

Date :
24/09/2001

Origine :
DDRI
AC
DAR

Réf. :
DDRI n° 119/2001
AC n° 44/2001
DAR n° 13/2001
n° /

MMES et MM les Directeurs

- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale
- . des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

(pour attribution)

MMES et MM les Agents Comptables

- . des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
- . des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

Plan de classement :

2431						
------	--	--	--	--	--	--

Titre :

Modalités de versement du forfait global annuel aux établissements de santé privés autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences

Résumé :

L'article L 162.22.8 du Code de la sécurité sociale a ouvert la possibilité aux établissements de santé privés, titulaires d'une autorisation en bonne et due forme d'exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences, de bénéficier d'un financement conjoint sous forme d'un forfait d'accueil et de traitement des urgences dénommé ATU, et d'un forfait global annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L 174.18 du Code de la sécurité sociale. La présente circulaire rappelle les conditions d'octroi et précise les modalités de versement de ce dernier forfait aux établissements concernés.

Pièces jointes : 3

Liens :

Com.circ	DDRI	65/2001	AC	17/2001	DAR	6/2001
----------	------	---------	----	---------	-----	--------

Date d'effet :

Immédiate

Date de Réponse :

Dossier suivi par :

DDRI/S.LIBOUBAN - DAR/B ASSOULINE - AC/M.JOUIN -

Téléphone :

01.42.79.31.29 01.42.79.30.18 01.42.79.36.91

@

La Direction Déléguée aux Risques
L'Agence Comptable
La Direction Déléguée aux Ressources

Le 24/09/2001

MMES et MM les Directeurs

Origine :

DDRI

AC

DAR

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Régionales d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale
. des Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie

MMES et MM les Agents Comptables

. des Caisses Primaires d'Assurance Maladie
. des Caisses Générales de Sécurité Sociale

(pour attribution)

N/Réf. : DDRI n° 119/2001 - AC n° 44/2001 - DAR n° 13/2001

Objet : Conditions d'octroi et modalités de versement du forfait global annuel aux établissements de santé privés autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences

Par circulaire du 16 mai 2001 - DDRI n° 65 - AC n° 17 - DAR n° 6 - vous avez été avisé de la création et des modalités de mise en œuvre de prestations nouvelles au bénéfice des établissements de santé privés autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences.

L'article L.162.22.8 du code de la sécurité sociale a ainsi prévu que ces structures seraient rémunérées par le biais d'un forfait d'accueil et de traitement des urgences facturable à chaque passage de patient dès lors que des soins lui sont prodigués, et d'un forfait global annuel versé par douzième par la caisse centralisatrice des paiements visée à l'article L.174.18 du code de la sécurité sociale, renvoyant à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer les conditions de répartition des sommes versées aux établissements à ce titre entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie.

Si les modalités de versement du premier forfait, dénommé ATU, vous ont déjà été précisées, vous trouverez dans la présente circulaire des instructions relatives aux conditions et modalités de versement du forfait global annuel, dénommé FAU, telles qu'elles ont été déterminées par le décret n° 2001-656 du 20 juillet 2001, paru au journal officiel du 22 juillet 2001.

Ainsi qu'en a disposé la loi, il convient de noter que ce forfait est intégralement pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sans qu'il soit fait application des dispositions relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement.

I. Conditions d'octroi du forfait global annuel urgence

Il est rappelé que ne peuvent prétendre à ce financement que les établissements autorisés à exercer une activité d'accueil et de traitement des urgences, sous réserve:

- du résultat positif de la visite de conformité prévue à l'article L.6122-4 du code de la santé publique,
- de la signature de leur avenant tarifaire qui doit comprendre:
 - . le montant annuel du forfait auquel ils ont droit en application de l'accord national conclu le 4 avril 2001 et paru au J.O du 14 avril 2001,
 - . le montant de l'allocation mensuelle égale au douzième du montant de ce forfait annuel,
 - . le mois de versement de la première allocation mensuelle, soit le 1^{er} mois suivant la date de la visite de conformité.

