

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 1<sup>er</sup> mars 2022 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments, des produits, des prestations et au forfait journalier pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale**

NOR : SSAH2209786A

Le ministre de l'économie, des finances et de la relance et le ministre des solidarités et de la santé,  
Vu le code de la santé publique ;  
Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-6, L. 162-23-1, R. 162-22, R. 162-31-1 et R. 162-34-1 ;  
Vu la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, notamment son article 78 modifié ;  
Vu la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, notamment son article 51 ;  
Vu la loi n° 2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022 ;  
Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;  
Vu le décret n° 2017-500 du 6 avril 2017 modifié relatif à la réforme du financement des établissements de soins de suite et de réadaptation ;  
Vu le décret n° 2021-1255 du 29 septembre 2021 relatif à la réforme du financement des activités de psychiatrie ;  
Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en psychiatrie et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;  
Vu l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en soins de suite et de réadaptation et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;  
Vu l'arrêté du 5 mai 2017 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de soins de suite et de réadaptation exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article R. 162-34-1 du même code ;  
Vu la saisine du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 23 mars 2022 ;  
Vu la saisine de la Caisse nationale de l'assurance maladie en date du 23 mars 2022,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'arrêté du 25 février 2016 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation, des médicaments et des produits et prestations pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et les activités de psychiatrie exercées par les établissements mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale et pris pour l'application de l'article L. 162-22-1 du même code est abrogé.

### CHAPITRE 1<sup>er</sup>

#### LES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS D'HOSPITALISATION AVEC HÉBERGEMENT

**Art. 2.** – Pour les établissements de santé exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22, la catégorie de prestations d'hospitalisation avec hébergement mentionnée à l'article R. 162-34-1 donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° Un prix de journée dénommé PJ. Il est facturé dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure.

Le montant du prix de journée fixé dans le cadre de l'avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens inclut le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. Ce forfait est facturé dans les mêmes conditions que le prix de journée, à l'exception du jour de la sortie du patient, où le forfait journalier donne lieu à facturation ;

2° Un forfait de surveillance médicale dénommé SSM. Il est facturé dès que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure, dans les établissements de soins de suite et de réadaptation, en l'absence de facturation des honoraires de surveillance médicale, tels que prévus par la nomenclature des actes professionnels ;

3° Un forfait d'entrée dénommé ENT. Il est facturé pour chaque séjour d'une durée supérieure à 24 heures.

En cas de transfert provisoire vers un autre établissement pour une durée inférieure à deux jours, le retour du patient ne donne pas lieu à facturation d'un nouveau forfait d'entrée ;

4° Un forfait de prestations dénommé PMS. Il est facturé pour chaque semaine calendaire au cours de laquelle un séjour d'une durée supérieure à 24 heures a eu lieu, dès lors que la production et la transmission des informations définies à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique sont mises en œuvre par l'établissement ;

5° Un supplément au prix de journée visé au 1° du présent article, dénommé SHO, pour mise à disposition du patient, sur prescription médicale imposant l'isolement, d'une chambre particulière. Il est facturé dès lors que le patient est présent plus de 24 heures, puis à chaque fois qu'il est présent à 0 heure.

Le supplément ne donne lieu à prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale que pour la durée d'isolement fixée par la prescription médicale ;

6° Un supplément transport dénommé ST1. Il est facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours. Le ST1 est modulé en fonction de la distance parcourue ;

7° Un supplément transport dénommé ST2. Il est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans les conditions du 3° de l'article 5 ou pour la réalisation d'un acte ou d'une consultation externe dans un cabinet libéral, que celui-ci soit ou non adossé à un établissement de santé. Le ST2 est modulé en fonction de la distance parcourue.

Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation dans le cadre des 2° et 3° de l'article 5, aucun supplément transport ne peut être facturé par l'établissement d'origine ;

8° Un supplément transport dénommé ST3. Il est facturé lorsque le patient bénéficie d'une permission de sortie en application du 3° du I de l'article D. 162-17 du code de la sécurité sociale. Le ST3 est modulé en fonction de la distance parcourue.

