (art. L. 2212-1 du CSP) et les IVG par voie médicamenteuse jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse (art. L. 2212-2 et R. 2212-10 du CSP).

Deux consultations médicales préalables sont obligatoires, pour toutes les femmes (majeures et mineures). Un délai de réflexion d'une semaine est obligatoire entre les deux.

La première consultation médicale préalable

Outre l'examen clinique, le médecin sollicité doit informer la patiente des différentes méthodes d'IVG, des lieux de réalisation et des possibilités de choix dont elle dispose, des risques et des effets secondaires possibles.

Il doit également lui remettre un « dossier-guide », diffusé et actualisé chaque année par les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (DDASS) ; ce dossier comporte un rappel des dispositions réglementaires applicables, les adresses des établissements autorisés à pratiquer ses IVG, la liste des établissements d'information, de consultation et de conseil familial, des centres de planification et d'éducation familiale...

Le médecin doit proposer systématiquement, avant et après l'IVG, une consultation prévue à l'article L. 2212-4 du CSP, avec une personne qualifiée en conseil conjugal, ou dans un établissement d'information et de conseil habilité (centre de santé, centre de planification ou d'éducation familiale...). Cet entretien est facultatif pour les personnes majeures mais obligatoire pour les mineures.

Un médecin n'est pas tenu de prendre en charge lui-même la demande d'IVG ; mais il doit, dans ce cas, en informer la patiente et l'orienter vers les praticiens susceptibles de réaliser cette intervention, que ce soit en établissement ou en médecine de ville.

A l'issue de cette consultation, le médecin remet à la patiente une attestation de consultation médicale.

La seconde consultation médicale préalable

Cette seconde consultation a lieu au moins une semaine après la première consultation. Ce délai peut être réduit à quarante-huit heures si les démarches ont été entreprises tardivement et s'il y a risque de dépassement du délai légal de recours à l'intervention. Le médecin demande à la patiente l'attestation de première consultation médicale et établit une attestation de seconde consultation médicale.

Si la patiente confirme sa demande, elle doit remettre au médecin son consentement écrit.

Pour que l'IVG puisse être pratiquée, la patiente doit remettre les documents attestant de la réalisation de ces démarches soit :

Pour les patientes majeures :

- les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin ;
- la confirmation écrite de demande d'IVG.

Pour les mineures non émancipées, les procédures devant respecter l'anonymat (art. D. 132-1 à D. 132-5 du CSS) :

- les attestations de consultations médicales préalables remises par le médecin ;
- la confirmation écrite de demande d'IVG ;
- l'attestation de consultation psycho-sociale ;
- le consentement écrit de son père ou de sa mère (ou de son représentant légal) ; si la mineure désire garder le secret et ne veut pas que les titulaires de l'autorité parentale soient consultés, elle doit se faire accompagner dans sa démarche par la personne majeure de son choix (art. L. 2212-7 du CSP).

Après l'intervention (instrumentale ou par voie médicamenteuse), une consultation de contrôle et de vérification de l'IVG doit avoir lieu entre le quatorzième et le vingt et unième jour (que l'IVG ait été instrumentale ou médicamenteuse) ; à cette occasion, une nouvelle information sur la contraception est proposée.

3. Réalisation de l'acte médical

L'IVG ne peut être pratiquée que par un médecin (art. L. 2212-2 du CSP).

3.1. Techniques possibles

Deux techniques sont possibles en fonction de l'âge gestationnel de la patiente, celle-ci devant, dans la mesure du possible, pouvoir choisir la technique.

La technique chirurgicale (dilatation du col et évacuation du contenu utérin par aspiration) ; elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la douzième semaine de grossesse, soit quatorze semaines d'aménorrhée (art. L. 2212-1 du CSP) et doit avoir obligatoirement lieu dans un établissement de santé autorisé à pratiquer des IVG.

La technique médicale par voie médicamenteuse. Elle peut être pratiquée jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse soit au maximum sept semaines d'aménorrhée (art. L. 2212-2 et R. 2212-10 du CSP), soit en établissement de santé, soit en cabinet de ville (*cf. infra*). Elle consiste à administrer deux médicaments différents, l'un interrompant la grossesse (mifépristone/mifégyne), l'autre provoquant les contractions et l'expulsion de l'embryon (misoprostol/gymiso), au cours de deux consultations différentes. Une consultation de contrôle doit ensuite intervenir afin de vérifier que la grossesse est bien interrompue.

3.2. Lieu de réalisation de l'IVG

L'IVG doit être réalisée :

- soit dans un établissement de santé public ou privé, autorisé à pratiquer des IVG ;
- soit hors d'un établissement de santé, dans le cadre d'une convention conclue entre un praticien (y compris les médecins salariés d'un établissement de santé non autorisé à pratiquer des IVG), un centre de santé, un centre de planification ou d'éducation familiale et un établissement de santé agréé (*cf. convention type annexe 22-1 du CSP*). Cette activité est assimilée à une activité « externe » et ne peut alors être pratiquée que par voie médicamenteuse et avec restriction des délais (jusqu'à la fin de la cinquième semaine de grossesse). Le médecin doit justifier d'une expérience professionnelle adaptée.

4. Les tarifs

Les prix sont fixés par arrêté ministériel.

4.1. Pour les établissements ex-DG

Les interventions sont facturables sur la base d'un forfait.

Cinq forfaits pour les IVG instrumentales :

- un forfait pour les IVG sans anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à douze heures (code prestations IMD) ;
- un forfait pour les IVG avec anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à douze heures (code prestations AMD) ;
- un forfait pour les IVG sans anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures (code prestations IPD) ;
- un forfait pour les IVG avec anesthésie générale, d'une durée d'hospitalisation comprise entre douze et vingt-quatre heures (code prestations APD) ;
- un forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires (code prestations FJS), facturable une seule fois. Il ne peut y avoir qu'un seul FJS.

Au-delà de deux jours d'hospitalisation, soit à compter du troisième jour, l'IVG devient une interruption de grossesse pratiquée pour motif médical (cf. L. 2213-2 du CSP) ; elle est alors prise en charge par l'assurance maladie sur la base du GHS correspondant au GHM décrivant le séjour si la patiente est assurée sociale et sur la base du tarif journalier de prestation si la patiente n'est pas assurée sociale.

Ces forfaits incluent les analyses de laboratoire préalables à l'IVG, l'anesthésie lorsqu'elle est pratiquée, l'intervention et la surveillance.

Ils excluent les deux consultations préalables et la consultation de contrôle, facturables en sus.

Un forfait pour les IVG médicamenteuses :

Le forfait pour les IVG par mode médicamenteux comprend les différents temps de l'IVG médicamenteuse. Si l'IVG est effectuée à l'occasion de l'activité libérale des praticiens, il convient d'appliquer la ventilation des forfaits prévue pour les établissements privés ex-OQN (cf. *infra*).

Ce forfait inclut les analyses de laboratoire préalables à l'IVG, les deux consultations de remise des médicaments, la consultation de contrôle (vérification de l'interruption de grossesse, par analyse de biologie ou par échographie) et les médicaments administrés.

Il exclut les deux consultations préalables, facturables en sus.

4.2. Pour les établissements de santé privés ex-OQN

Les IVG instrumentales : des prix limites des soins et des forfaits d'hospitalisation sont fixés pour chacun des items suivants :

- l'acte d'IVG ;
- l'anesthésie générale ;
- les investigations biologiques préalables à l'intervention ;
- l'accueil et l'hébergement, y compris les frais de salle d'opération pour une durée :
 - soit égale ou inférieure à douze heures ;
 - soit comprise entre douze et vingt-quatre heures ;
 - soit pour vingt-quatre heures supplémentaires.

Les IVG par voie médicamenteuse : des prix limites des soins et de la surveillance sont fixés pour :

- les investigations biologiques préalables à l'intervention ;
- la consultation initiale comportant la prise de mifépristone ;
- la consultation secondaire comportant l'administration de misoprostol et surveillance en établissement agréé ;
- la consultation ultérieure de contrôle et vérification :
 - soit par méthode biologique ;
 - soit par méthode échographique.

4.3. Pour les médecins ou les centres de planification effectuant des IVG par voie médicamenteuse, dans le cadre d'une convention conclue avec un établissement de santé (deuxième alinéa de l'article L. 2212-2 du CSP)

Les interventions sont facturables sur la base d'un forfait incluant le prix TTC des médicaments, la consultation au cours de laquelle le médecin reçoit le consentement de la patiente, les consultations d'administration des médicaments (mifépristone et misoprostol) et la dernière consultation de contrôle (art. 4 de l'arrêté du 23 juillet 2004 relatif aux forfaits afférents à l'IVG). Les codes prestations sont :

- FHV : forfait honoraires de ville ;
- FMV : forfait médicaments de ville.

La première consultation reste à la charge de la patiente.

5. Facturation des IVG

5.1. Dans les établissements ex-DG

Depuis 2008, la valorisation des prestations d'IVG est effectuée sur la base des résumés de sortie standardisés (RSS) produits ; la conversion des RSS (résumés de sortie standardisés) en code prestations (AMD, IMD...) est automatiquement réalisée par MAT2A lors des opérations de valorisation d'activité.

L'IVG, y compris médicamenteuse, doit donc faire l'objet d'un résumé d'unité médicale (RUM) unique, quel que soit son type, et inclure toutes les étapes, de la consultation initiale jusqu'à la consultation de contrôle, en passant par la prise en charge de l'hospitalisation (cf. description des modalités détaillées du codage en annexe).

Pour les IVG médicamenteuses, par convention les dates d'entrée et de sortie doivent être égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge, qu'elle ne soit pas allée au-delà de la consultation de prise du médicament abortif ou qu'elle ait compris l'ensemble des étapes.

Les données de facturation doivent être transmises *via* VIDHOSP.

5.2. Dans les établissements ex-OQN, par assimilation, un RUM unique doit également être produit pour l'ensemble de ces étapes

Les modalités de codage sont identiques à celles des établissements ex-DG, la facturation à l'assurance maladie étant directe.

5.3. Cas particuliers (cf. modalités de codage dans l'annexe)

Les complications d'IVG

Sont considérées comme complications d'IVG les infections génitales, hémorragies, embolies... Un avortement incomplet (simple rétention de produits de conception), même en l'absence de complication de ce type, est également considéré comme une complication d'IVG.

Elles donnent lieu à facturation d'une prestation d'hospitalisation couvrant l'ensemble du séjour, sous forme d'un GHS correspondant au GHM ; forfait et GHS ne peuvent pas être cumulés.

Les échecs d'IVG

On parle d'échec d'avortement devant une absence totale d'expulsion des produits de conception. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale après constat de la poursuite de la grossesse. Un nouveau rendez-vous est organisé, dans un délai rapproché du premier et une seconde prise en charge est donc réalisée.

Un nouveau RSS et la facturation d'un nouveau forfait d'IVG (instrumentale) par l'établissement sont autorisés.

La réalisation d'une IVG au cours d'une hospitalisation, sans rapport avec cette hospitalisation

Elles donnent lieu à facturation d'un GHS correspondant au GHM (forfait et GHS ne peuvent pas être cumulés).

Le forfait journalier n'est pas facturable sauf dans les cas de complications d'IVG ou réalisation d'une IVG en cours d'hospitalisation.

6. Conditions de prise en charge des IVG

6.1. Conditions de prise en charge des assurées sociales

Les frais liés aux IVG sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie :

A 80 % pour les patientes hospitalisées non mineures non émancipées (1) :

- assurées sociales et leurs ayants droit ;
- bénéficiaires de la couverture maladie universelle de base (CMU de base).

Les patientes qui veulent bénéficier du tiers payant doivent présenter, dès leur admission, des pièces justifiant de droits ouverts auprès d'un organisme de sécurité sociale (carte Vitale ou attestation papier...).

Le ticket modérateur est pris en charge, soit :

- par la patiente, par règlement au comptant le jour de l'intervention ou par son organisme complémentaire, s'il y a lieu (mutuelle et assurance) ;
- par la CPAM concernée, au titre de la CMU complémentaire, sur présentation de l'attestation CMU complémentaire ou de la carte Vitale.

A 100 % pour les mineures non émancipées sans consentement parental pour lesquelles l'assurance maladie prend en charge l'intégralité des dépenses (art. L. 132-1 du CSS).

S'agissant des mineures non émancipées sans consentement parental, les procédures doivent respecter l'anonymat (articles D. 132-1 à D. 132-5 du CSS) ; aucune demande de paiement ne peut donc être présentée à l'intéressée et aucune identification de l'assurée ne doit être possible (les informations administratives du RUM ne doivent faire apparaître que l'année de naissance, le sexe et le numéro d'hospitalisation).

(1) Les IVG ne figurant pas dans les cas d'exonération du ticket modérateur énumérés à l'article L. 322.3. Le TM est de 20 % (sur la base du 2° de l'article L. 322.1).

Pour être remboursés, les établissements ex-OQN doivent adresser, sous pli confidentiel, les documents nécessaires (factures proforma individuelles, bordereaux de facturation des soins et des hospitalisations afférents à l'IVG et comportant les éléments justifiant l'ouverture des droits), au contrôle médical de la CPAM dans le ressort de laquelle ils sont implantés ou dont relève la patiente. Le contrôle médical procède à leur anonymisation et les transmet aux services administratifs à fin de règlement. Ce dispositif sera applicable aux établissements publics de santé lors de la mise en place de la facturation directe ; actuellement, l'anonymisation des données de facturation est de fait avec MAGIC (1) et les informations du RSS relatives à l'identité de la patiente se limitent à l'année de naissance, au sexe et au numéro d'hospitalisation pour les patientes ayant demandé l'anonymat.

A 70 % pour les patientes prises en charge par le médecin salarié d'un établissement de santé ex-DG ne disposant pas d'un service autorisé à pratiquer les IVG et ayant passé convention avec un établissement agréé. Cette activité est en effet assimilée à une activité externe (cf. *supra* point 3).

Les assurées sociales de nationalité étrangère ne sont pas prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans le cadre des conventions internationales. Par conséquent, ces frais d'intervention doivent être réglés en totalité par la patiente le jour de son admission à l'hôpital, à charge pour elle d'en demander le remboursement à l'organisme dont elle relève.

6.2. Conditions de prise en charge des non-assurées sociales

Les IVG sont prises en charge à 100 % :

- soit par l'aide médicale de l'Etat (AME), si la patiente en est bénéficiaire et dans la limite des tarifs de responsabilité de sécurité sociale ; si la personne ne bénéficie pas de l'AME et si les conditions de résidence en France et de ressources sont remplies, le service social doit établir une demande d'AME (cf. fiche AME) ;
- soit par la patiente elle-même.

(1) Le logiciel MAGIC (module d'anonymisation et de gestion des informations de chaînage) permet la génération irréversible, par hachage du numéro d'assuré social, de la date de naissance et du sexe des malades (fichier VID-HOSP), d'une clé de chaînage (cf. circulaire DHOS-PMSI n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissement hospitalier).

ANNEXE TECHNIQUE

« PRODUCTION DE L'INFORMATION MÉDICALE CONCERNANT LES IVG »

(extrait du guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale en MCOO)

6.1. Codage des IVG

6.1.1. IVG non compliquée

Le codage associe un code de la catégorie O04 de la CIM-10 (avortement médical) en position de diagnostic principal (DP) et le code Z64.0 difficultés liées à une grossesse non désirée, en position de diagnostic associé (DA). L'acte enregistré est, selon le cas :

- JNJD002 : évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au premier trimestre de la grossesse ;
- ou bien JNJP001 : évacuation d'un utérus gravide par moyen médicamenteux, au premier trimestre de la grossesse.

Dans le cas de l'IVG médicamenteuse, on rappelle qu'un résumé d'unité médicale (RUM) unique doit être produit. Il doit mentionner par convention des dates d'entrée et de sortie égales à la date de la consultation de délivrance du médicament abortif, quel qu'ait été le déroulement réel de la prise en charge (se reporter au point 1.2. du chapitre I).