La date d'entrée en vigueur de la tarification de l'activité d'accueil et de traitement des urgences ayant été fixée par l'article L.162.22.8 du code de la Sécurité Sociale au 1^{er} mai 2001,

deux cas peuvent donc se présenter:

- soit l'établissement a obtenu un résultat positif à sa visite de conformité avant le 1^{er} mai (qui est le début de l'exercice tarifaire), et le montant du forfait global annuel auquel il a droit lui sera versé en douze allocations mensuelles d'un montant du douzième de ce forfait, de mai 2001 à avril 2002,
- soit sa visite de conformité a été déclarée positive en cours d'exercice, et les allocations mensuelles lui seront versées pour les mois restant à courir jusqu'à la fin de l'exercice.

Ainsi dans l'hypothèse d'une visite de conformité obtenue en septembre 2001, l'établissement percevra 7 allocations mensuelles d'un montant du douzième du forfait annuel, d'octobre 2001 à avril 2002.

II. Périodicité du règlement des allocations mensuelles

Le décret n° 2001-656 du 20 juillet 2001 précité est venu préciser la périodicité des règlements des allocations mensuelles, soit le 5 de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le premier jour ouvré suivant cette date. Cette échéance s'entend en date de Paiement/Mandatement.

Il est précisé que les allocations mensuelles dues à l'établissement au titre des mois précédents, qui n'auraient pas fait l'objet d'un règlement, devront être cumulées au montant mensuel dû à la date du premier versement.

III. Modalités pratiques de versement du forfait global annuel urgence

Le code prestation FAU "Forfait Annuel d'Urgence" est créé en qualité de prestation hospitalière relevant de l'OQN.

Il appartient à chaque Caisse Centralisatrice des paiements - Caisse gestionnaire de l'établissement - de procéder à la liquidation et au versement du forfait annuel d'urgence pour le compte de l'ensemble des régimes obligatoires d'Assurance Maladie.

A. La procédure de liquidation

Les CRAM doivent communiquer à chaque CPAM gestionnaire de chaque établissement pouvant prétendre au versement du forfait global annuel les éléments leur permettant de procéder aux opérations de liquidation, notamment la date de la visite de conformité et l'avenant tarifaire de cet établissement.

En raison de contraintes techniques qui ne permettaient pas d'assurer la liquidation de ce forfait selon les procédures habituelles, il a été décidé d'adopter une méthode identique à celle retenue pour le paiement de la prestation ATU, à savoir un mode de liquidation provisoire dans l'attente d'une solution définitive dont la mise en œuvre sera effective au plus tard le 1^{er} mai 2002.

1. Mise à jour des Tables Fonctionnelles

Le développement de ce système de liquidation a nécessité une mise à jour des tables fonctionnelles de valeur et de compatibilité.

Le Mode de Traitement autorisé est le MT 23, en solution provisoire.

Par souci de cohérence, il est signalé que ce mode de traitement sera également utilisé pour le règlement de l'ATU ¹.

2. Liquidation PPN

S'agissant d'un forfait global destiné à rémunérer une activité, la liquidation est réalisée sous un matricule fictif dans l'onglet "séjour", en assurance Maladie. Dans l'attente de la version PROGRES permettant la création de matricules fictifs spécifiques, l'identifiant fictif "IVG" est utilisé.

A partir des versions PPN identifiées PX 166300 V.17.01.07 et SCP 9.87.40, diffusées le 11 juillet 2001, l'applicatif PROGRES permet de liquider les prestations FAU.

3. Traitements centraux

La saisie de la prestation FAU ne pouvant relever que d'une saisie interne (PPN), la tarification centrale sera opérée au montant unitaire fourni.

Au regard du traitement IRIS, les compatibilités ont été alignées sur le code prestation ATU.

Dans cette phase transitoire, la présence de l'acte au fichier des établissements ne pouvant être vérifiée, la liquidation s'effectuera par rapport au fichier des prix unitaires, et son montant ne sera donc pas contrôlé automatiquement.

¹ Concernant le code acte ATU, il convient de noter que des correctifs ont été apportés, suite à une instruction ministérielle, quant au taux de prise en charge de cette prestation.

Définie comme une prestation hospitalière, il a été décidé que son taux de prise en charge passerait à 80 % à effet du 1^{er} septembre 2001.

En conséquence, les prestations qui lui sont liées, notamment les FSO, FE et ARE, ainsi que les honoraires des praticiens, suivent à compter de cette date le même régime.

Les nouvelles versions prenant en compte ce taux ont été livrées.

Ces modifications permettront de résoudre les difficultés techniques que vous avez pu rencontrer lors de la mise en oeuvre de cette prestation ATU.