**Art. 3.** – Pour les établissements de santé exerçant les activités de psychiatrie mentionnées au 1° de l'article R. 162-22, le forfait journalier mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale 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. Le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit.

**Art. 4.** – Pour les établissements exerçant les activités de psychiatrie mentionnées au 1° de l'article R. 162-22 ou exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22, les catégories de prestations mentionnées à l'article 2 et le forfait journalier sont fixés dans les conditions suivantes :

1° Tout transfert d'une durée supérieure à deux jours est considéré comme définitif.

En cas de transfert définitif, lorsque le patient est transféré vers un autre établissement ou au sein du même établissement, dans une unité médicale, telle que définie aux annexes des arrêtés du 23 décembre 2016 susvisés, seules les prestations réalisées au sein de l'établissement ou de l'unité médicale dans laquelle le patient est transféré sont facturées le jour du transfert ;

2° Lorsqu'un patient hospitalisé en établissement de santé est pris en charge, pour une durée inférieure à deux jours, dans un autre établissement relevant du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des prestations dont le patient a bénéficié au cours de son séjour, y compris celles réalisées au sein de l'établissement prestataire, sont facturées par l'établissement d'origine. Au cours de la prise en charge dans l'établissement prestataire, la présence du patient à minuit donne lieu à facturation du forfait journalier correspondant par le seul établissement d'origine ;

3° Lorsqu'au cours d'un séjour le patient est transféré pour une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement, ou au sein du même établissement dans une unité médicale telle que définie aux annexes des arrêtés du 23 décembre 2016 susvisés, ne relevant pas du même champ d'activité au sens de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, les prestations ou les actes et consultations externes prévues à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale réalisés au cours du transfert sont facturés aux régimes obligatoires d'assurance maladie par l'établissement d'accueil indépendamment de la facturation des prestations réalisées au cours du reste du séjour par l'établissement d'origine, qui interrompt toute facturation liée au séjour durant la période du transfert.

Lorsque ce transfert comporte une nuitée dans l'établissement dans lequel le patient a été transféré, l'établissement d'origine ne facture, le jour du transfert, ni les forfaits prévus à l'article 2, ni le forfait journalier. Le décompte de journée s'effectue à chaque présence du patient à minuit.

## CHAPITRE 2

### LES FORFAITS RELATIFS AUX PRESTATIONS D'HOSPITALISATION SANS HÉBERGEMENT

**Art. 5.** – Pour les établissements de santé exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22, la catégorie de prestations d'hospitalisation sans hébergement mentionnée à l'article R. 162-34-1 donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° En structure de soins alternative à l'hospitalisation complète en soins de suite ou de réadaptation, un forfait de séance de soins dénommé SNS ou FS dans les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susvisée. Il est facturé pour chaque séance ;

2° Un forfait de prestations dénommé PMS. Il est facturé pour chaque semaine calendaire au cours de laquelle une ou plusieurs séances de soins ont eu lieu, dès lors que la production et la transmission des informations définies à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique sont mises en œuvre par l'établissement ;

3° Un supplément transport dénommé ST1. Il est facturé par l'établissement d'origine lorsque le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour une durée supérieure à deux jours. Le ST1 est modulé en fonction de la distance parcourue ;

4° Un supplément transport dénommé ST2. Il est facturé par l'établissement d'origine pour chaque transfert provisoire du patient pour un acte ou une consultation externe réalisé dans les conditions du 3° de l'article 5 ou pour la réalisation d'un acte ou d'une consultation externe dans un cabinet libéral, que celui-ci soit ou non adossé à un établissement de santé. Le ST2 est modulé en fonction de la distance parcourue.

Lorsqu'au cours du séjour le patient est transféré vers un autre établissement de santé pour la réalisation d'une prestation d'hospitalisation dans le cadre des 2° et 3° de l'article 4, aucun supplément transport ne peut être facturé par l'établissement d'origine.

**Art. 6.** – Lorsque le patient est transféré d'une structure alternative à l'hospitalisation prévue à l'article 4 dans un établissement ou un service d'hospitalisation à temps complet, le jour du transfert dans la structure alternative ne donne lieu à facturation d'aucun forfait.

