

## FORFAITS "SECURITE 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 [L6113-8](#) 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 N°DHOS/F1/F4/2007/105 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 T2A 2007 dans les établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale – facturation des forfaits d'environnement.

## 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 ». Est comprise la mise à disposition des matériels et produits ancillaires nécessaires à la réalisation d'actes ou attachés à l'environnement technique ; Les médicaments ayant nécessité cet environnement pour être administrés ne sont en conséquence pas inclus dans ce forfait.

## 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

---

⇒ **4 forfaits SE sont facturables, pour les actes inscrits sur l'une des listes limitatives figurant** à l'annexe 11 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 11, 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 11, 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 11, 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 11, 2 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 11 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'art. 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]<sup>1</sup> 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 SE.

#### 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 €

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 à 91 € ou > K50 de 100 € la facture télétransmise se doit se présenter ainsi :

- ATU = 25,28 € - 18 €
- Acte égal ou > à 91 € ou > 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. 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<sup>2</sup>).

\* \* \*

#### Tableau résumant les situations au regard de la facturation

<sup>1</sup> 0 = non ; 1 = oui ; 2 ou 3 = en attente de décision

<sup>2</sup> « I – Jusqu'au 1<sup>er</sup> 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... »

### **Facturable**

- 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**

- 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.