B. Ventilations comptables

Le paiement par le système de liquidation du douzième du montant du forfait annuel sous le code prestation FAU entraînera une ventilation automatique, via l'application Paiement Mandatement, dudit montant au compte "TM 40957233 - Acomptes établissements privés - Forfait annuel urgence".

En effet, la ventilation ne pouvant être effectuée a priori, il appartiendra à l'Agence Comptable de solder le compte 40957233 et de répartir les montants payés mensuellement aux établissements concernés entre le régime général et les autres régimes, et le montant imputable au régime général entre la branche Maladie et la branche AT/MP, aux comptes suivants :

- Compte MOC 656111235 - Prestations Maladie - Cliniques privées sous OQN - Urgence
- Compte AN 656121235 - Prestations AT - Cliniques privées sous OQN - Urgence
- Compte TM 45112671 - CNAMTS - Cliniques privées - Forfait annuel urgence - Autres régimes

Toutes les opérations à réaliser dans ALCOR sont décrites ci-après.

1. Déventilation du compte 40957233

Afin de solder le compte 40957233, il conviendra de saisir en négatif, dans la grille de saisie manuelle d'ALCOR, le montant du compte TM 40957233 alimenté par l'application Paiement Mandatement.

2. Saisies manuelles dans les trois comptes adéquats

Les montants des trois comptes seront obtenus après avoir effectué la répartition, d'une part entre le régime général et les autres régimes, et d'autre part entre la branche Maladie et la branche AT/MP.

2.1. Répartition entre le régime général et les autres régimes

La clé de répartition régime général/autres régimes à appliquer au montant du compte 40957233 est celle utilisée au niveau national dans le cadre des fonds attribués au fonds de modernisation des cliniques privées, soit **82,41%** pour le régime général et donc **17,59%** pour les autres régimes.

2.2. Répartition entre les branches maladie et AT-MP

Le montant obtenu au niveau du régime général doit ensuite faire l'objet d'une répartition entre les branches Maladie et AT-MP.

La répartition s'effectuera selon la structure nationale Maladie/AT-MP constatée pour l'exercice 2000 au niveau des comptes de prestations des cliniques privées sous OQN.

Ainsi, la clé nationale de répartition Maladie/AT-MP à appliquer au montant du régime général sera la suivante :

- **98,60%** pour la branche Maladie
- **1,40%** pour la branche AT/MP

2.3. Exemple chiffré

① Montant du compte 40957233= 1 000 F

② Répartition des 1 000 F entre le régime général et les autres régimes

→ Le montant imputable au régime général sera de :
 $1\ 000\ \text{F} \times 82,41\ \% = 824,10\ \text{F}$

→ Le montant imputable aux autres régimes sera de :
 $1\ 000\ \text{F} \times 17,59\ \% = 175,90\ \text{F}$

③ Répartition du montant relatif au régime général entre les branches Maladie et AT-MP

→ La part du régime général imputable à la branche Maladie sera de:
 $824,10\ \text{F} \times 98,60\ \% = 812,56\ \text{F}$

→ La part du régime général imputable à la branche AT/MP sera de:
 $824,10\ \text{F} \times 1,40\ \% = 11,54\ \text{F}$

④ Saisie des montants dans ALCOR

- Compte MOC 656111235 - Prestations Maladie - Cliniques privées sous OQN – Urgence : 812,56 F
- Compte AN 656121235 - Prestations AT - Cliniques privées sous OQN – Urgence : 11,54 F
- Compte TM 45112671 – CNAMTS - Cliniques privées - Forfait annuel urgence - Autres régimes : 175,90 F

3. Régularisation de la trésorerie

Seul le CSE Maladie a été impacté lors du paiement automatique du forfait mensuel.

Du fait de la répartition entre les deux branches, il convient donc de régulariser la trésorerie, en minorant les tirages de la branche Maladie (CSE Maladie) d'un montant comptabilisé en AT/MP et de majorer les tirages AT/MP (CSE Accidents du Travail) d'un montant équivalent.

4. Opérations relatives aux autres régimes

Les montants relatifs aux autres régimes feront l'objet d'une centralisation au niveau de la CNAMTS lors de la remontée des balances de fin d'année.

Pour cet exercice, ils seront répartis par la CNAMTS entre chacun des régimes, selon la clé de répartition du fonds de modernisation des cliniques privées, puis facturés aux régimes concernés.