6.1.2. IVG compliquée

6.1.2.1. Lorsqu'une complication survient au cours du séjour même de l'IVG, celle-ci est codée par le quatrième caractère du code O04. Le cas échéant, un code de la catégorie O08 (complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire) en position de diagnostic associé peut identifier la nature de la complication (CIM-10, volume 2, p. 123).

6.1.2.2. Lorsqu'une complication donne lieu à une réhospitalisation après le séjour d'IVG, deux cas doivent être distingués :

- s'il s'agit d'un avortement incomplet, avec rétention simple ou compliquée de produits de la conception :
 - le codage du DP utilise la catégorie O04 ; le quatrième chiffre précise le caractère simple de la rétention (.4), ou identifie la nature de la complication (.0, .1, .2 ou .3) ;
 - l'acte enregistré est JNMD 001 (révision de la cavité de l'utérus après avortement) ;
- s'il s'agit d'une complication autre qu'un avortement incomplet :
 - le DP est un code de la catégorie O08 (complications consécutives à un avortement, une grossesse extra-utérine et molaire) ;
 - l'acte ou les actes enregistrés sont ceux réalisés pour le traitement de la complication.

Dans les deux cas, rétention ou autre complication, le code Z64.0 ne doit pas figurer dans le RUM.

6.1.3. Echec d'IVG

On parle d'échec d'IVG devant le constat d'une poursuite de la grossesse. Ce cas est généralement observé après une IVG médicamenteuse. Il conduit à pratiquer une IVG instrumentale. Le RUM doit être codé comme suit :

- le DP est un code de la catégorie O07 (échec d'une tentative d'avortement) ;
- le code Z64.0 est porté en position de DA ;
- l'acte enregistré est JNJD. 002 (évacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au premier trimestre de la grossesse).

MALADIES PROFESSIONNELLES (MP)

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 461-1 et suivants : dispositions concernant les maladies professionnelles.

Article L. 413-13 relatif aux collectivités, établissements et entreprises assurant directement la charge de la réparation ;

Article L. 431-2 relatif au délai de prescription des droits aux prestations AT/MP ;

Article L. 441-5 relative à la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » ;

Articles R. 441-8 et R. 441-9 du CSS ;

Articles R. 461-1 et suivants : dispositions concernant les maladies professionnelles.

Article L. 161-31 relatif à la carte Vitale ;

Article L. 176-1 relatif au reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des AT-MP ;

Article R. 174-4 : carte Vitale et demande de prise en charge.

Circulaires

Circulaire n° 122 du 15 novembre 1985 relative aux délais de transmission des informations de séjour en cas de demande de prise en charge (règle du délai de quarante-cinq jours) ;

Circulaire DSS/2A/DHOS/F3 n° 2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre du ticket modérateur forfaitaire dans les établissements de santé ;

A noter : les dispositions des articles L. 461-5 et R. 461-5 sont reprises dans les articles L. 751-7 et L. 752-24, R. 751-19 et R. 751-30 du code rural.

2. Définition des maladies professionnelles

Conformément à l'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale (CSS) : « est présumée d'origine professionnelle toute maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles [annexé au code de la sécurité sociale] et contractée dans les conditions mentionnées à ce tableau ». Les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales et sont accessibles sur le site de l'Institut national de recherche et de sécurité (www.inrs.fr)

Si l'une ou plusieurs des conditions précitées ne sont pas remplies, la maladie désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut toutefois être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime.

Peut également être reconnue d'origine professionnelle, une maladie non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux au moins égal à 25 % (article R. 461-8).

Dans les cas mentionnés aux deux alinéas précédents, la caisse d'assurance maladie reconnaît l'origine professionnelle de la maladie après avis motivé d'un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (dernier alinéa de l'article L. 461-1 du CSS).

Le délai dont dispose le CRRMP pour donner son avis s'impute sur les délais réglementaires d'instruction (R. 441-14).

3. Déclaration de maladie professionnelle

3.1. Qui déclare ?

Personnes concernées

Toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs, bénéficiaire de l'assurance accidents du travail – maladies professionnelles (AT-MP), et ce, dès son embauche.

L'assurance volontaire accorde aux personnes non couvertes par le système protecteur de la législation professionnelle la possibilité de s'assurer volontairement contre le risque des AT-MP.

Il appartient à la victime de déclarer la maladie professionnelle à la caisse primaire, même si elle a déjà transmis une lettre d'avis d'interruption de travail. Elle dispose à cet effet, conformément aux articles L. 461-5 et R. 461-5 du code de la sécurité sociale, d'un délai de quinze jours à compter de la cessation du travail liée à la maladie déclarée, ou de trois mois à compter de la date d'entrée en vigueur d'un nouveau tableau lorsque la maladie a été antérieurement constatée médicalement.

Ces délais n'étant pas assortis de sanctions, la victime dispose en fait du délai de prescription de deux ans, prévu à l'article L. 431-2 du CSS, à compter notamment de la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle, cette date étant assimilée à la date de l'accident mentionnée à l'article L. 431-2. (voir en ce sens la charte des AT/MP fiche « Maladie professionnelle : définitions, formalités, procédure ».)

Le médecin (traitant, hospitalier, du travail...), constatant une maladie professionnelle, établit et remet au patient un « certificat médical initial » que la victime devra joindre à la « déclaration de maladie professionnelle » (imprimé national S 6100) accompagné de l'attestation de salaire le cas échéant et du certificat médical, qu'elle transmet à la caisse de sécurité sociale dont elle dépend.

Une suspicion de maladie professionnelle suffit pour enclencher les démarches. Il convient alors de rédiger un certificat médical, sans avoir à certifier son origine professionnelle. Les médecins hospitaliers ont un rôle capital dans ce dépistage. La non-déclaration des maladies professionnelles qui auraient pu être reconnues a pour conséquence la non-prise en charge des soins par la branche AT-MP. Ils le sont par la branche « maladie » et les patients ne bénéficient pas forcément d'une prise en charge à 100 % de leurs frais d'hospitalisation ou de soins externes (*cf. infra*).

3.2. Instruction du dossier

La CPAM dispose d'un délai de trois mois pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel ou non de la maladie, lequel délai est renouvelable une fois si un examen ou une enquête complémentaire est nécessaire (art. R. 441-14 CSS).

L'absence de réponse de la caisse à l'issue de l'un ou l'autre de ces délais de trois mois vaut reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie.

A la réception de la déclaration de maladie professionnelle, la caisse remet systématiquement à la victime une « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » (référence S 6201) nécessaire à la prise en charge des soins. La feuille est valable pour la durée du traitement consécutif à la maladie, sous réserve que celle-ci soit reconnue.

Tableau des différentes dates importantes en maladies professionnelles

| Date de la première constatation médicale de la maladie | Date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle | Date de réception de la demande par la CPAM (DMP + certificat médical descriptif) | Date de fin de l'exposition au risque | Date d'entrée en vigueur des nouveaux tableaux (le lendemain de la publication au JO) |
|---|---|---|--|--|
| <p>Cette date sert :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ à vérifier les conditions relatives : <ul style="list-style-type: none"> ▪ au délai de prise en charge (art. L. 481-2, 5^e al.) : la 1^{re} constatation médicale doit intervenir dans le délai de prise en charge qui court à compter de la fin de l'exposition au risque, ▪ à la durée d'exposition au risque : cette condition, lorsqu'elle existe, doit être remplie lors de la 1^{re} constatation médicale de la maladie. ◆ à déterminer : <ul style="list-style-type: none"> ▪ le régime de prise en charge de la MP (art. D. 481-24 lorsqu'il s'agit d'une pneumoconiose), ▪ les règles d'imputation au compte spécial (*). | <p>Cette date est assimilée à la date de l'accident (art. L. 481-1, 1^{er} al. et constitue :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ la date administrative de la MP, ◆ le point de départ de l'indemnisation au titre du risque professionnel, ◆ un des points de départ de la prescription au sens de l'article L. 431-2, ◆ éventuellement la date de consolidation de la maladie (exemples : tableau 42 si l'audiométrie est antérieure, pathologies non évolutives ou non susceptibles d'amélioration,...). | <p>Cette date constitue le point de départ du délai d'instruction (art. R. 441-10, circ. CNAMTS DRP n° 18/99 ENSM n° 21/99 du 20/05/1999).</p> <p>NB : les examens complémentaires prévus aux tableaux peuvent être adressés postérieurement, cependant les délais courent dès réception de la DMP et du CM descriptif.</p> | <p>Cette date constitue le point de départ du délai de prise en charge.</p> <p>Elle sert également à déterminer les règles d'imputation au compte employeur (*).</p> | <p>Cette date :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ constitue le point de départ de l'indemnisation lorsque la première constatation médicale est antérieure à celle-ci (art. L. 481-2, 4^e al. - Circ. CNAMTS DRP n° 19/00 ENSM n° 22/00 du 21/04/2000) ; ◆ sert également à déterminer les règles d'imputation au compte spécial (*). |

(*) Application de l'art. 2 de l'arrêté du 16/10/1995 - cf. fiche "Tarification : le compte spécial des maladies professionnelles".

Source : charte des AT-MP fiche « Dates importantes en MP »

4. La prise en charge des soins

Les victimes sont prises en charge à 100 % pour les soins médicaux nécessaires et liés au traitement de la maladie professionnelle.

Cette prise en charge vaut à compter de la date du certificat faisant le lien entre la pathologie et une activité professionnelle, en pratique, la date du certificat médical initial.

En cas de non-reconnaissance, les frais sont pris en charge dans le cadre de l'assurance maladie selon les modalités habituelles.

Les victimes sont donc dispensées de la totalité des frais d'hospitalisation, y compris du forfait journalier hospitalier, et de consultations et soins externes. Elles ne sont pas non plus redevables du ticket modérateur forfaitaire (18 €) prévu par l'article R. 322-8 du CSS (cf. fiche spécifique à ce sujet et circulaire du 3 juillet 2006), pour les actes supérieurs à 91 €.

En revanche, les dispositions du II (participation forfaitaire) et III (franchise annuelle) de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux bénéficiaires du livre IV du code de la sécurité sociale relatif aux accidents de travail et maladies professionnelles (art. L. 432-1 CSS).

Les modalités de prise en charge par régime

La plus grande partie des salariés est couverte par la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » du régime général de la sécurité sociale.

Toutefois, à la différence des autres risques, il n'est pas pris en charge par tous les régimes de sécurité sociale.

| REGIMES PRENANT EN CHARGE LE RISQUE "MP" | |
|--|--|
| 01. Régime général. | Les salariés sont garantis par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie dont ils relèvent. Tout séjour lié à une maladie professionnelle doit faire l'objet d'une demande de prise en charge. Toutefois, certaines entreprises gèrent directement le risque MP ; dans ce cas, les frais de séjour leur sont facturés. |
| 02. Mutualité sociale agricole. | |
| 04. SNCF | Risque MP géré par la Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (http://www.cprpsncf.fr/Maladies-professionnelles,367) |
| 05. RATP | Risque MP géré par la Caisse de coordination aux assurances sociales de la RATP (http://www.unrs.fr/pages/commun/article.php?id_article=116) |
| 06. IEG | Risque MP géré par la Caisse nationale des industries électriques et gazières (http://www.cnieg.fr/index.php?id=9) |
| 10. Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire | Le risque MP n'est pas garanti par ces régimes mais par le régime général. |
| 12. Personnel de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Paris | |
| 13. Personnel de la Caisse autonome nationale de Sécurité Sociale des mines. | |
| 16. Régime du Port autonome de Bordeaux | |

| REGIMES NE PRENANT PAS EN CHARGE LE RISQUE MP | |
|--|---|
| 03. Régime social des indépendants. | Les adhérents doivent donc souscrire une assurance privée. |
| 06. Caisse générale de prévoyance des marins. | Le débiteur est déterminé par la caisse ; il peut être soit l'employeur soit la caisse. |
| 07. Caisse autonome nationale de la Sécurité Sociale des mines. | La gestion du risque est assurée : - soit par l'employeur, pour les agents des entreprises nationalisées (houillères) ; - soit par les sociétés de secours minières dans les autres cas (potasse, fer, ardoisières...). |
| 08. Caisse nationale militaire de Sécurité Sociale. | Les MP sont prises en charge : - soit par la Direction du Service de Santé des Armées pour les militaires de carrière ; - soit par la Caisse nationale militaire de Sécurité Sociale en tant qu'employeur. |
| 09. Personnel de la Banque de France | Le risque MP est géré par l'employeur |
| 14. Fonds de Sécurité Sociale de l'Assemblée Nationale. | Le risque est géré par l'employeur |
| 17. Caisse des Français à l'étranger. | Adhésion possible pour le risque "MP". |
| 90. Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC). | La CAVIMAC ne gère pas le risque MP. Aucune couverture n'est prévue Les dépenses afférentes sont donc prises en charge sur la base des remboursements "assurance maladie" |
| 91 à 99. Sections Locales Interministérielles (SLI). | Les SLI ne gèrent pas le risque MP. Le risque est pris en charge soit directement par l'employeur, soit par la CPAM du domicile. |

5. Conditions de prise en charge des soins hospitaliers

Lorsque la maladie professionnelle pour laquelle un malade est admis à l'hôpital (ou reçu en consultations externes) a été déclarée, le malade le signale au service des admissions et doit lui présenter sa « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle ».

L'établissement doit ensuite adresser les informations de séjour correspondantes à sa caisse pivot, le passage en tarification à l'activité n'ayant pas supprimé cette obligation. Les informations de séjours doivent être renseignées avec soin et les retours de la caisse traités sans délai. Ces informations de séjour sont actuellement le seul moyen pour l'assurance maladie d'imputer sur le risque AT-MP les dépenses prises en charge à ce titre.

Lorsque la pathologie n'a pas encore été déclarée mais que le malade signale qu'elle est susceptible d'être d'origine professionnelle, le service d'admission doit demander au service de soins d'établir un certificat médical initial. Le service d'admission adresse ensuite une demande de prise en charge des soins hospitaliers au titre de l'assurance AT-MP, à la caisse gestionnaire dont relève la victime via la caisse pivot, en joignant le certificat médical initial. Il en est de même lorsque l'origine professionnelle de la maladie est détectée au cours de l'hospitalisation, par le service dans lequel le malade est soigné.

Lorsque la maladie professionnelle est reconnue, l'établissement doit transmettre les informations de séjour correspondantes. A noter que la caisse pivot dispose d'un délai de cinquante jours (quarante-cinq jours + cinq jours à compter de la réception des demandes de prise en charge) pour faire parvenir aux hôpitaux les réponses des organismes gestionnaires. Au delà de ce délai, la prise en charge est considérée comme acquise, conformément au principe des accords tacites (cf. circulaire ministérielle n° 122 du 15 novembre 1985).

Dans tous les cas, les services administratifs doivent recueillir avec exactitude l'état civil de la victime, son numéro d'immatriculation, la désignation de l'employeur et « toutes circonstances particulières qu'il lui paraîtrait utile de signaler » (cf. article R. 441-9 du CSS).

Dans certains cas, des soins doivent être poursuivis après la consolidation. Les soins médicaux peuvent alors être pris en charge sous réserve qu'ils soient médicalement justifiés, définis et prescrits par le médecin traitant. Celui-ci doit établir un protocole de soins en concertation avec le médecin conseil de la caisse dont dépend la victime. En cas d'accord sur le protocole de soins, la caisse adresse à l'assuré une notification de l'accord de prise en charge des soins, pour la durée prévue par le protocole de soins.

Il peut aussi apparaître, après guérison ou consolidation, une aggravation ou une rechute nécessitant de nouveaux soins. Dans ce cas, l'assuré doit faire établir un certificat de rechute ou d'aggravation qu'il remet à sa caisse. Celle-ci lui délivre une nouvelle « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » lui permettant d'être pris en charge à 100 %.

