

Forfaits "sécurité environnement" (SE)

1. Les textes de référence

1.1. lois

- Code de la sécurité sociale : 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.
- [Loi n° 2003-1199 du 19 décembre 2003](#) de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 33.

1.2. Décrets

- Code de la sécurité sociale : articles [R.162-32](#), [R.162-32-1](#), [R.162-51](#) et [R.322-1](#)

1.3. 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.
- [Arrêté du 25 février 2008](#) 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.

1.4. Circulaires

- [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. DEFINITION

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*".

Il existe 4 forfaits SE, variables selon les actes délivrés aux patients : les forfaits SE 1, SE 2, SE 3 et SE 4 (cf § 4.1 infra).

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. REGLES 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 9 de l'arrêté du 27 février 2007 modifié par l'arrêté du 25 février 2008](#) :
 - Le SE 1 pour les actes d'endoscopie sans anesthésie générale ou loco régionale, inscrit sur la liste 1 de l'annexe 9, 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 9, 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 9, 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 9, **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 valorisées par l'ARH.

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 [l'arrêté du 27 février 2008](#) fixant pour l'année 2008 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé MCOO) pour 2008 soit :

SE 1	75,38 €
SE 2	60,30 €
SE 3	40,20 €
SE 4	20,10 €

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 9 du même arrêté ([II de l'article 6 de l'arrêté du 27 février 2007 modifié par l'arrêté du 25 février 2008](#)).

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. Règles de valorisation en 2008

Le forfait SE est réglé par les organismes d'assurance maladie, sur la base de l'activité valorisée par les ARH, selon la formule suivante :

Tarif * taux moyen de prise en charge (94% en 2008) * coefficient géographique * coefficient de transition

Il est inclus dans les fichiers RSF ACE.

Il n'est pas facturable aux patients, ni en partie, ni dans son intégralité, que les patients soient assurés sociaux ou non.

Les patients ne sont redevables que des frais relatifs aux actes soit :

- l'intégralité pour les non assurés sociaux,
- le ticket modérateur pour les assurés sociaux, conformément aux taux applicables aux consultations externes (30 %)

Il n'est cumulable ni avec le forfait FFM (forfait de petit matériel) ni avec le forfait ATU (accueil et traitement des urgences), ni avec les GHS.

4.3. 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.

Si un forfait SE est associé à ces actes, le TMF de 18 € doit être déduit de la ligne SE sur les "factures" transmises à l'assurance maladie.

Exemple : pour un SE 1 de 75,38 € et un acte ou > 91 € ou > K50 de 100 €, la "facture" doit se présenter ainsi :

- ATU = 75,38 – 18
- Acte égal ou > 91 € ou > K50 : 100 €

Tableau résumant les situations au regard de la facturation

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.