## CHAPITRE 3

### LES FORFAITS RELATIFS À LA FOURNITURE ET L'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS ET AU TRANSPORT DE SANG

**Art. 7.** – Pour les établissements de santé exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22, les prestations mentionnées aux 2° et au 4° de l'article R. 162-34-1 dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° Un forfait de médicaments dénommé PHJ. Il est facturé dans les mêmes conditions que le forfait journalier mentionné au 1° de l'article 3 ;

2° Un forfait de transport de produits sanguins labiles dénommé TSG. Il est facturé dès lors que l'établissement de santé assure le transport de ces produits. Dans ce cas, le transport ne fait pas l'objet d'une facturation par l'établissement de transfusion sanguine. Le forfait est calculé en multipliant le nombre de poches utilisées par le tarif applicable en fonction de la distance séparant l'établissement de santé de l'établissement de transfusion sanguine. Ce tarif varie suivant que l'établissement de santé est situé à moins de 5 kilomètres de l'établissement de transfusion sanguine, entre 5 et 15 kilomètres ou à 15 kilomètres et au-delà.

## CHAPITRE 4

### LES FRAIS FAISANT L'OBJET D'UNE FACTURATION DISTINCTE DE CELLE MENTIONNÉE AUX CHAPITRES PRÉCÉDENTS

**Art. 8.** – Pour les établissements de santé exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22 :

I. – En application des dispositions du e de l'article R. 162-31-2 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé, font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale en sus des forfaits prévus à l'article R. 162-31-1 du même code dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé les frais afférents à la fourniture des produits suivants :

- 1° Les orthoprothèses ;
- 2° Les appareils divers de correction orthopédique et matériaux pour réalisation d'appareils d'immobilisation d'application immédiate ;
- 3° Les prothèses oculaires et faciales ;
- 4° Les véhicules pour handicapés physiques (véhicules personnalisés).

II. – Pour obtenir le remboursement des frais afférents à la fourniture des produits mentionnés au I, l'établissement de santé transmet à la caisse gestionnaire mentionnée à l'article R. 174-18 du code de la sécurité sociale, outre le bordereau de facturation, les documents suivants :

- a) La prescription médicale ;

b) L'étiquette détachable portant le code-barres, le code numérique et le libellé du produit ou l'édition directe de ces informations sur la facture du produit ;

c) La copie de la facture du fournisseur.

III. – Les produits mentionnés au I sont pris en charge par les organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues à l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale.

**Art. 9.** – Pour les établissements exerçant les activités de psychiatrie mentionnées au 1° de l'article R. 162-22 ou exerçant les activités de soins de suite et de réadaptation mentionnées au 4° de l'article R. 162-22 :

I. – En application des dispositions du f de l'article R. 162-31-2 du code de la sécurité sociale dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé, font l'objet d'une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale en sus des forfaits prévus à l'article R. 162-31-1 du même code dans sa version antérieure au décret du 29 septembre 2021 susvisé, les frais afférents à la dispensation des médicaments nécessaires au traitement d'une pathologie différente de celle qui motive l'hospitalisation et survenue au cours de celle-ci, ou nécessaires au traitement d'une pathologie préexistante faisant déjà l'objet d'une prise en charge médicale.

II. – Pour obtenir le remboursement des frais afférents à la dispensation des médicaments mentionnés au I, l'établissement de santé transmet à la caisse gestionnaire mentionnée à l'article R. 174-18 du code de la sécurité sociale, outre le bordereau de facturation, les documents suivants :

a) La prescription médicale ;

b) La copie de la facture du fournisseur sur laquelle doit figurer le prix d'achat toutes taxes comprises du médicament.

III. – Les médicaments mentionnés au I sont pris en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale dans la limite de leur prix d'achat toutes taxes comprises par l'établissement de santé.

**Art. 10.** – Les dispositions du présent arrêté s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> mars 2022.

**Art. 11.** – La directrice générale de l'offre de soins et le directeur de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 1<sup>er</sup> mars 2022.

*Le ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
K. JULIENNE

*Le ministre de l'économie,  
des finances et de la relance,*

Pour le ministre et par délégation :

*Le directeur de la sécurité sociale,*

F. VON LENNEP