MÉDICAMENTS

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Articles L. 162-16-4, L. 162-16-5, L. 162-16-5-1, L. 162-16-6, L. 162-17, L. 162-17-2, L. 162-22-7, L. 162-22-7-1 (spécialités pharmaceutiques) ;

Articles L. 322-2, L. 322-3 (participation de l'assuré) ;

Article L. 162-22-13 (MIGAC) (1) ;

Articles R. 162-32-1, R. 322-1, R. 322-2, D. 162-6, D. 162-9 à D. 162-16.

Code de la santé publique (CSP)

Articles L. 5111-1, L. 5111-2, L. 5121-12, L. 5121-20 (10°), L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5126-4 ;

Articles R. 5121-77 à R. 5121-96, R. 5126-102 à R. 5126-110.

Arrêtés

Arrêtés modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage de collectivités et divers services publics ;

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 de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code ;

Arrêtés modifiant l'arrêté du 4 avril 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du CSS et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Arrêté du 9 mai 2005 pris en application du II de l'article L. 162-16-6 du CSS ;

(1) Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Arrêté du 13 mars 2009 pris pour l'application de l'article D. 162-8 du CSS ;

Arrêté du 23 janvier 2008 relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS par les caisses d'assurance maladie (4° de l'article 4) ;

Arrêté du 21 janvier 2009 relatif aux modalités de versement des ressources des hôpitaux des armées.

Circulaire

Circulaire DGS/SD/3A/DSS/FSS/DHOS/E2 n° 2007-143 du 11 avril 2007 relative aux conditions dans lesquelles peuvent être fournis et pris en charge les ATU (1) et les nouveaux médicaments bénéficiant d'AMM sans avoir fait l'objet d'ATU.

Avis de prix publiés au *Journal officiel* par le Comité économique des produits de santé (2)(CEPS) pour :

- les médicaments inscrits sur les listes des spécialités pharmaceutiques, produits et prestations financés en sus des prestations d'hospitalisation ;
- les médicaments vendus au public par les pharmacies à usage intérieur.

2. Définitions

Un médicament est prescrit, dispensé ou délivré par un pharmacien, puis administré au patient. La prescription est l'acte par lequel un professionnel de santé préconise un traitement médical à son patient (par ordonnance).

La dispensation (ou délivrance) est l'acte par lequel le pharmacien distribue le médicament au patient (ou la pharmacie hospitalière au service hospitalier). La notion de dispensation implique un conseil, pas celle de délivrance.

L'administration est l'acte par lequel le patient prend le médicament, le cas échéant avec l'intervention d'un professionnel de santé.

3. Réglementation applicable aux médicaments

Les médicaments sont des produits de santé définis et détaillés par le code de la santé publique (articles L. 5111-1 et L. 5121-1). La principale catégorie est constituée par les « spécialités pharmaceutiques », définies comme des médicaments fabriqués industriellement, présentés sous un conditionnement particulier et caractérisés par une dénomination spéciale (article L. 5111-2 du CSP). Pour être distribuées, ces spécialités doivent faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) mais peuvent, à titre exceptionnel, bénéficier d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU).

3.1. Autorisation de mise sur le marché (AMM) (3) ou autorisation d'importation (4)

Les spécialités pharmaceutiques doivent faire l'objet, avant leur mise sur le marché ou leur distribution à titre gratuit :

- soit d'une AMM délivrée, au niveau national, par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) ou, au niveau européen, par l'EMA (agence européenne des médicaments) ;
- soit d'une autorisation d'importation parallèle.

A noter que l'AMM n'est pas nécessaire pour les médicaments homéopathiques, seulement soumis à une obligation d'enregistrement auprès de l'AFSSAPS.

Par ailleurs, certains médicaments peuvent être soumis à prescription restreinte (article L. 5121-20, [10°]) ; ils sont, dans ce cas, classés par leur AMM dans l'une des 6 catégories suivantes (article R. 5121-77 à R. 5121-96 du CSP) :

1. Médicaments réservés à l'usage hospitalier : ils sont prescrits, dispensés et administrés exclusivement au cours d'une hospitalisation ;

2. Médicaments à prescription hospitalière : ils sont prescrits par un médecin hospitalier et en principe dispensés en ville ;

3. Médicaments à prescription initiale hospitalière : la prescription initiale est réalisée par un médecin hospitalier et son renouvellement peut être effectué par un médecin de ville ;

4. Médicaments dont la prescription est réservée à certains spécialistes : il s'agit de médicaments nouveaux difficiles à manier ou concernant des pathologies complexes ;

5. Médicaments nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement ;

6. Médicaments classés dans l'une des catégories 1, 2, 3, 4 ci-dessus dont l'administration peut être réservée à certaines catégories de prescripteurs.

(1) Autorisations temporaires d'utilisation.

(2) Le Comité économique des produits de santé met en œuvre les orientations relatives à la politique économique du médicament qu'il reçoit des ministres compétents, en vue notamment d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Il participe à la fixation du prix de vente au public des médicaments ainsi que des tarifs des produits et prestations.

(3) Articles L. 5121-8 à L. 5121-11 et R. 5121-21 à R. 5121-62 DU CSP.

(4) Article L. 5124-17-1 du CSP.

3.2. Autorisation temporaire d'utilisation (ATU) (1)

A titre exceptionnel, l'AFSSAPS peut délivrer, pour une durée limitée, des ATU pour des spécialités ne bénéficiant pas d'AMM et destinés à traiter des maladies graves ou rares, lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié (articles L. 5121-12 et R. 5121-68 à R. 5121-76 du CSP).

L'ATU peut être :

- nominative : elle est délivrée pour un seul malade, à la demande et sous la responsabilité du médecin prescripteur ;
- de cohorte : elle concerne un groupe de patients, dans le cadre d'un protocole d'utilisation thérapeutique et de recueil d'informations ; elle est délivrée à la demande du titulaire des droits d'exploitation.

4. Conditions de prise en charge par l'assurance maladie

Pour être prises en charge ou remboursées par l'assurance maladie les spécialités pharmaceutiques doivent avoir été préalablement inscrites sur une liste établie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Il existe quatre listes selon que les médicaments sont dispensés dans les établissements de santé (trois listes) ou en ville (une liste).

4.1. Médicaments dispensés en établissement de santé

Il existe trois listes de spécialités pharmaceutiques :

- la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (article L. 5123-2 du CSP) ;
- la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation (article L. 162-22-7 du CSS) ;
- la liste des spécialités pharmaceutiques pouvant être vendues au public par les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé (article L. 5126-4 du CSP).

4.1.1. Liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics (article L. 5123-2 du CSP)

L'inscription d'une spécialité sur cette liste autorise son achat par les établissements de santé et garantit sa prise en charge par l'assurance maladie. Cette inscription peut être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation des soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

Sont concernés les médicaments disposant d'une AMM, les médicaments importés, les médicaments avec ATU ou les médicaments homéopathiques.

Ces médicaments sont destinés à être administrés à des patients hospitalisés mais peuvent, par exception, être rétrocédés c'est-à-dire vendus au public par les pharmacies hospitalières sous certaines conditions (*cf.* fiche relative à la rétrocession).

Le prix d'achat de ces médicaments par l'hôpital est libre (c'est-à-dire librement déterminé dans le cadre d'un marché entre l'hôpital et le laboratoire pharmaceutique).

Sous réserve des dispositions applicables aux spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation (*cf.* ci-après, § 4.1.2), les médicaments sous AMM ne sont pas facturables aux patients hospitalisés ; en effet, les dépenses afférentes sont :

- pour les activités MCO, inclus dans les forfaits des GHS, ou prises en charge par l'assurance maladie en sus des forfaits (*cf.* 4.1.2) ;
- pour les soins de suite et de réadaptation et les activités psychiatriques, prises en compte dans la dotation annuelle de financement (DAF).

Cas particuliers : les médicaments bénéficiant d'une ATU, administrés aux patients hospitalisés dans un établissement MCO, sont financés par la dotation MIGAC (articles L. 162-22-13 et D. 162-6-1^o du CSS ; article 1^{er} (4^o) de l'arrêté du 13 mars 2009).

(1) Articles L. 5121-12 et R. 5121-68 à R. 5121-76 du CSP.

4.1.2. Liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge
en sus des prestations d'hospitalisation (articles L. 162-22-7 et R. 162-42-7 du CSS)

Les spécialités pharmaceutiques nouvelles ou prescrites dans des pathologies rares et particulièrement coûteuses, déjà inscrites sur la liste des médicaments agréés aux collectivités (cf. 4.1.1.), peuvent également être inscrites sur une liste permettant aux établissements ayant une activité MCO d'obtenir leur remboursement, par l'assurance maladie, en sus des groupes homogènes de séjour (GHS) et des groupes homogènes de tarifs (GHT) pour l'hospitalisation à domicile.

Cette liste concerne exclusivement les patients hospitalisés.

La part prise en charge par l'assurance maladie suit le taux de l'hospitalisation, soit 80 % (sauf cas d'exonération particuliers).

Le remboursement est soumis à certaines conditions

Il est intégral (100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie soit 80 % du prix du médicament) lorsque les établissements ont adhéré au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (1), établi par le directeur de l'ARH et l'assurance maladie.

Il est de 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (soit 56 % du prix du médicament) lorsque les établissements n'ont pas adhéré à ce contrat.

Il peut être réduit jusqu'à 30 % de la part prise en charge par l'assurance maladie pour les établissements qui ne respectent pas les stipulations de ce contrat, par exemple :

- défaut de transmission du rapport d'étape annuel (2) avant le 15 octobre de chaque année (article D. 162-12 du CSS) ;
- non-respect des engagements souscrits (article D. 162-13 du CSS).

A noter : selon les anomalies constatées, la baisse de taux touche :

- soit l'ensemble des médicaments, produits et prestations facturables en sus des prestations d'hospitalisation ;
- soit certains médicaments, produits et prestations à l'origine des anomalies.

En effet, l'annexe de l'article D. 162-16 du CSS prévoit que « des taux différenciés, d'un niveau inférieur à celui arrêté pour tous les produits de la liste, peuvent être fixés, le cas échéant, pour certaines spécialités et/ou certains produits et prestations de cette liste dès lors que les engagements souscrits par l'établissement au titre du chapitre III du présent titre se rapportant directement à ces produits n'ont pas été honorés par l'établissement ».

En l'absence de mesures de redressement liées à l'inexécution manifeste des engagements souscrits dans le cadre du contrat, le directeur de l'ARH met fin au contrat et, à compter de sa date de fin, le taux de remboursement est fixé à 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (article D. 162-15 du CSS).

Si la facturation en sus n'est pas conforme aux conditions de prise en charge prévues, la caisse d'assurance maladie compétente récupère l'indu auprès de l'établissement de santé et le signale à l'ARH ; si plus de trois signalements se produisent au cours d'un même exercice, le taux de remboursement est fixé pour l'année suivante à un taux inférieur à 95 % (article D. 162-14 du CSS).

La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut pas être facturé aux patients.

Montant du remboursement

Le prix d'achat, par l'hôpital, des médicaments pris en charge « en sus » est libre. En revanche, leur remboursement par l'assurance maladie est effectué sur la base d'un tarif de responsabilité (3) égal au prix de vente déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé (CEPS) et publié au *Journal officiel* (article L. 162-16-6 du CSS). A défaut de déclaration ou en cas d'opposition du CEPS, c'est ce dernier qui fixe le tarif. Les ministres concernés (santé, sécurité sociale et économie) peuvent, toutefois, s'opposer à la décision du CEPS et, dans ce cas, arrêter le tarif.

Lorsque le montant de la facture afférente à un médicament de la liste « en sus » est inférieur au tarif de responsabilité, l'établissement de santé est remboursé sur la base du montant de la facture majoré de 50 % de la différence entre le tarif et la facture (arrêté du 9 mai 2005). Si le prix de vente est supérieur au tarif de responsabilité, l'établissement n'est remboursé que dans la limite du tarif. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut pas être facturée au patient.

Modalités de transmission des informations par les établissements ex-DG

Les informations relatives aux médicaments et dispositifs médicaux « en sus » doivent être transmises via FICHCOMP (fichier complémentaire aux RSS).

(1) Article 43-VIII de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005, article L.162-22-7 du CSS.

(2) Rapport d'étape relatif à l'exécution du contrat : objectifs quantitatifs et qualitatifs à atteindre dans le cadre de l'exécution du contrat.

(3) Le tarif de responsabilité constitue le tarif sur la base duquel le produit est remboursé par l'assurance maladie, quel que soit le prix effectivement payé par l'établissement de santé.

4.1.3. Liste des spécialités pharmaceutiques pouvant être rétrocédées par les pharmacies à usage intérieur (PUI) des établissements de santé

Les conditions réglementaires et pratiques de facturation sont détaillées dans une fiche spécifique « rétrocession des médicaments par les PUI hospitalières ».

4.1.4. Médicaments administrés en consultation externe (article L. 162-27 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009) (1)

L'article L. 162-27 du CSS a été réécrit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (LFSS 2009) afin de prévoir la possibilité, pour les établissements de santé, de facturer à l'assurance maladie certains médicaments administrés dans le cadre de consultations externes.

Les spécialités pharmaceutiques concernées sont celles qui sont classées par leur AMM, leur ATU ou leur autorisation d'importation en « prescription et administration hospitalières » (article R. 5121-85 et les deux alinéas de l'article R. 5121-86 du CSP).

A la différence des médicaments réservés à l'usage hospitalier (2) qui ne peuvent être administrés qu'à des patients hospitalisés, ces spécialités peuvent être fournies par la PUI en vue de leur administration à un patient non hospitalisé. Elles font l'objet d'une prise en charge en plus des forfaits ATU, FFM ou SE ou des actes et consultations externes.

C'est un tarif de responsabilité qui s'applique mais deux situations sont possibles :

- si la spécialité pharmaceutique concernée figure également sur la liste « en sus », prévue à l'article L. 162-22-7 du CSS pour les patients hospitalisés, son tarif est celui fixé dans le cadre de cette liste (*cf. supra* 4.1.2) ;
- dans le cas contraire, si la spécialité n'est pas inscrite sur cette liste, son tarif doit être fixé selon des modalités qui en sont très proches.

Si la facture payée par l'établissement de santé est inférieure au tarif ainsi fixé, le remboursement à l'établissement de santé est majoré d'une partie de la différence entre les deux montants (arrêté déterminant cette majoration non encore publié au JO).

A noter que la catégorie des médicaments en prescription et administration hospitalières recouvre à ce jour essentiellement quelques anticancéreux et que l'« ouverture » de cette catégorie à d'autres médicaments est subordonnée à la modification de leur AMM par l'AFSSAPS (en vue du classement en prescription et administration hospitalière), sur demande des laboratoires concernés.

4.2. Médicaments dispensés en ville : liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (article L. 162-17 du CSS)

La liste des spécialités pharmaceutiques dispensées en ville, remboursables aux assurés sociaux, précise, le cas échéant, les indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement.

Le prix de vente au public est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le CEPS ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, qui arrêtent alors le prix ; il comprend les marges et les taxes en vigueur (article L. 162-16-4 du CSS).

Le ticket modérateur opposable aux assurés sociaux est fixé par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) (3), en fonction de l'amélioration du service médical rendu (SMR) déterminé par la Commission de la transparence (article R. 163-10-1 du CSS) et dans les limites suivantes (article R. 322-1 du CSS) :

- de 60 à 70 % pour les médicaments principalement destinés au traitement des troubles ou affections sans caractère habituel de gravité ou dont le service médical rendu n'a pas été classé comme majeur ou important ;
- de 60 à 70 % pour les spécialités homéopathiques ;
- de 30 à 40 % pour les autres médicaments.

(1) Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008.