Ils seront soldés par extrait de compte de la CNAMTS.

5. Contrôle des paiements

La spécificité de la prestation FAU et de la procédure de paiement nécessite une attention particulière des Agents Comptables sur les aspects suivants :

- respect de la date de paiement du forfait qui, il convient de le rappeler, doit avoir lieu en date Paiement Mandatement le 5 de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le premier jour ouvré suivant cette date,
- exactitude du montant versé à chacun des établissements concernés,
- unicité du paiement mensuel par établissement.

IV. Ventilations Statistiques

Ce forfait alimente la base informationnelle de la caisse centralisatrice des paiements et le SNIREP.

L'alimentation de TANDEM est opérée via l'outil de saisie manuelle afin de tenir compte des clés de répartition mentionnées supra.

Les montants saisis doivent correspondre aux montants saisis dans ALCOR :

- Compte MOC 656111235- Pour le risque Assurance Maladie
- Compte AN 656121235- Pour le risque AT/MP

Les ventilations statistiques se répartissent comme suit:

- TANDEM → Code PRSNATPS5- 2239- Forfait Annuel Urgence

Données obligatoires

AAAA	Date de soins	= date de paiement
AS	Assurance	10 ou 40
PRS	Prestation	2239
C	Complément d'acte	0
RGM	Régime	101
TAU	Taux remboursement	100
EX	Motif exo	62
MT	Mode de traitement	23
ET	Prestation en établis.	1
CAT	Catégorie	Selon établissement
SJ	Statut juridique	Privé
MFT	Mode de fixation tarif	Privé
DDP	Discipline	Selon établissement

- SNIRPS → Sans objet
- SNIREP → Table D364 -FAU

Il vous est demandé de bien vouloir signaler les problèmes que vous pourriez rencontrer à l'occasion du versement de ce forfait.

Le Directeur Délégué
aux Risques

L'Agent Comptable

Le Directeur Délégué
Aux Ressources

Pierre-Jean LANCRY

Alain BOUREZ

Marie-Renée BABEL

Pièces jointes :

Article 162.22.8 du code de la sécurité sociale, issu de la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2001 (JO du 24 décembre 2000) [Loi n° 00-1257]

Accord national du 4 avril 2001 fixant les taux d'évolution des tarifs des prestations d'hospitalisation pour 2001 (JO du 14 avril 2001)

Décret n° 2001-656 du 20 juillet 2001 relatif au financement par forfait global de l'activité de soins, d'accueil et de traitement des urgences des établissements mentionnés à l'article L. 6114.3 du code de la santé publique. (JO du 22 juillet 2001)

au Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

V. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

VI. – L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V.

Article 41

I. – Le I de l'article L. 162-23-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, après les mots : « des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré », sont insérés les mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;

2° Au 2°, après les mots : « des tarifs des prestations », sont insérés les mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;

3° Après le 2°, sont insérés un 3° et un 4° ainsi rédigés :

« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1 ;

« 4° Le montant total des ressources qui peuvent être allouées au plan national au financement de nouveaux forfaits annuels créés dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-8, les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire. » ;

4° Au dernier alinéa du I, les mots : « mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus ».

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il détermine également, dans les mêmes conditions, les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits visés à l'article L. 162-22-8. »

III. – Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les tarifs des prestations », sont insérés les mots : « ainsi que les forfaits annuels ».

IV. – Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en œuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.

« Peuvent bénéficier de ce financement les établissements ayant reçu une autorisation d'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences, en application des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

« Ce forfait global annuel est pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement.

« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun

de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Les présentes dispositions sont applicables à compter du 1^{er} mai 2001.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel. Ils sont conclus dans le respect des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 42

Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est fixé à 150 millions de francs pour l'année 2001.

Article 43

I. – L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-15.* – Les dépenses du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle. Il en va de même de celles de l'Institution nationale des invalides. Chaque année, le montant de chacune de ces dotations globales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1. Chacune de ces dotations globales est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une caisse-pivot désignée par arrêté interministériel. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

« Les dispositions des articles L. 174-3 et L. 174-4 du présent code sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. »

II. – L'article L. 713-20 du même code est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° D'assurer, le cas échéant, le rôle dévolu par l'article L. 174-2 à l'égard du service de santé des armées. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Certaines des dépenses incluses dans l'objectif national mentionnées au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. »

IV. – Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

Article 44

Après le premier alinéa de l'article L. 6211-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les prélèvements que sont habilités à effectuer les professionnels de santé, les établissements de santé et les centres de santé ne disposant pas de laboratoire d'analyses de biologie médicale peuvent être transmis aux laboratoires d'analyses de biologie médicale, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. »

Article 45

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000.]