(2) Médicaments dits de la réserve hospitalière (RH).

(3) 2^e alinéa du I de l'article L. 322-2 et article R. 322-9-4 du CSS.

Financement des médicaments par les établissements de santé
TABLEAU RÉCAPITULATIF

| REGLEMENTATION APPLICABLE | | MODALITES DE PRISE EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE | | |
|---|--|--|--|--|
| Santé publique | Listes sécurité sociale | Hors liste en sus | Liste en sus (MCOO) | Médicaments en consultations externes (MCOO) |
| <p><u>Autorisation de mise sur le marché (A.M.M.)</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - délivrée par l'AFSSAPS ou au niveau européen - restrictions possibles à la prescription et à la délivrance <p><u>Autorisation temporaire d'utilisation (A.T.U.)</u>,</p> <ul style="list-style-type: none"> - nominative - de cohorte <p><u>Autorisation d'importation</u></p> | <p>Liste des spécialités pharmaceutiques agréées aux collectivités (établissements de santé)</p> <p>Liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge "en sus" des prestations d'hospitalisation (séjours) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - figure sur la liste d'agrément aux coll. patients hospitalisés - tarif de responsabilité <p>Liste des médicaments rétrocédables par les pharmacies à usage intérieur (P.U.I.)</p> <p>Liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux (achat en officine de ville)</p> | <p>MCOO :</p> <ul style="list-style-type: none"> - AMM : inclus dans les forfaits des GHS - ATU : dotation MIGAC - actes externes : non facturables en sus <p>S.S.R. et psychiatrie : inclus dans la dotation annuelle de financement (D.A.F.).</p> | <p>Si contrat de bon usage (CBU) : 100 % de la part prise en charge par l'assurance maladie (soit 80 % du tarif, sauf exonération du TM)</p> <p>Pas de CBU : 70 % de la part prise en charge par l'assurance maladie</p> <p><u>Non respect des clauses du CBU</u> : entre 70 % et 100% de la part prise en charge par l'assurance maladie</p> <p>Montant de la facture payée par l'établissement < tarif de responsabilité → remboursement par l'assurance maladie majoré de 50 % de la différence entre le tarif et le montant de la facture</p> | <p>Médicament dont l'AMM prévoit la <u>prescription et l'administration hospitalière</u>¹ : prise en charge par l'assurance maladie, en plus :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des prestations d'hospitalisation ATU, FFM et SE, hors hospitalisation du patient, - des actes et consultations externes. <p>Si le médicament figure sur la liste en sus = tarif fixé dans ce cadre</p> <p>Si le médicament ne figure pas sur la liste en sus : tarif fixé selon des modalités similaires à celles de la liste en sus</p> |

¹ A la différence de la réserve hospitalière (RH), réservée aux patients hospitalisés.

PARCOURS DE SOINS COORDONNÉS

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale

Articles L. 162-5-3 et L. 162-26 ;
Article R. 322-1-1.
Articles D. 162-1-6, D. 162-1-7 et D. 162-1-8.

Arrêtés

Arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 2 août 2005 relatif aux missions du médecin traitant salarié ;

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et avenant n° 1 (article 1.4.4 Accès non coordonné) ;

Avis relatif à la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) sur le montant de la majoration de la participation de l'assuré prévue à l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale.

2. Définition

Le parcours de soins coordonné a été mis en place par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Il consiste à confier à un médecin traitant les différentes interventions des professionnels de santé pour un même assuré, dans un objectif de rationalisation des soins.

Son respect conditionne la prise en charge normale des dépenses de santé. A défaut, les patients s'exposent à des majorations financières.

3. Principes

3.1. Champ d'application

Les dispositions relatives au parcours de soins coordonné s'appliquent, dans les établissements de santé :

- aux séjours hospitaliers ;
- aux consultations et actes externes dispensés en urgence ou non.

Le dispositif concerne tous les assurés sociaux et leurs ayants droit de plus de 16 ans, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUC et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur.

En revanche, il ne s'applique pas :

- aux enfants de moins de 16 ans ;
- aux migrants de passage (1) ;
- aux bénéficiaires de l'AME ;
- aux ressortissants de la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

3.2. Le médecin traitant

Le médecin traitant doit être déclaré par les assurés sociaux auprès de leur organisme gestionnaire d'assurance maladie.

Les assurés ont le libre choix et peuvent désigner, avec son accord :

- un médecin généraliste ou un médecin spécialiste ;
- un médecin exerçant en secteur libéral ou dans un établissement de santé.

Le choix de l'assuré peut s'effectuer à tout moment. Il peut également être modifié à tout moment.

Il appartient à l'établissement de santé de s'assurer que l'assuré respecte le parcours de soins, en lui demandant les justificatifs nécessaires (relevé de prestations par exemple, consultation du service mis en place à cet effet au sein des caisses d'assurance maladie).

4. Les différentes situations du parcours de soins

Dans tous les cas, le patient doit avoir fait sa déclaration de médecin traitant auprès de sa caisse de sécurité sociale. A défaut, il sera considéré comme hors parcours de soins et se verra appliquer des majorations financières.

4.1. Le patient est dans le parcours de soins dans les cas suivants

Il consulte son médecin traitant.

(1) Les migrants permanents, titulaires d'une carte Vitale, doivent respecter le parcours de soins.

Il consulte un autre médecin, désigné « médecin correspondant », à la demande de son médecin traitant :

- pour un avis ponctuel : le médecin correspondant ne donne pas de soins continus et laisse au médecin traitant le soin de surveiller l'application de ses prescriptions ;
- pour des séquences de soins nécessitant l'intervention de plusieurs spécialités différentes pour une même pathologie. Ces séquences identifient les spécialités et les consultations d'accès direct (sans passage préalable par le médecin traitant) ;
- pour des soins itératifs :
 - dans le cadre d'un plan de soins, convenu entre les deux médecins ;
 - dans le cadre d'un protocole de soins lorsque le patient est en affection de longue durée (ALD).

Dès lors qu'il respecte le plan ou le protocole de soins, le patient peut s'adresser directement au médecin correspondant sans passer par le médecin traitant.

NB : Pour éviter tout retard dans la prise en charge à 100 % du patient nécessitant des soins au titre d'une ALD, le protocole de soins peut être élaboré par le praticien hospitalier, que le patient ait ou non désigné un médecin traitant. Le patient est exonéré du ticket modérateur pour une durée de six mois et doit mettre à profit cette période pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant, qu'il l'ait déjà choisi ou qu'il doive encore le faire. A l'issue de cette période de six mois, s'il n'a pas pu effectuer ces démarches, cette procédure dérogatoire est renouvelée.

Il consulte un médecin en cas d'urgence médicalement constatée.

Il consulte un médecin de l'une des spécialités suivantes au sein d'un établissement de santé (1) :

- gynécologie médicale et obstétricale ;
- ophtalmologie ;
- psychiatrie ;
- neuropsychiatrie.

Il consulte un médecin dans le cadre d'une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre la toxicomanie.

Il consulte un médecin en vue de la vaccination contre la fièvre jaune.

Il est hors de sa résidence habituelle (vacances, par exemple).

Il consulte un médecin de remplacement, son médecin traitant étant indisponible.

Le médecin consulté doit procéder à un retour d'information vers le médecin traitant du patient.

4.2. *Le patient est hors parcours de soins dans les cas suivants*

Il n'a pas déclaré de médecin traitant.

Il consulte un autre médecin sans prescription de son médecin traitant et hors situations particulières ci-dessus.

Il consulte un médecin à la demande d'une sage-femme.

5. Les dispositions financières applicables

5.1. *Lorsque le patient est dans le parcours de soins*

De nouvelles cotations ont été créées pour les actes réalisés par les médecins correspondants.

5.1.1. Pour le médecin traitant

Les tarifs applicables sont ceux de la consultation ou de l'acte technique pratiqué.

5.1.2. Pour le médecin correspondant

Pour un avis ponctuel

Condition : le médecin correspondant ne doit recevoir le patient qu'une fois par semestre et doit adresser au médecin traitant ses propositions thérapeutiques en lui laissant le soin d'en surveiller l'application.

La cotation (2) applicable est :

- C2 pour les médecins spécialistes ;
- C2,5 pour les psychiatres ;
- C3 pour les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH).

A noter :

- un spécialiste consulté pour émettre un avis ponctuel, à la demande d'un médecin correspondant (et non du médecin traitant) ne peut coter de C2. En revanche, il peut coter une CS et la majoration de coordination spécialiste (*cf. infra*).

(1) Les conditions sont légèrement différentes pour des consultations en ville ou dans le cadre de l'activité libérale d'un praticien hospitalier.

(2) Telle que prévue par les dispositions en vigueur (CCAM et NGAP).

Exception : les chirurgiens peuvent coter une C2, qu'ils aient été sollicités par le médecin traitant ou le médecin correspondant.

Les PU-PH peuvent coter une C3, qu'ils agissent à la demande du médecin traitant ou d'un médecin correspondant du médecin traitant.

Pour des soins itératifs ou séquencés

Le tarif est :

- soit celui de la consultation, auquel est ajoutée une majoration de coordination généraliste (MCG) ou une majoration de coordination spécialiste (MCS), d'un montant de 3 € ; cette majoration est de 4 € pour la psychiatrie, la neuropsychiatrie et la neurologie ;
- soit, le cas échéant, celui de l'acte technique, sans majoration.

Rappel : conformément aux dispositions de la CCAM et de la NGAP, les tarifs de la consultation et de l'acte technique ne peuvent se cumuler.

5.1.3. Pour les consultations en accès direct (cf. § 4.1 ci-dessus)

La MCS est applicable, à condition que le médecin retourne un compte rendu médical au médecin traitant.

5.2. Lorsque le patient est hors parcours de soins

Le non-respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des majorations tarifaires et à des majorations du ticket modérateur.

Ces majorations ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et concernent tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUC et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur (cf. art. L. 322-3 du code de la sécurité sociale en annexe).

5.2.1. La majoration du ticket modérateur

Textes de référence

Articles L. 162-5-3, R. 322-1-1 et D. 162-1-6 à D. 162-1-8 du code de la sécurité sociale ;

Avis relatif à la décision de l'UNCAM du 22 janvier 2009 (JO du 30 janvier 2009) ;

Depuis le 31 janvier 2009, les patients de plus de 16 ans qui n'ont pas choisi de médecin traitant (sauf urgence ou accès direct spécifique) voient leur taux de remboursement par l'assurance maladie diminuer de 40 % et donc leur ticket modérateur majoré de 40 %. Cette majoration du ticket modérateur est applicable aux consultations et actes externes ainsi qu'aux séjours hospitaliers.

Exemple : pour une CS réalisée hors parcours de soins, hors majoration tarifaire (cf. *infra* point 6.2), soit un tarif conventionné de 23 € :

- remboursement assurance maladie : 30 % au lieu de 70 % soit 6,60 € ;
- remboursement organisme complémentaire : 30 % soit 6,90 € ;
- part du patient : 9,50 € au lieu de 0 €.

Cette majoration n'est pas applicable

Lors d'une consultation dans une structure de médecine humanitaire ou un centre de planification familiale.

Lorsque l'assuré ou l'ayant droit se trouve dans l'une des situations énumérées à l'article R. 322-1-1 :

« Il est éloigné de son lieu de résidence habituelle ;

- il recourt à un médecin parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu la vie du patient ou de son organisme et nécessitant l'intervention rapide du médecin ».
- aux articles D. 162-1-6 et D. 162-1-7 :
 - « 1° Lorsqu'à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;
 - 2° En cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;
 - 3° Pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 (du code de la sécurité sociale) ;
 - 4° Pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ou, lorsque le médecin traitant exerce en centre de santé ou en groupe, par un autre médecin exerçant dans le même centre ou dans un cabinet situé dans les mêmes locaux ;

- 5° Pour les actes et consultations d'un médecin intervenant au titre de la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique (1) ;
- 6° Pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;
- 7° Lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées. »

5.2.2. Les majorations tarifaires

Textes de référence

Article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 28 juillet 2005.

Arrêté du 3 février 2005 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes et avenant n° 1 (art. 1.4.4 accès non coordonné).

Les patients qui consultent un médecin spécialiste sans prescription préalable de leur médecin traitant supportent pour chaque acte clinique ou technique effectué une majoration non remboursable par l'assurance maladie ou les organismes complémentaires. Cette majoration versée à l'établissement est plafonnée à hauteur de 17,5 % par acte effectué, arrondi à l'euro supérieur.

5.2.3. Cas dans lesquels les majorations ne sont pas applicables

Textes de référence

Articles R. 322-1-1 et D. 162-1-6 et D. 162-1-7 du code de la sécurité sociale relatifs à la majoration du ticket modérateur ;

Article 2 de l'arrêté du 28 juillet 2005 relative aux majorations tarifaires.

Les majorations ne sont pas applicables dans les cas suivants :

- lorsque le patient est éloigné de son lieu de résidence habituel ;
- lorsque le patient recourt à un médecin « parce qu'il est confronté à une situation non prévue plus de huit heures auparavant pour une affection ou la suspicion d'une affection mettant en jeu sa vie ou l'intégrité de son organisme et nécessitant la mobilisation rapide du médecin » ;
- lorsque, à la suite d'une prescription du médecin traitant, des soins itératifs sont pratiqués par le médecin consulté, sous réserve que ces soins aient fait l'objet d'un plan de soins. Ce plan de soins, convenu entre les deux médecins en accord avec le patient, fixe la nature et la périodicité de ces soins ;
- en cas d'intervention successive de plusieurs médecins pour une même pathologie, sous réserve que cette séquence de soins soit réalisée en concertation avec le médecin traitant ;
- pour les actes et consultations prévus dans le cadre du protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale ;
- pour les actes et consultations assurés, en cas d'indisponibilité du médecin traitant, par le médecin qui assure son remplacement ;
- pour les actes et consultations relatives à la vaccination contre la fièvre jaune ;
- pour les actes et consultations assurés par un médecin exerçant dans une consultation hospitalière de tabacologie, d'alcoologie ou de lutte contre les toxicomanies ;
- lorsqu'un militaire consulte sur prescription d'un médecin du service de santé des armées.

ARTICLE L. 322-3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

« La participation de l'assuré mentionnée au premier alinéa de l'article L. 322-2 peut être limitée ou supprimée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, dans les cas suivants :

« 1° Lorsque, à l'occasion d'une hospitalisation ou au cours d'une période de temps déterminée, la dépense demeurant à la charge de l'intéressé dépasse un certain montant.

« 2° Lorsque l'état du bénéficiaire justifie la fourniture d'un appareil appartenant à une catégorie déterminée par ledit décret, pour les frais d'acquisition de l'appareil.

« 3° Lorsque le bénéficiaire a été reconnu atteint d'une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité mentionnée à l'article L. 161-37.

« 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

- a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

(1) « La continuité des soins aux malades est assurée quelles que soient les circonstances. Lorsque le médecin se dégage de sa mission de soins pour des raisons professionnelles ou personnelles, il doit indiquer à ses patients le confrère auquel ils pourront s'adresser en son absence... ».

- b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse.
- « 5° Lorsque l'assuré est titulaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées au titre d'un avantage vieillesse.
- « 6° Lorsque le bénéficiaire est un enfant ou adolescent handicapé pour les frais couverts au titre du 3° de l'article L. 321-1.
- « 7° Lorsque l'assuré est hébergé dans un établissement mentionné à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1) ou lorsqu'il bénéficie de soins dispensés par un centre mentionné à l'article L. 355-1-1 du code de la santé publique.
- « 8° Lorsque l'assuré est hébergé dans une unité ou un centre de long séjour mentionné à l'article L. 174-5 ou à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 (2).
- « 9° Lorsque l'assuré bénéficie de soins paramédicaux dispensés dans le cadre d'une action médico-sociale de maintien à domicile par les institutions mentionnées au 1° de l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 (1).
- « 10° *Abrogé.*
- « 11° Pour l'hospitalisation des nouveau-nés lorsqu'elle se produit pendant une période fixée par décret en Conseil d'Etat, ainsi que pour tous les soins qui leur sont dispensés en établissement de santé, jusqu'à un âge fixé par décret en Conseil d'Etat.
- « 12° Pour les investigations nécessaires au diagnostic de la stérilité et pour le traitement de celle-ci, y compris au moyen de l'insémination artificielle.
- « 13° Pour les bénéficiaires des dispositions des articles L. 311-10, L. 313-4, L. 341-16 et L. 371-1 en ce qui concerne les frais engagés pour eux-mêmes.
- « 14° Pour les ayants droit des bénéficiaires des dispositions de l'article L. 371-1.
- « 15° Pour les soins consécutifs aux sévices subis par les mineurs victimes d'actes prévus et réprimés par les articles 222-23 à 222-32 et 227-22 à 227-27 du code pénal.
- « 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examens de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans.
- « 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1.
- « 18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits.
- « La liste mentionnée au 3° du présent article comporte également en annexe les critères médicaux utilisés pour la définition de l'affection et ouvrant droit à la limitation ou à la suppression de la participation de l'assuré.
- « Sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, un décret, pris après avis de la haute autorité mentionnée à l'article L. 161-37, peut réserver la limitation ou la suppression de la participation des assurés en application des 3° et 4° du présent article aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. »

PARTICIPATION FORFAITAIRE DE 1 €

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

- Article L. 322-2 (II) et L. 322-4 fixant les principes généraux de la participation forfaitaire ;
Article L. 432-1, dernier alinéa relatif aux prestations en nature prises en charge par l'assurance maladie.
Article L. 711-7 relatif aux régimes spéciaux ;
Article L. 861-1 relatif à la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc).
Article R. 322-9-2 fixant le montant de la participation forfaitaire de 1 € ;
Article R. 322-9-3 exonérant les mineurs de 18 ans ;
Articles D. 322-2 fixant le plafond annuel de la participation forfaitaire de 1 € (50 €) et D. 322-4 fixant le plafond journalier (4 €).

2. Principes de la participation forfaitaire de 1 €

La participation forfaitaire de 1 €, mise en place le 1^{er} janvier 2005, est à la charge des assurés sociaux de plus de 18 ans.

2.1. Champ d'application

2.1.1. La participation forfaitaire de 1 € s'applique

A chaque consultation, acte médical, examen radiologique, analyse de biologie, pris en charge par l'assurance maladie.

Réalisé(e) par un médecin généraliste ou spécialiste dans un cabinet, au domicile du patient, dans un dispensaire, dans un centre de soins ou à l'hôpital (consultations et urgences).

A noter : lorsqu'un acte de prélèvement est effectué pour la réalisation d'un acte de biologie, seul l'acte de biologie supporte la participation forfaitaire de 1 € (art. D. 322-2 du CSS).

Elle s'applique quel que soit le médecin consulté, que le patient respecte ou non le parcours de soins coordonnés et qu'il soit :

- en affection de longue durée (ALD) ;
- pris en charge au titre d'une maladie professionnelle ou d'un accident du travail ;
- titulaire d'une pension d'invalidité ;
- jusqu'à la fin du cinquième mois de grossesse, sauf pour les examens obligatoires pour lesquels la participation de 1 € est supprimée.

2.1.2. La participation forfaitaire ne s'applique pas

Aux patients suivants :

- enfants de moins de 18 ans ;
- bénéficiaires de l'assurance maternité (examens obligatoires et tous autres actes réalisés) à partir du premier jour du sixième mois de grossesse, et ce jusqu'à douze jours après la date de l'accouchement ;
- bénéficiaires de couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) (1) ou de l'aide médicale de l'Etat (AME) ;
- ressortissants des territoires d'outre-mer.

Aux actes suivants :

- consultations, actes ou soins réalisés par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes) ;
- aux consultations, actes ou soins réalisés lors d'une hospitalisation d'un ou plusieurs jours ;
- consultations et soins délivrés dans les structures psychiatriques sectorisées sans hébergement ;
- examens et consultations effectuées dans les centres de dépistage anonyme et gratuit du sida ;
- actes réalisés dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein ;
- actes de dépistage pris en charge par le Fonds d'action sanitaire et sociale (FNASS) au titre du suivi post professionnel et de l'amiante ;
- consultations d'expertise médicale.

2.2. Plafonnement de la participation forfaitaire

2.2.1. Plafonnement annuel

La participation forfaitaire de 1 € est plafonnée à 50 € par année civile et par bénéficiaire de l'assurance maladie, assuré ou ayant droit (art. D. 322-2 du CSS).

Ce plafond est distinct de celui applicable dans le cadre de la franchise médicale. Il existe donc deux plafonds annuels de 50 €.

2.2.2. Plafonnement journalier

Un plafond journalier de 4 € (art. D. 322-4 du CSS) s'applique :

Si le patient consulte plusieurs fois le même médecin au cours de la même journée ou consulte un médecin qui réalise plusieurs actes au cours d'une même séance : la participation forfaitaire de 1 € est prélevée pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 4 € par jour pour un même professionnel de santé (art. D. 322-4 du CSS).

Si plusieurs actes de biologie sont réalisés, une participation forfaitaire de 1 € sera prélevée pour chaque acte de biologie réalisé, dans la limite de 4 € par jour et par laboratoire exécutant.

En revanche, si le patient consulte plusieurs médecins différents au cours de la même journée, un seul acte ou consultation étant effectué à chaque fois, la participation forfaitaire de 1 € est retenue pour chaque consultation ou acte.

3. Modalités de prélèvement

Si le patient a bénéficié du tiers payant (dispense d'avance de frais), sa participation forfaitaire sera prélevée par l'assurance maladie sur les montants qui lui seront remboursés ultérieurement, quels que soient les actes réalisés (consultation, examen radiologique, acte infirmier, transport, indemnités journalières...), pour eux-mêmes ou l'un de leurs ayants droit (enfant, conjoint...) ; il y a donc un décalage entre la date de l'acte et la date de prélèvement du forfait de 1 €. Les organismes d'assurance maladie comptabilisent, pour chaque assuré social, le nombre de participations forfaitaires et indiquent sur leurs décomptes le montant des participations acquittées depuis le début de l'année civile en cours.

(1) Cf. guide Meah/DHOS/CNAM.

En cas de changement de caisse ou de régime, l'assuré doit demander à sa caisse d'affiliation un état du nombre de participations forfaitaires qu'il a déjà acquittées.

Le tiers payant et la facturation des actes doivent être pratiqués dans les conditions habituelles, sans déduction de la participation forfaitaire de 1 €. Les établissements ne sont que des « transmetteurs ». Les informations nécessaires à la mise à jour du compte de l'assuré social sont en effet transmises par voie électronique aux caisses d'assurance maladie dont relèvent les patients.

Cette règle vaut :

- pour les actes ou prestations réalisés hors hospitalisation, par les établissements publics et privés, ex-dotation globale (établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du CSS) ;
- pour les actes et prestations réalisés par les établissements de santé privés (*d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du CSS) et qui ont donné lieu à l'émission d'un bordereau de facturation (art. R. 161-40 du CSS).

PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNÉE

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article R. 162-32 relatif aux prestations d'hospitalisation prises en charge par l'assurance maladie.

Code de la santé publique (CSP)

Articles D. 6124-22 (structure des urgences) et D. 6124-301 (structure d'hospitalisation à temps partiel et structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire) ;

Arrêté du 19 février 2009 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 ;

Circulaire DHOS/F1/MT2A n° 2006-376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge de moins d'une journée.

2. Définition

Les prises en charge de moins d'une journée correspondent à des soins qui relèvent en principe de l'activité externe, mais peuvent donner lieu à facturation (ou valorisation dans les établissements ex-DG), sous certaines conditions. Il s'agit, par conséquent, d'actes à la frontière des soins externes et de l'hospitalisation.

A noter : par convention et par souci de simplification, le terme de « facturation » employé ci-après, signifie, pour les établissements ex-DG :

- valorisation des GHS ;
- facturation d'un TM éventuel basé sur un tarif journalier de prestations (ou d'un TJP dans son intégralité pour les non-assurés sociaux).

3. Conditions de facturation

3.1. *Prise en charge de moins d'une journée, dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)*

Lorsqu'un patient est pris en charge dans une UHCD (1), et que cette prise en charge n'est pas suivie d'une hospitalisation dans le même établissement, un GHS peut être « facturé » si l'état de santé de ce patient remplit, de manière cumulative, les conditions suivantes :

- il présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ;
- il nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- il rend nécessaire la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Il peut s'agir des cas suivants (*cf.* circulaire 2006/376 du 31 août 2006) :

- tentative de suicide médicamenteux ;
- asthme sévère ;
- douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine ;
- traumatisme crânien (...).

En revanche, si les symptômes observés doivent donner lieu à des examens diagnostiques complémentaires sans nécessiter de surveillance en hospitalisation, il y a « facturation » d'un forfait ATU et des actes et consultations réalisés.

(1) 4° de l'article D. 6124-22 du CSP.

3.2. *Prise en charge de moins d'une journée hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)*

Hors UHCD, un GHS peut être également « facturé » dans le cas d'une hospitalisation de moins d'une journée si les actes réalisés nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés (art. D. 6124-301 du CSP) ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Ces trois conditions sont cumulatives. A défaut, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à « facturation » d'une consultation ou d'un acte externe, selon les règles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

A titre d'exemple, peuvent donner lieu à « facturation » d'un GHS (cf. circulaire DHOS/MT2A n° 2006/376) :

- les actes réalisés avec une anesthésie loco-régionale ou les actes qui, sans requérir une telle anesthésie, nécessitent la proximité d'un anesthésiste ou un milieu stérile ;
- les bilans diagnostiques ou thérapeutiques si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés sur des plateaux techniques hospitaliers et que la synthèse en est réalisée par un médecin. Il peut s'agir de :
 - bilans diagnostiques d'une image pulmonaire anormale associant fibroscopie bronchique, imagerie, actes de biologie et consultation de synthèse ;
 - bilans réalisés chez un diabétique, nécessitant le recours à un ophtalmologiste, angiologue, diététicien, avec explorations vasculaires, examens biologiques et synthèse médicale ;
 - bilans d'extension d'une tumeur maligne, comportant des explorations d'imagerie et de scintigraphie avec consultation de synthèse...

Ne peuvent pas donner lieu à « facturation » d'un GHS :

- les soins délivrés dans un service autorisé d'accueil des urgences, non suivis d'hospitalisation (pour mémoire, ces soins donnent lieu à facturation d'un ATU (cf. fiche) en sus de la facturation de la consultation et/ou des actes réalisés) ;
- les prises en charge réalisées dans les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences mais pouvant donner lieu à facturation d'un « forfait de petit matériel » (FFM) ;
- la réalisation d'actes de biologie ou de radiologie non interventionnelle, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents ;
- les traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser et réalisés sans anesthésie ;
- les actes de petite chirurgie dermatologique réalisés, le cas échéant, sous anesthésie locale (tels que l'ablation de *naevus*)
- les tests d'effort cardiaques ;
- les épreuves fonctionnelles respiratoires (...).

Cas particuliers : les consultations pluridisciplinaires, prises en charge dans le cadre des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), ne doivent pas donner lieu à facturation.

4. Situations correspondant à la facturation des forfaits SE ou FFM

Les actes autorisant la facturation des forfaits FFM et SE (listes fixées en annexe X et XI de l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) peuvent donner lieu à « facturation » d'un GHS, dès lors qu'ils remplissent les conditions décrites pour les prises en charge de moins d'une journée hors UHCD (cf. 3.2).

RÉTROCESSION DES MÉDICAMENTS

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 162-16-5, article L. 162-17 et article L. 753-4 (DOM).

Code de la santé publique (CSP)

Articles L. 5121-8, L. 5123-2, L. 5123-3, L. 5126-1 et L. 5126-4 ;

Articles R. 5126-13, R. 5126-40, R. 5126-102 à R. 5126-110.

Code général des impôts (CGI)

Article 242 *nonies* A de l'annexe II, article 289-I-1, articles 261 à 261 E, article 281 *octies*.

Arrêtés

Arrêté du 23 janvier 2007 relatif à la facturation aux régimes obligatoires d'assurance maladie par les établissements de santé des médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du CSP.

Arrêté du 22 décembre 2008 modifiant l'arrêté du 18 septembre 2006 fixant la marge applicable aux médicaments inscrite sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur (PUI) ;

Arrêté du 27 avril 2009 fixant la marge applicable aux médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique lorsqu'ils sont vendus au public par les pharmacies à usage intérieur (PUI).

Circulaires

Circulaire DHOS/E n° 2004-269 du 14 juin 2004 relative à l'instruction des demandes en vue d'autoriser les PUI des établissements de santé à assurer la vente de médicaments au public prévue à l'article L. 5126-4 du CSP ;

Circulaire DSS-1C/DGS/DH n° 96-403 du 28 juin 1996 et décision ministérielle du 20 décembre 2004 (JO du 23/12/04) relatives aux maladies métaboliques héréditaires (MMH).

Circulaire CNAMTS 61/2008 du 29 décembre 2008 ;

Lettre ministérielle DHOS/DSS/DGS n° 890 et 891 du 5 décembre 2008, relative respectivement à la situation des listes dérogatoires de rétrocession hospitalière et à l'apurement des listes dérogatoires de rétrocession et à la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2009 de l'arrêté du 23 janvier 2007 (codage des médicaments rétrocedés).

Guide pratique pour la facturation des médicaments rétrocedés (CNAM/MSA/GMSIH).

2. Définition

Conformément à l'article L. 5126-1 du CSP, les établissements de santé peuvent disposer d'une pharmacie à usage intérieur (PUI), dont l'usage est en principe réservé aux patients de l'établissement. Cette PUI assure la gestion, l'approvisionnement, la préparation, le contrôle, la détention et la dispensation des médicaments et des dispositifs médicaux stériles.

A titre dérogatoire, et sous certaines conditions, la PUI hospitalière peut être autorisée, par l'agence régionale d'hospitalisation, à rétrocéder des médicaments achetés par l'établissement de santé, à des patients ambulatoires (art. L. 5126-4 du CSP).

3. Liste des médicaments rétrocedables

Pour être rétrocedables, les médicaments doivent être inscrits :

- d'une part, sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités, prévue à l'article L. 5123-2 du CSP (*cf.* fiche médicaments) ;
- d'autre part, sur une liste spécifique des médicaments qui peuvent être vendus au public, prise par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Les médicaments qui figurent sur cette liste sont en règle générale dispensés (1) par les PUI. Elles peuvent toutefois, par exception, être dispensés par les PUI et les pharmacies d'officine, pour ce qui concerne les médicaments dits du double circuit, dispensés dans le cadre du traitement VIH et des hépatites B et C.

3.1. Médicaments pouvant être inscrits sur la liste de rétrocession

Les médicaments pouvant être inscrits sur la liste de rétrocession (art. R. 5126-102 à R. 5126-110 du CSP) sont :

- les médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ;
- les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation de cohorte (ATU de cohorte / art. L. 5121-12, *a* du CSP) ;
- les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle (art. R. 5121-116 du CSP).

Ces médicaments doivent satisfaire notamment aux conditions suivantes :

- être destinés à des patients non hospitalisés ;
- ne pas être réservés à l'usage hospitalier ;

(1) La dispensation (ou délivrance) est l'acte par lequel le pharmacien distribue un médicament au patient (ou la pharmacie hospitalière au service hospitalier). La notion de dispensation implique un conseil, contrairement à celle de délivrance.

- présenter des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration ;
- avoir des exigences liées à la sécurité de l'approvisionnement ;
- nécessiter un suivi de la prescription ou de la délivrance.