Article 46

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par décision du Conseil constitutionnel n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000.]

Section professionnelle des agents généraux d'assurance : 100 532 014 F ;

Section professionnelle des experts-comptables, des comptables agréés et des commissaires aux comptes : 79 795 261 F ;

Section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers : 10 945 122 F ;

Section professionnelle des artistes-auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, des professeurs de musique et des musiciens : 56 259 437 F ;

Section professionnelle des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, experts et conseils : 251 887 141 F.

Art. 3. – Compte tenu du montant des acomptes incombant, pour l'année 1999, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (2 782 000 000 F) en application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 24 février 1999 au titre de la compensation nationale et du montant effectivement dû (2 572 145 819 F) par ladite caisse en application de l'article 1^{er} de l'arrêté du 12 février 2001 susvisé, la CNAVPL est créditrice, pour l'exercice 1999, conformément à l'article 1^{er} de l'arrêté du 12 février 2001, de la somme de 209 854 181 F.

Cette somme est répartie comme suit entre les sections professionnelles de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales :

Section professionnelle des notaires : 3 894 174 F ;

Section professionnelle des officiers ministériels, officiers publics et des compagnies judiciaires : 2 457 948 F ;

Section professionnelle des médecins : 63 179 775 F ;

Section professionnelle des chirurgiens-dentistes : 18 452 622 F ;

Section professionnelle des pharmaciens : 17 021 881 F ;

Section professionnelle des sages-femmes : 596 476 F ;

Section professionnelle des auxiliaires médicaux : 52 001 562 F ;

Section professionnelle des vétérinaires : 3 939 678 F ;

Section professionnelle des agents généraux d'assurance : 7 889 826 F ;

Section professionnelle des experts-comptables, des comptables agréés et des commissaires aux comptes : 7 783 530 F ;

Section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers : 877 780 F ;

Section professionnelle des artistes-auteurs ne relevant pas de l'article L. 382-1 du code de la sécurité sociale, des professeurs de musique et des musiciens : 6 437 072 F ;

Section professionnelle des architectes, agrées en architecture, ingénieurs, techniciens, experts et conseils : 25 321 857 F.

Art. 4. – Le directeur de la sécurité sociale au ministère de l'emploi et de la solidarité et le directeur du budget au ministère de l'économie, des finances et de l'industrie 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 à Paris, le 30 mars 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

P.-L. BRAS

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*

Pour le ministre et par délégation :

Par empêchement de la directrice du budget :

Le sous-directeur,

D. BANQUY

Arrêté du 2 avril 2001 fixant le nombre maximum d'autorisations individuelles d'exercice à accorder au titre de l'année 1999 pour la profession de médecin en application de la loi n° 72-661 du 13 juillet 1972

NOR : MESH0121275A

Par arrêté de la ministre de l'emploi et de la solidarité et du ministre délégué à la santé en date du 2 avril 2001, le nombre maximum des autorisations individuelles d'exercice pouvant être accordées aux personnes mentionnées en application des dispositions de la loi n° 72-661 du 13 juillet 1972 au titre de l'année 1999 est fixé à 100 pour la profession de médecin.

Arrêté du 2 avril 2001 portant approbation des statuts d'une institution de prévoyance

NOR : MESS0121270A

Par arrêté de la ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 2 avril 2001, sont approuvées les modifications des statuts de l'insti-

tution de prévoyance MEDERIC Prévoyance, autorisée à fonctionner dans les conditions prévues au titre III du livre IX du code de la sécurité sociale.

Est retiré l'arrêté du 8 novembre 2000 approuvant les modifications des statuts de l'institution de prévoyance MEDERIC Prévoyance.

Accord national entre l'Etat et les organisations nationales représentatives des établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, pris en application de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale et fixant les taux d'évolution des tarifs des prestations d'hospitalisation pour 2001

NOR : MESH0121303X

Le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre délégué à la santé, le président de la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée, le délégué général de l'Union hospitalière privée et le président de la Fédération des établissements d'hospitalisation et d'assistance privés à but non lucratif,

Considérant :

Le code de la santé publique, notamment son article L. 6114-3 ;

Le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-3 et R. 162-41 ;

L'arrêté du 1^{er} février 2001 pris en application de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale fixant l'objectif quantifié national pour l'année 2001 des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique.