Ils sont identifiés par une codification UCD (unité commune de dispensation / *cf. infra* 4.4.1 les modalités de facturation des médicaments codés).

3.2. Sont réputés remplir les critères précédents et sont de ce fait inscrits d'office sur la liste (R. 5126-104), les catégories de médicaments suivants

Les médicaments bénéficiant d'une ATU nominative.

Les préparations hospitalières (2° de l'art. L. 5121-1 du CSP).

Les préparations magistrales hospitalières (1° de l'article L. 5121-1 du CSP).

Les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que parallèle.

Ces médicaments n'ont pas de codification UCD (*cf. infra* 4.4.2 les modalités de facturation des médicaments non codés).

3.3. Cas particuliers

Les médicaments et les nutriments destinés au traitement des patients atteints de maladies métaboliques héréditaires (MMH).

Les médicaments destinés au traitement des patients atteints de MMH sont également rétro-cédables (1). Cette dérogation durera jusqu'à ce que cette décision soit prise. La liste de ces médicaments est disponible sur le site du ministère.

4. Modalités de remboursement et de facturation des médicaments rétro-cédés

4.1. Fixation du prix de cession au public

Les médicaments rétro-cédés aux assurés sociaux sont remboursés aux établissements de santé sur la base de leur prix de cession au public (art. R. 5126-110 du CSP).

Ce prix de cession est égal :

4.1.1. Pour les spécialités avec AMM

Prix de vente déclaré par l'entreprise au CEPS (2) et publié par celui-ci + TVA (*cf. infra*) + marge forfaitaire par ligne de prescription.

En l'absence de prix de vente déclaré au CEPS : prix de cession (ou « base de calcul ») fixé par le CEPS + TVA + marge forfaitaire par ligne de prescription.

Cas particulier : pour les DOM, Saint-Martin et Saint-Barthélemy, une majoration de 16 % s'applique au prix de vente déclaré HT (art. L. 753-4 du CSS).

4.1.2. Pour les médicaments bénéficiant d'une ATU, nominative ou de cohorte, et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation (autre que parallèle)

Prix d'achat + TVA + marge forfaitaire par ligne de prescription.

4.1.3. Pour les préparations hospitalières et les préparations magistrales réalisées par la PUI de l'établissement (art. R. 5126-109 du CSP)

Coût de fabrication + TVA + marge forfaitaire par ligne de prescription.

4.2. La taxe sur la valeur ajoutée (TVA)

Les médicaments rétro-cédés sont soumis à la TVA, quel que soit leur statut, qu'ils soient en double dispensation ou non, que l'établissement dispensateur soit public ou privé. La TVA est incluse dans la marge forfaitaire de 28 €. Le taux est de 2,10 %, qu'il concerne le médicament ou la marge forfaitaire (art. 281 *octies* du code général des impôts).

4.3. La marge forfaitaire

La marge forfaitaire permet de prendre en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation des médicaments rétro-cédés. Elle est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie ; depuis l'arrêté du 27 avril 2009, elle a été établie à :

(1) Décision ministérielle du 20 décembre 2004 (*JO* du 23 décembre 2004) et circulaire DSS-1C/DGS/DH n° 96-403 du 28 juin 1996. Certains figurent sur la liste de rétrocession publiée par arrêté, d'autres sont inscrits de fait (préparations et médicaments sous ATU nominatives) et quelques-uns ne sont pas inscrits sur la liste de rétrocession mais sont rétro-cédables ; ils sont pris en charge par l'assurance maladie car ils ont obtenu une extension de leurs indications pour le traitement des MMH, validée par les experts (*cf. liste jointe à la circulaire CNAMTS 61/2008 du 29/12/2008*).

Les médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et des soins palliatifs.

A titre dérogatoire, une décision ministérielle du 20 décembre 2004 (*JO* du 23 décembre 2004), complétée par une décision du 29 avril 2005, a autorisé la rétrocession des médicaments prescrits dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et des soins palliatifs, ne figurant pas sur la liste de rétrocession.

(2) CEPS = comité économique des produits de santé.

28 € jusqu'au 30 avril 2009 ;
26 € à compter du 1^{er} mai 2009 ;
22 € à compter du 1^{er} janvier 2010.

Ce montant s'entend après application de la TVA. Il s'applique par ligne de prescription de chaque spécialité pharmaceutique identifiée par un code UCD (unité commune de dispensation) c'est-à-dire bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) ou d'une autorisation d'importation parallèle (art. R. 5121-116 du CSP) ou d'une autorisation temporaire d'utilisation (ATU, a) de l'article L. 5121-12 du CSP, quelle que soit le nombre d'unités délivrées.

4.4. Modalités de facturation

Pour être remboursés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, les établissements de santé doivent fournir un certain nombre d'informations ; outre celles relatives aux patients (état civil, numéro de sécurité sociale...), ils doivent apporter les précisions détaillées dans l'arrêté du 23 janvier 2007.

4.4.1. Les médicaments codés (inscrits sur la liste de rétrocession)

Pour mémoire (*supra* 3.1), les médicaments codés sont les médicaments bénéficiant d'une AMM, les médicaments bénéficiant d'une ATU de cohorte et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle.

Les informations à fournir à l'assurance maladie sont les suivantes :

Le code UCD (unité commune de dispensation) : ce code correspond à la plus petite unité de dispensation (comprimé, flacon...) contrairement aux médicaments remboursables délivrés en officine de ville, qui ont un code CIP (club inter pharmaceutique) correspondant à la présentation du médicament (conditionnement).

Le libellé en clair du médicament : nom, dosage et forme galénique (comprimé, solution injectable...).

Le code nature prestation : ce code correspond au taux de prise en charge du médicament par l'assurance maladie soit :

- pHH pour les médicaments pris en charge à 100 % ;
- pHS pour les médicaments pris en charge à 65 % ;
- pHQ pour les médicaments pris en charge à 35 %.

Le prix de l'UCD (*cf. supra* 4.1 : fixation du prix de cession).

Le nombre d'UCD délivrées au patient.

Le coefficient de fractionnement en cas de partage d'une UCD entre plusieurs patients entraînant une dispensation en UCD non entières (par exemple, pour un flacon utilisé pour 4 patients, la mention 1/4 devra être reportée dans la zone « coefficient de fractionnement »).

Le coût de reconstitution du médicament, le cas échéant. Ce coût est égal au cumul des coûts TTC des composants et consommables utilisés pour la reconstitution ou pour l'administration du médicament et du coût du personnel induit. Deux catégories de médicaments peuvent faire l'objet de cette facturation :

- les médicaments anticancéreux injectables figurant sur la liste de rétrocession ;
- les médicaments dont l'arrêté d'inscription sur la liste de rétrocession mentionne la possibilité de facturer ce coût (aucun médicament n'étant concerné à ce jour).

Le montant de la marge forfaitaire toutes taxes comprises (TTC), par ligne de prescription, quel que soit le nombre d'UCD délivrées ;

Le montant TTC facturé à l'assurance maladie.

4.4.2. Les médicaments non codés (réputés inscrits sur la liste de rétrocession)

Pour mémoire (*cf. supra* 3.2.1), ces médicaments ne font pas l'objet d'un arrêté pour être inscrits sur la liste de rétrocession mais sont inscrits de fait, en application de l'article R. 5126-104 du CSP.

Les mentions à porter sur les factures transmises à l'assurance maladie sont les suivantes :

Le nom du médicament délivré : nom commercial ou nom de la ou des substances actives utilisées.

Le code nature de prestation : ces médicaments n'ont pas de code UCD mais disposent d'un code nature de prestations permettant de les identifier :

- pHU pour les médicaments sous ATU nominative ;
- pHP pour les préparations hospitalières ;
- pHM pour les préparations magistrales hospitalières ;
- pHI pour les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que parallèle.

Ces « codes nature de prestation » sont affectés d'un taux de prise en charge à 100 % par l'assurance maladie (art. R. 322-2 du CSS).

Le prix d'achat ou le coût de fabrication :

- pour les médicaments sous ATU nominative et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation autre que parallèle, la facture doit faire apparaître le prix d'achat du médicament par l'établissement majoré de la TVA (2,10 %) ;

- pour les préparations hospitalières et les préparations magistrales hospitalières, la facture doit faire apparaître le coût total de fabrication majoré de la TVA (2,10 %). Ce coût de fabrication est égal au cumul du coût des produits utilisés pour la préparation et du coût du personnel nécessaire.

Le nombre d'unités dispensées : la quantité mentionnée fait référence à la quantité du code : nature de prestation, toujours égale à 1. Si plusieurs médicaments sont utilisés, dans le cadre d'une seule prescription de préparation hospitalière, ils sont regroupés sous le même code nature de prestation (PHP). Si l'établissement doit réaliser deux préparations hospitalières, il devra facturer deux lignes de prescription sous deux codes nature de prestation PHP.

La marge forfaitaire TTC, par ligne de prescription. Cette marge, associée à chaque code nature de prestation PHP, PHI, PHM et PHU doit être identifiée par un code nature de prestation MAR.

Le montant TTC facturé à l'assurance maladie.

4.5. Cas particuliers (cf. 3.2 cas particuliers supra)

Les médicaments, non inscrits sur la liste de rétrocession mais rétrocédables et pris en charge par l'assurance maladie car ayant obtenu une extension de leurs indications pour le traitement des MMH (maladies métaboliques héréditaires) validée par les experts, doivent être facturés sous le code nature de prestation PHD (prise en charge à 100 % sur la base du prix d'achat + marge forfaitaire).

Les nutriments rétrocédés à des patients atteints de MMH (maladies métaboliques héréditaires) doivent être facturés sous le code NUT.

Les médicaments utilisés dans le cadre de la prise en charge de la douleur chronique rebelle et des soins palliatifs doivent être codés sous le code nature de prestation PHD.

Les médicaments rétrocédés avant juillet 2004 et ayant fait l'objet d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments rétrocédables ou remboursables en ville doivent, dans l'attente de l'examen de leur inscription, être identifiés par un code UCD (cf. liste sur le site du ministère de la santé et des sports). Ces médicaments sont pris en charge à 100 % au prix d'achat + marge forfaitaire.

4.5.1. La transmission des pièces justificatives

Les établissements ex-DG

Les établissements qui télétransmettent leurs factures *via* la norme B2 sont dispensés de la transmission à l'assurance maladie de pièces justificatives (titres de recettes, prescription). Ils doivent toutefois tenir ces documents à disposition des régimes obligatoires d'assurance maladie, pour répondre à tout contrôle éventuel.

En cas de transmission sur support papier, les prescriptions doivent être jointes aux titres de recettes ou avis de sommes à payer.

Les établissements ex-OQN

Les établissements privés doivent joindre la prescription médicale, quel que soit leur mode de facturation (télétransmission ou support S3404).

SERVICES MOBILES D'URGENCE (SMUR)

1. Textes de référence

Code de la santé publique (CSP)

Article L. 6112-5 relatif au fonctionnement des services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR) ;

Articles L. 6311-1 et 2 relatifs à l'aide médicale urgente ;

Articles L. 6312-1 et suivants relatifs aux transports sanitaires ;

Articles R. 6123-1 et suivants relatifs à l'autorisation d'activité de soins en médecine d'urgence ;

Article R. 6123-13 relatif à la régulation des appels adressés au SAMU ;

Articles R. 6123-14 à R. 6123-17 relatifs à la prise en charge des patients par la structure mobile d'urgence et de réanimation ;

Articles R. 6123-18 à R. 6123-25 relatifs à la structure des urgences ;

Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Arrêté du 27 février 2008 portant détermination pour 2008 de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Circulaires

Circulaire DHOS/O1 n° 2004-151 du 29 mars 2004 relative au rôle des services d'aide médicale urgente (SAMU), des services d'incendie et de secours (SDIS) et des ambulanciers dans l'aide médicale urgente ;

Circulaire DHOS/F4/DSS/1A n° 2007-330 du 24 août 2007 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses liées au transport des patients ;

Guide méthodologique relatif aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (pages 118 et 119 de la version de juin 2007).

2. Mission et organisation des SAMU et des SMUR

2.1. Les services d'aide médicale urgente (SAMU)

Les SAMU, qui comportent un centre de réception et de régulation des appels (centre 15), sont chargés :

- d'assurer une écoute médicale permanente ;
- de déterminer et déclencher la réponse la mieux adaptée à la nature des appels ;
- de s'assurer de la disponibilité des moyens d'hospitalisation, publics ou privés, adaptés à l'état du patient ;
- d'organiser le cas échéant le transport dans un établissement public ou privé en faisant appel à un service public ou à une entreprise privée de transports sanitaires ;
- de veiller à l'admission du patient.

Il existe un SAMU par département, implanté en général dans l'hôpital de la ville préfecture.

Le médecin régulateur est chargé d'évaluer la gravité de la situation et de mobiliser l'ensemble des ressources disponibles – médecins généralistes, SMUR, ambulances – et, si besoin, de solliciter auprès du SDIS, dont le centre d'appel est le 18, ses moyens – en vue d'apporter la réponse la plus appropriée à l'état du patient et de veiller à ce que les soins nécessaires lui soient effectivement délivrés. A cet effet, le médecin régulateur coordonne l'ensemble des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'aide médicale urgente. Il vérifie que les moyens arrivent effectivement dans les délais nécessités par l'état de la personne concernée et assure le suivi des interventions.

En cas de pathologie grave nécessitant une médicalisation rapide, le SAMU fait immédiatement intervenir le SMUR, le médecin régulateur peut faire intervenir en complément du SMUR, tout autre moyen adapté, notamment les moyens médicaux du service de santé et de secours médical (SSSM) des SDIS.

2.2. Les services mobiles d'urgences et de réanimation (SMUR)

Les SMUR ont pour mission d'apporter 24 heures sur 24, sur décision du médecin régulateur, en tous lieux et sur l'ensemble du territoire, la médicalisation des interventions auprès des patients dont l'état nécessite une surveillance ou des soins médicaux d'urgence et de réanimation.

Le SMUR peut être constitué soit par les moyens propres de l'hôpital soit dans le cadre de convention avec des SDIS ou des entreprises de transport sanitaire privées. Dans ce cadre, les personnels et véhicules mis à disposition n'interviennent pas au nom du SDIS ou de l'entreprise, mais en tant que prestataires du service hospitalier, ils sont placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

L'article L. 6112-5 du CSP rend obligatoire l'interconnexion du 15 et du 18. Tout déclenchement d'une opération de secours à victimes impliquant les deux services doit être accompagné d'une information opérationnelle réciproque. Cette information mutuelle concerne non seulement la retransmission initiale des données de l'alerte, mais également le déclenchement des opérations et leur suivi. Le fonctionnement de ce dispositif doit faire l'objet d'une évaluation régulière, notamment s'agissant de la qualité de l'échange d'informations et de leur traitement.

3. Modalités de facturation des transports d'urgence

Les modalités de facturation varient selon qu'il s'agit de transports primaires ou secondaires (cf. fiche transport du guide MEAH/DHOS).

3.1. Les transports primaires

Les transports primaires correspondent aux transports effectués du lieu de prise en charge des patients jusqu'à l'établissement de santé ; ils sont financés dans le cadre de la dotation missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), quel que soit le lieu de prise en charge médicale du patient (voie publique, domicile...), dès lors qu'il y a sortie du SMUR.

3.2. Les transports secondaires

Les transports secondaires (1)(entre établissements) doivent être facturés à l'encontre de l'établissement d'origine (établissement demandeur). Le tarif applicable est basé sur le temps de présence du médecin du SMUR auprès du malade (cf. article 4 et article 5 du décret n° 2009-213) ; il est fixé par les ARH et donne lieu à :

(1) Transport secondaire : transfert d'un malade d'un hôpital à un autre afin de le faire bénéficier de soins ou d'explorations spécialisés avec retour dans l'établissement d'origine dans un délai maximum de 48 heures (moins de deux nuitées).

- facturation par période de trente minutes pour les interventions terrestres (IMT), chaque période de trente minutes entamée étant facturée en totalité ;
- facturation par période d'une minute pour les interventions aériennes (IMA).

TARIFS DE PRESTATIONS

1. Textes de référence

Articles 54 et 33 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, pour les établissements MCO tarifés à l'activité ;

Articles 4 et 5 du décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 162-22-1 ;

Article L. 174-3 (psychiatrie et soins de suite et de réadaptation).

Article L. 174-6 (unités de soins de longue durée) ;

Article R. 162-32-2 relatif au « régime particulier ».

Code de la santé publique (CSP)

Articles R. 6145-21 et R. 6145-22 relatifs aux tarifs de prestation.

Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Article L. 314-2 ;

Article R. 314-26.

2. Définition

Des tarifs de prestations sont établis :

en MCO pour :

- l'hospitalisation complète en régime commun, au moins pour chacune des catégories suivantes :
 - services spécialisés ou non ;
 - services de spécialités coûteuses ;
 - services de spécialités très coûteuses ;
- l'hospitalisation à temps partiel (jour, nuit) ;
- la chirurgie ambulatoire ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- les interventions du service mobile de secours et de soins d'urgence (SMUR), en SSR et psychiatrie, pour :
 - l'hospitalisation complète en régime commun, en distinguant :
 - services spécialisés ou non ;
 - services de soins de suite et de réadaptation ;
 - unités de soins de longue durée pour ce qui concerne les soins ;
 - l'hospitalisation à temps partiel (jour, nuit) ;
 - l'hospitalisation à domicile.

Ils sont fixés chaque année par arrêté du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation (1) et sont éventuellement révisables en cours d'exercice.

2.1. Les tarifs d'hospitalisation

Les tarifs de prestations sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant les charges d'exploitation engagées par l'hôpital au cours des séjours des malades par le nombre de journées prévisionnelles :

- dépenses de personnel ;
- dépenses médicales (médicaments, petit matériel, actes...) ;
- dépenses hôtelières (alimentation, chauffage...) ;
- frais de gestion et autres charges d'exploitation du compte de résultat principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres.

Ces dépenses s'entendent hors produits ne résultant pas de la facturation des frais d'hospitalisation soit :

- pour les activités de médecine-chirurgie-obstétrique et odontologie, conformément au décret n° 2009-213 du 23 février 2009, déduction faite des recettes prévisionnelles résultant de la facturation :

(1) Sauf pour l'AP-HP, pour laquelle les TJP sont fixés par arrêté ministériel.

- des interruptions volontaires de grossesse ;
- des actes et consultations externes ;
- des forfaits ATU, FFM et SE,
- pour les activités de soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie et de médecine des hôpitaux locaux, conformément à l'article R. 6145-22 du CSP, « après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations ».

2.2. Les tarifs du SMUR

Les tarifs de prestations relatifs aux interventions du SMUR sont fixés en divisant les charges d'exploitation non couvertes par des ressources propres par le nombre prévisionnel de :

- demi-heures pour les interventions terrestres ;
- minutes pour les interventions aériennes.

2.3. Les tarifs des unités de soins de longue durée (USLD)

Des règles particulières s'appliquent pour les unités de soins de longue durée pour lesquelles trois forfaits journaliers sont déterminés :

- un forfait soins, fixé par arrêté ministériel, qui comprend toutes les dépenses engagées par l'établissement pour les personnes placées, à l'exception des appareils de prothèse et de lunetterie pour lesquels il y a lieu de demander une prise en charge à la sécurité sociale ;
- un forfait hébergement, fixé par le président du conseil général du département (Paris pour l'AP-HP), qui est facturé aux malades ou à l'aide sociale aux personnes âgées ;
- un forfait dépendance.

2.4. Le régime d'hospitalisation

Il existe deux régimes d'hospitalisation :

- le régime commun, applicable aux malades séjournant en chambre à plusieurs lits ou en chambre seule pour des raisons médicales ;
- le régime particulier appliqué aux malades demandant à disposer d'une chambre répondant à certains critères de confort (chambre seule, repas et boissons pour les accompagnants...). Une majoration journalière du tarif de prestations s'applique sur le tarif « régime commun » de la discipline de séjour (cf. art. R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale). L'établissement doit informer le patient du prix de ces prestations et établir une facture détaillée.

3. Utilisation des tarifs de prestations

Les tarifs de prestations servent de base à la facturation :

- des frais d'hospitalisation :
 - au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux ;
 - intégralement pour les non-assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales) ;
- des transports secondaires par SMUR.

En hospitalisation, cette règle vaut pour :

- les services de SSR et de psychiatrie, conformément à l'article L. 174-3 du CSS et aux articles R. 6145-21 et suivants du CSP ;
- les MCO tarifés à l'activité, conformément à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 : « I. – Jusqu'au 1^{er} juillet 2011, par dérogation à l'article L. 174-2-1, les GHS... ne sont pas facturés directement à l'assurance maladie. Les établissements transmettent aux ARH leurs données d'activité aux fins de valorisation. II. – Jusqu'au 31 décembre 2012, les tarifs nationaux de prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation des assurés sociaux. Les conditions et modalités de la participation » ont été fixées le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé.

4. Modalités de décompte des tarifs journaliers de prestations

Les frais d'hospitalisation sont facturables par journée de présence du malade dans l'hôpital.

4.1. En hospitalisation complète

Sont pris en compte :

- le jour d'entrée quelle que soit l'heure d'arrivée du malade, conformément à la règle de « présence à minuit » ;
- le jour du décès ;
- la journée d'hospitalisation d'un malade entré et sorti le même jour si le patient a occupé un lit dans une discipline d'hospitalisation.

Ne sont pas pris en compte :

- le jour de sortie (1) ;
- les permissions de sortie (autorisations d'absence comprises entre 12 heures et 48 heures consécutives, augmentées éventuellement des délais de route).

4.2. En hospitalisation partielle ou pour les séances

Les journées d'hospitalisation de jour ou de nuit et les séances (hémodialyse, chimiothérapie...) font l'objet de tarifs de prestations spécifiques.

Remarque : Les séances réalisées au cours d'une hospitalisation complète en MCO, en SSR ou en psychiatrie ne sont pas facturables car considérées comme des « actes » du séjour hospitalier. En revanche, les séances effectuées au profit de malades hébergés en unités de soins de longue durée sont facturées en sus du forfait soins.

4.3. Les transferts dans un autre établissement

Les patients peuvent être transférés d'un établissement à un autre, provisoirement ou définitivement.

4.3.1. Les transferts provisoires

Si le transfert est inférieur à une nuitée (transfert en vue d'un diagnostic ou d'un traitement dans un établissement plus spécialisé, avec retour dans l'établissement d'origine), le tarif de prestations applicable pour la journée est celui de l'hôpital d'origine.

Si le transfert est supérieur ou égal à une nuitée, le tarif applicable pendant la période du transfert est celui de l'hôpital d'accueil, l'hôpital d'origine devant clore son dossier administratif.

4.3.2. Les transferts définitifs

Si le transfert a lieu dans un service du même hôpital mais relevant d'une autre discipline tarifaire, c'est le tarif de cette seconde discipline qui s'applique dès le jour du transfert.

Si le transfert a lieu dans un autre établissement, le tarif de prestations de l'établissement d'accueil s'applique dès le jour du transfert.

TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €

1. Textes de référence

Code de la sécurité sociale (CSS)

Article L. 174-4 relatif à l'imputation du forfait journalier hospitalier sur le ticket modérateur ;
Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux frais de maladie ;
Article R. 322-8 relatif au ticket modérateur forfaitaire de 18 € et aux cas d'exonération du ticket modérateur.

Code de l'action sociale et des familles (CASF)

Articles L. 251-1 et suivants, relatifs à l'aide médicale d'Etat et L. 254-1 relatif aux soins urgents.

Circulaires

Circulaire DHOS/F4/DSS/SD2A n° 2004-08 du 8 janvier 2004 relative à la mise en œuvre du décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003 sur la participation de l'assuré aux frais de soins ;

Circulaire DSS/DHOS n° 2006-290 du 3 juillet 2006 relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé du ticket modérateur forfaitaire pour les actes qui sont affectés d'un coefficient supérieur à 50 ou dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €.

2. Définition

Le ticket modérateur forfaitaire (TMF) de 18 € remplace, depuis le 1^{er} septembre 2006, le dispositif d'exonération totale du ticket modérateur qui était applicable aux actes diagnostiques ou thérapeutiques (2), dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP). Désormais, une participation de 18 € est mise à la charge des assurés sociaux lorsque ces actes leur sont dispensés, en soins externes ou au cours d'une hospitalisation.

(1) Hors cas du forfait journalier, facturable le jour de sortie (sauf en cas de décès pour les patients hospitalisés en MCO)

(2) Hors prothèses dentaires, actes de biologie et actes d'anatomo-cytopathologie.

3. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € est dû

3.1. Patients redevables du TMF de 18 €

Les assurés sociaux et ayants droit relevant des régimes obligatoires de sécurité sociale, dès lors qu'un acte coûteux ou une série d'actes leur est délivré(e) sauf si les intéressés bénéficient par ailleurs d'une exonération de ticket modérateur pour un autre motif.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et de l'aide médicale complémentaire (AMEc) : les 18 € sont imputés sur la part complémentaire prise en charge par la caisse d'assurance maladie ou l'organisme de protection complémentaire, choisi par le bénéficiaire.

Les personnes de nationalité étrangère en séjour temporaire en France lorsqu'elles relèvent d'un régime étranger de sécurité sociale qui les prend en charge (dans le cadre de la réglementation communautaire ou dans le cadre d'accords bilatéraux signés par la France avec l'Etat concerné). Lorsque la personne bénéficie du tiers payant, les 18 € ne sont pas facturés mais compris dans la facture transmise au CLEISS (1) en vue du remboursement par l'organisme étranger ;

Le régime local d'Alsace Moselle pour ses assurés (décision du régime du 19 décembre 2005).

3.2. Actes donnant lieu à application du TMF de 18 €

Le TMF de 18 € est dû, en soins externes et en hospitalisation (y compris en hospitalisation à domicile), lorsque des actes diagnostiques et thérapeutiques, dont le tarif est égal ou supérieur à 91 € dans la classification commune des actes médicaux (CCAM) ou dont le coefficient est égal ou supérieur à 50 dans la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) sont réalisés.

3.2.1. Les règles de cumul des actes définies dans la CCAM sont applicables

L'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale prévoit que les coefficients ou les tarifs des actes peuvent se cumuler lorsque ces actes sont réalisés dans le même temps, par le même praticien et pour le même patient (cf. exemples en annexe I).

Toutefois, tous les actes ne sont pas cumulables :

- lorsque les tarifs des actes ne sont pas cumulables et que chaque acte réalisé ne dépasse pas le seuil de 91 €, les patients sont redevables d'un ticket modérateur intégral ;
- lorsque les tarifs des actes sont cumulables, le seuil de 91 € s'applique et les patients ne sont redevables que du ticket modérateur forfaitaire de 18 €.

Cette information figure dans la CCAM :

- en consultation directe, dans la zone « tarification » de chaque fiche « acte » sous l'un des libellés suivants :
 - « acte pouvant être exonéré par la règle du seuil et exonérant alors la facture » (acte cumulable) ;
 - « acte pouvant être exonéré par la règle du seuil mais n'exonérant pas la facture » (acte non cumulable) ;
- sous la rubrique « codes exo TM (1 et 2) » du fichier Excel téléchargeable :
 - un acte avec un code exo TM 1 pouvant être cumulé avec d'autres actes ;
 - un acte avec un code exo TM 2 ne pouvant pas être cumulé avec d'autres actes, quel que soit leur code exo TM.

Par ailleurs, il existe une exception à la règle selon laquelle les actes thérapeutiques et diagnostiques doivent être réalisés par le même praticien pour pouvoir être cumulés : il s'agit des actes d'anesthésie qui peuvent se cumuler avec un acte, indépendamment du praticien.

A noter : la notion d'actes cumulables ou non doit être différenciée de celle d'actes non associables, celle-ci signifiant qu'un praticien ne peut réaliser ou coder deux actes.

3.2.2. Points particuliers

Les soins externes

Pour les patients qui consultent plusieurs spécialistes le même jour et subissent des actes supérieurs à 91 € ou dont le coefficient est supérieur à 50 au cours des différentes séances, la participation forfaitaire de 18 € est due à chaque fois.

Les forfaits ATU, FFM et SE n'empêchent pas l'application de la participation forfaitaire de 18 €.

Dans ce cas, si un forfait (ATU, FFM, SE) est associé à l'acte égal ou > 91 € ou égal ou > K 50, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne ATU, FFM ou SE sur les « factures » transmises à l'assurance maladie et non de la ligne « actes » (cette disposition, qui s'applique aux établissements ex-OQN, s'appliquera aux établissements ex-DG lorsque sera mise en œuvre la facturation directe à l'encontre de l'assurance maladie).

Exemple : pour un ATU de 25,28 € et un acte égal ou > 91 € ou égal ou > K 50 de 100 €, soit 125,28 €, la « facture » à l'encontre de l'assurance maladie doit se présenter ainsi :

(1) CLEISS : centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale.

| | |
|---------------------------------------|----------------|
| Acte = ou > 91 € ou = ou > K 50 | 100 € |
| ATU..... | 25,28 € – 18 € |
| Total..... | 107,28 € |

La facture émise à l'encontre du patient ou de son organisme complémentaire s'élève à 18 €.

L'hospitalisation (tableau récapitulatif en annexe II)

Le TMF de 18 € est dû au titre du séjour hospitalier, quelle que soit sa durée. Le patient n'est donc pas exonéré de ce TMF si le séjour a dépassé 30 jours et/ou si l'acte exonérant a eu lieu au delà du 30^e jour (1).

Toutefois, des dispositions particulières s'appliquent dans les cas suivants.

Dispositions applicables lorsqu'une deuxième hospitalisation est consécutive à une hospitalisation elle-même soumise à la participation de 18 €.

Est consécutive l'hospitalisation répondant aux deux critères suivants :

- un critère de temps : la 2^e hospitalisation suit la 1^{re}, sans hospitalisation pour un autre motif médical dans l'intervalle. Le retour à domicile du patient ne rompt pas la continuité et il n'y a pas de délai de référence entre les deux hospitalisations ;
- un critère médical : la deuxième hospitalisation résulte directement de la 1^{re}.

Le TMF de 18 € est dû pour chaque hospitalisation, si la durée des 2 séjours ne dépasse pas 30 jours. A titre d'exemple, le séjour d'un patient transféré en soins de suite et de réadaptation (SSR) après un 1^{er} séjour en MCO au cours duquel un acte coûteux a été réalisé, constitue un 2^e séjour, donnant lieu à une 2^e participation forfaitaire de 18 € si le cumul des 2 séjours est inférieur à 30 jours.

Si la durée des 2 séjours dépasse 30 jours (soit au cours du 1^{er} séjour, soit au cours du 2^e séjour), la participation de l'assuré est supprimée pour le 2^e séjour. En pratique :

- pour le 1^{er} séjour, la participation de 18 € est due si un acte coûteux est réalisé, quelle que soit la durée du séjour ;
- pour le second séjour, les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 %.

Les transferts dans d'autres établissements peuvent également constituer des séjours consécutifs et les mêmes règles leur sont donc applicables.

S'il y a une 3^e hospitalisation, elle est considérée comme une nouvelle hospitalisation, qu'elle soit ou non en rapport avec les précédentes.

En cas de transfert provisoire (une nuitée maximum hors de l'établissement d'origine), le transfert n'interrompt pas le séjour et un seul TM forfaitaire de 18 € est facturable pour l'ensemble du séjour, transfert compris.

En hospitalisation à domicile (HAD), les mêmes règles que celles mises en œuvre en hospitalisation complète s'appliquent :

- un TMF de 18 € est dû lorsqu'un acte coûteux est réalisé au cours d'un séjour en HAD ;
- lorsque le séjour en HAD est consécutif à un séjour au cours duquel un acte coûteux a été réalisé, ce séjour en HAD est soumis à la participation de 18 €, sauf si la durée totale des deux séjours dépasse 30 jours : le séjour en HAD est alors exonéré de participation.

Le TM forfaitaire de 18 € est dû y compris dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Le patient n'est redevable que d'un seul TMF de 18 €, si lors d'un séjour en MCO au sein d'un même établissement, il a changé de discipline ; cette hypothèse correspond en effet à un seul séjour.

**4. Cas dans lesquels le ticket modérateur forfaitaire de 18 € n'est pas dû
(article R. 322-8 du CSS)**

4.1. Patients exonérés

Les bénéficiaires de l'assurance maternité, à compter du 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'à 12 jours après l'accouchement.

Les nouveau-nés, pour tous les soins dispensés dans un établissement de santé dans les 30 jours suivant leur naissance, en consultations externes ou en hospitalisation.

Les patients pris en charge au titre du risque « accidents du travail/maladies professionnelles », y compris les bénéficiaires des rentes « accidents du travail » si les actes sont en rapport avec l'accident du travail ou la maladie professionnelle.

(1) Cf. règle d'exonération prévue à l'article R. 322-8 du CSS (3 du II).

Les personnes exonérées au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour les soins en rapport avec l'ALD.

Les bénéficiaires de l'aide médicale d'Etat (articles L. 251-1 et suivants du CASF) ou des soins urgents (article L. 254-1 du CASF).

Les titulaires d'une allocation de solidarité aux personnes âgées (aide sociale aux personnes âgées...).

Les titulaires d'une pension d'invalidité ou d'une pension vieillesse pour inaptitude.

Les titulaires d'une pension de réversion, remplissant les conditions d'ouverture de droits à l'assurance invalidité et atteints d'une invalidité permanente entre 55 et 60 ans.

Les bénéficiaires d'une pension militaire et leurs ayants droit (art. L. 115 à L. 118 du code des pensions militaires et invalides de guerre).

Les frontaliers se faisant soigner hors de France.

4.2. Actes et soins exonérés (article R. 322-8-II et V)

La participation des patients assurés sociaux, y compris le TM forfaitaire de 18 € est supprimée pour :

- les actes de radiodiagnostic, d'imagerie par résonance magnétique, de scanographie, de scintigraphie ou de tomographie par émission de positons, si ces actes sont affectés d'un coefficient > 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 € ; cette suppression ne dispense toutefois pas du ticket modérateur dû au titre des autres actes pratiqués à l'occasion de la consultation ou des frais intervenant au cours de l'hospitalisation ;
- les frais de transports d'urgence entre le lieu de prise en charge du patient et l'établissement de santé, en cas d'hospitalisation au cours de laquelle est effectué un acte thérapeutique ou diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 € ;
- les frais de transport entre deux établissements, ou entre l'établissement et le domicile en cas d'hospitalisation à domicile, en vue d'une 2^e hospitalisation consécutive et en lien direct avec une hospitalisation au cours de laquelle un acte thérapeutique ou diagnostique, affecté d'un coefficient égal ou supérieur à 50 ou d'un tarif égal ou supérieur à 91 € a été réalisé ;
- les frais afférents à la fourniture de sang humain, de plasma et de leurs dérivés et à la fourniture de lait humain ;
- le diagnostic et le traitement de la stérilité ;
- les soins consécutifs à des sévices sexuels sur mineurs ;
- les actes réalisés dans le cadre des programmes officiels de prévention.

4.3. *Le forfait de 18 € n'est pas applicable dans les établissements sociaux et médico-sociaux ni dans les unités de soins de longue durée*

5. Ticket modérateur forfaitaire de 18 € et forfait journalier hospitalier

La règle d'imputation du forfait journalier hospitalier sur le ticket modérateur n'est pas applicable à la participation forfaitaire de 18 €.

Le forfait journalier est donc facturable en sus du TMF de 18 €, sauf cas d'exonération.

ANNEXE I

RÈGLES DE CUMUL DES ACTES ET TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €

Principes généraux

Code exo TM 1 = acte cumulable.
Code exo TM 2 = acte non cumulable.

1^{er} cas

Actes d'échographie (ADE), code exo TM 1 : 50 €.
Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €.
Cumul possible = 100 € > 91 €.
Application du TM forfaitaire de 18 €.

2^e cas

Actes d'imagerie (ADI hors échographie), code exo TM 1 : 50 €.
Actes d'imagerie (ADI), code exo TM 1 : 50 €.
Cumul = 100 € > 91 €.
Pas de participation de l'assuré, les ADI étant exclus de l'application du TM forfaitaire de 18 €.

3^e cas

Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €.
Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 50 €.
Cumul = 100 € > 91 €.
Application du TM forfaitaire de 18 €.

4^e cas

Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 92 €.
Actes d'échographie, code exo TM 1 : 50 €.
Cumul = 142 € > 91 €.
Application du TM forfaitaire de 18 €.

5^e cas

Actes d'échographie, code exo TM 2 : 150 €.
Actes d'échographie, code exo TM 1 ou 2 : 150 €.
Pas de cumul possible car l'un des deux actes a un code exo TM 2 mais application du TM forfaitaire de 18 € car les tarifs de chaque acte sont > 91 €.

6^e cas

Actes d'échographie, code exo TM 2 : 150 €.
Actes d'imagerie, code exo TM 1 : 50 €.
Pas de cumul possible car l'un des deux actes a un code exo TM 2 mais application du TM forfaitaire de 18 € sur l'acte d'échographie et du TM de droit commun (30 %) sur l'acte d'imagerie.

7^e cas

Actes d'échographie, code exo TM 1 : 100 €.
Acte d'anesthésie : 40 €.
Cumul possible = 140 € > 91 €.
Application du TM forfaitaire de 18 €.

Quelques exemples

Dans les exemples ci-après, la colonne « tarifs facturés à l'assurance maladie » correspond aux tarifs destinés à évaluer le seuil des 91 €.

Exemple 1: réalisation de deux actes non cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 €.

| CODE ACTE | LIBELLÉ DE L'ACTE | TARIF CCAM | TARIFS FACTURÉS à l'assurance maladie |
|-----------|---|------------|---------------------------------------|
| GLQP011 | Mesure des volumes pulmonaires mobilisables et non mobilisables par pléthysmographie | 63,42 € | 63,42 € |
| YYYY232 | Supplément pour réalisation de gaz du sang au cours d'exploration fonctionnelle respiratoire niveau 3 | 28,80 € | 28,80 € |
| | Ensemble | | 92,22 € |

Les tarifs des actes n'étant pas cumulables pour l'application du seuil de 91 €, il y aura paiement intégral du ticket modérateur.

Exemple 2 : réalisation de deux actes cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 €, le second acte correspondant à une anesthésie.

| CODE ACTE | LIBELLÉ DE L'ACTE | TARIF CCAM | TARIFS FACTURÉS à l'assurance maladie |
|-----------|--|------------|---------------------------------------|
| CBGD001 | Ablation unilatérale ou bilatérale d'aérateur transtympanique en place sur le tympan, sous anesthésie générale | 62,70 € | 73,99 € (actes + modificateurs) |
| | Anesthésie | 48,00 € | 48,00 € |
| | Ensemble | | 121,99 € |

Le prix de l'acte seul est inférieur au seuil de 91 €, mais le tarif de l'anesthésie réalisée à cette occasion s'ajoute à celui de l'acte. L'ensemble est donc supérieur à 91 €, et le patient est redevable du TM forfaitaire de 18 €.

Exemple 3 : réalisation de deux actes cumulables dont le montant total dépasse le seuil de 91 € ; le second acte est un acte thérapeutique.

| CODE ACTE | LIBELLÉ DE L'ACTE | TARIF CCAM | TARIFS FACTURÉS à l'assurance maladie |
|-----------|---|------------|---------------------------------------|
| BGLB001 | Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré | 83,60 € | 83,60 € |
| BEJB002 | Evacuation de collection de la chambre antérieure de l'œil, par voie transclérale ou par voie transcornéenne sans irrigation - aspiration automatisée | 49,42 € | 24,71 € (*) |
| | Ensemble | | 108,31 € |

(*) Deux actes CCAM ont été réalisés ; le tarif du deuxième acte est donc réduit de moitié (cf. CCAM).

Le prix de chaque acte est inférieur au seuil de 91 € mais ces deux actes sont cumulables ; c'est l'ensemble des tarifs facturés à l'assurance maladie qui doit donc être pris en compte pour l'application du seuil de 91 € ; le patient est redevable du TM forfaitaire de 18 €.

Exemple 4 : réalisation de deux actes non cumulables mais le montant du premier dépasse le seuil de 91 €, celui du second étant inférieur à 91 €.

| CODE ACTE | LIBELLÉ DE L'ACTE | TARIF CCAM | TARIFS FACTURÉS à l'assurance maladie |
|-----------|---|------------|---------------------------------------|
| DZQM006 | Echographie-doppler transthoracique du cœur et des vaisseaux intrathoraciques | 95,66 € | 95,66 € |
| DEQP003 | Electrocardiographie sur au moins 12 dérivation | 13,52 € | 6,76 € |
| | Ensemble | | 102,42 € |

(*) Deux actes CCAM ont été réalisés ; le tarif du deuxième acte est donc réduit de moitié (cf. CCAM).

Le premier acte, supérieur à 91 €, donne lieu au paiement d'un TMF de 18 €.

Le second acte, non cumulable avec le premier, donne lieu à application de la règle du droit commun, à savoir le taux de ticket modérateur en vigueur.

ANNEXE II

MODALITÉS D'APPLICATION DU TICKET MODÉRATEUR FORFAITAIRE DE 18 €
EN CAS D'HOSPITALISATION

Pour mémoire, la participation de 18 € est due quelle que soit la durée du séjour. Toutefois, la règle d'exonération totale du ticket modérateur au-delà du 31^e jour d'hospitalisation (1) s'applique s'il y a deux séjours consécutifs et que la durée des deux séjours dépasse trente jours (soit au cours du premier séjour, soit au cours du deuxième séjour) ; l'exonération s'applique au deuxième séjour.

| CAS | TM DÛ (DUS) |
|---|---|
| Séjour en MCO avec un acte coûteux (> 91 € ou d'un coefficient > 50) | 1 TM forfaitaire (TMF) de 18 €, quelle que soit la durée du séjour et la date de réalisation de l'acte (même au-delà de 30 jours) |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^e séjour en MCO de 5 jours, soit au total 25 jours d'hospitalisation : - les 2 séjours sont consécutifs et en lien - les 2 séjours ne sont pas consécutifs | 2 TMF de 18 € 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20 %) pour le 2 ^e séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^e séjour) |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^e séjour en MCO de 20 jours soit 40 jours d'hospitalisation : - les 2 séjours sont consécutifs et en lien - les 2 séjours ne sont pas consécutifs | 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour, le 2 ^e séjour étant exonéré (le cumul des 2 séjours étant > à 30 jours) 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20 %) pour le 2 ^e séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^e séjour) |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 10 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR, soit 20 jours d'hospitalisation | 2 TMF de 18 € |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 40 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR, les 2 séjours étant consécutifs | 1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et pas de TM pour l'hospitalisation en SSR, prise en charge à 100 % en vertu de l'exonération due aux 30 jours |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR | 1 TMF de 18 € au titre du 1 ^{er} séjour, le 2 ^e étant exonéré (ces 2 séjours sont consécutifs et en lien et leur durée cumulée est > à 30 jours) |
| Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR suivi d'un nouveau séjour en MCO | Le 3 ^e séjour est une nouvelle hospitalisation |

Les mêmes règles seraient applicables si, à la place d'un séjour en SSR ou en MCO, les séjours avaient lieu en HAD ou en psychiatrie.

SIGLES

| | |
|-------------------|--|
| ADE | Actes d'échographie |
| ADI | Actes d'imagerie |
| AFSAPS | Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé |
| ALD | Affection de longue durée |
| AME | Aide médicale de l'Etat |
| AMI | Actes médicaux infirmiers |
| AMM | Autorisation de mise sur le marché |
| AMO | Actes médicaux d'orthophonie |
| AMS | Actes médicaux des masseurs-kinésithérapeutes |
| ARH | Agence régionale de l'hospitalisation |
| AT | Accidents du travail |
| ATU (forfait) | Forfait accueil et traitement des urgences |
| ATU (médicaments) | Autorisation temporaire d'utilisation |
| CASF | Code de l'action social et des familles |

(1) Cf. article R. 322-8 du CSS (3 du II) : « La participation de l'assuré est supprimée [...] pour l'ensemble des frais intervenant au cours d'une hospitalisation à compter du 31^e jour d'hospitalisation consécutif. » Est consécutive une deuxième hospitalisation suivant et résultant directement d'un premier séjour, sans hospitalisation dans l'intervalle et quel que soit le délai entre les deux séjours.

| | |
|----------------|---|
| CBU | Contrat de bon usage (des médicaments) |
| CC | Code civil |
| CCAM | Classification commune des actes médicaux |
| CEPS | Comité économique des produits de santé |
| CMU | Couverture maladie universelle |
| CMUc | Couverture maladie universelle complémentaire |
| CNAMTS | Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés |
| COM | Collectivité d'outre-mer |
| CPAM | Caisse primaire d'assurance maladie |
| CRA | Centre de rétention administrative |
| CSP | Code de la santé publique |
| CSS | Code de la sécurité sociale |
| DAF | Dotation annuelle de financement |
| DM | Dispositif médical |
| DMI | Dispositif médical implantable |
| DOM-ROM | Département d'outre-mer - région d'outre-mer |
| EPS | Etablissement public de santé |
| Ex-DG | Ex-dotation globale (établissements des <i>a</i> , <i>b</i> et <i>c</i> de l'article L. 162-1-7 du CSP). |
| Ex-OQN | Ex-objectif quantifié national (établissements privés des <i>d</i> et <i>e</i> de l'article L. 162-1-7 du CSP). |
| FFM | Forfait de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation |
| FICHCOMP | Fichier complémentaire |
| FJH | Forfait journalier hospitalier |
| GHM | Groupe homogène de malades |
| GHS | Groupe homogène de séjour |
| HAD | Hospitalisation à domicile |
| IVG | Interruption volontaire de grossesse |
| LPP | Liste des produits et prestations |
| MCOO | Médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie |
| MIGAC | Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation |
| MMH | Maladies métaboliques héréditaires |
| MO | Molécule onéreuse |
| MP | Maladie professionnelle |
| MSA | Mutualité sociale agricole |
| NGAP | Nomenclature générale des actes professionnels |
| PH | Praticien hospitalier |
| PUI | Pharmacie à usage intérieur |
| PU-PH | Professeur des universités - praticien hospitalier |
| RSA | Revenu de solidarité active |
| RSFACE | Résumé standard de facturation des actes et consultations externes |
| RSS | Résumé de sortie standardisé |
| RUM | Résumé d'unité médicale |
| SAMU | Service d'aide médicale urgente |
| SE | Sécurité environnement |
| SMR | Service médical rendu |
| SMUR | Service mobile d'urgence |
| SSR | Soins de suite et de réadaptation |
| TEP | Tomographie par émission de protons |
| TM | Ticket modérateur |
| TM forfaitaire | Ticket modérateur forfaitaire de 18 € |
| TVA | Taxe sur la valeur ajoutée |
| UCD | Unité commune de dispensation |
| UHCD | Unité d'hospitalisation de courte durée |
| UMJ | Unités médico-judiciaires |
| UNCAM | Union nationale des caisses d'assurance maladie |
| USLD | Unités de soins de longue durée |