Conviennent :

Article 1^{er}

Le taux d'évolution moyen national des tarifs des prestations mentionné à l'article R. 162-41-I du code de la sécurité sociale par discipline ou activité médicale est fixé comme suit :

DISCIPLINE ou activité médicale	TAUX D'ÉVOLUTION moyen national des tarifs des prestations (en %)
Chirurgie	2,96
Gynécologie-obstétrique	8,08
Médecine hors dialyse	5,78
Dialyse	0,00
Soins de suite	3,64
Réadaptation fonctionnelle	3,05
Psychiatrie	2,32
Toutes disciplines	3,48

Article 2

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de chirurgie est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de chirurgie (dont 0,64 % ATNC) (en %)
Alsace.....	2,74
Aquitaine.....	3,23
Auvergne.....	2,84
Basse-Normandie.....	3,38
Bourgogne.....	2,96
Bretagne.....	3,33
Centre.....	3,18
Champagne-Ardenne.....	2,99
Franche-Comté.....	3,36
Haute-Normandie.....	3,37
Ile-de-France.....	2,19
Languedoc-Roussillon.....	2,93
Limousin.....	3,34
Lorraine.....	2,84
Midi-Pyrénées.....	3,25
Nord - Pas-de-Calais.....	3,08

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de chirurgie (dont 0,64 % ATNC) (en %)
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,81
Pays de la Loire	3,35
Picardie	3,02
Poitou-Charentes	3,62
Rhône-Alpes	3,05
Corse	3,90
Guadeloupe	6,00
Martinique	6,00
Guyane	7,90
Réunion	7,90
France entière	2,96

Article 3

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de gynécologie-obstétrique est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de gynécologie-obstétrique (en %)
Alsace	7,74
Aquitaine	8,23

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de gynécologie-obstétrique (en %)
Auvergne	7,84
Basse-Normandie	8,38
Bourgogne	7,96
Bretagne	8,33
Centre	8,18
Champagne-Ardenne	7,99
Franche-Comté	8,36
Haute-Normandie	8,37
Ile-de-France	7,19
Languedoc-Roussillon	7,93
Limousin	8,34
Lorraine	7,84
Midi-Pyrénées	8,25
Nord - Pas-de-Calais	8,08
Provence-Alpes-Côte d'Azur	7,81
Pays de la Loire	8,35
Picardie	8,02
Poitou-Charentes	8,62
Rhône-Alpes	8,05
Corse	8,90
Guadeloupe	11,00
Martinique	11,00
Guyane	12,90
Réunion	12,90
France entière	8,08

Article 4

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de médecine, hors activité de dialyse, est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de médecine hors dialyse (hors mesures ciblées cancérologie) (en %)	MAJORATION au titre de la cancérologie (en %)	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de médecine hors dialyse (mesures ciblées cancérologie incluses) (en %)
Alsace	2,10	3,07	5,17
Aquitaine	2,59	2,27	4,86
Auvergne	2,20	9,56	11,75
Basse-Normandie	2,74	9,75	12,49
Bourgogne	2,32	5,30	7,61
Bretagne	2,69	5,71	8,40
Centre	2,54	4,09	6,63
Champagne-Ardenne	2,35	9,17	11,52
Franche-Comté	2,72	3,34	6,06
Haute-Normandie	2,73	7,54	10,27
Ile-de-France	1,55	3,07	4,62
Languedoc-Roussillon	2,29	2,95	5,24
Limousin	2,70	1,61	4,31
Lorraine	2,20	2,16	4,36
Midi-Pyrénées	2,61	2,27	4,88
Nord - Pas-de-Calais	2,44	3,34	5,79
Provence-Alpes-Côte d'Azur	2,17	3,13	5,29
Pays de la Loire	2,71	4,85	7,55
Picardie	2,38	3,62	6,00
Poitou-Charentes	2,98	3,91	6,89
Rhône-Alpes	2,41	5,96	8,37
Corse	3,26	0,67	3,93
Guadeloupe	5,36	0,00	5,36
Martinique	5,36	0,00	5,36
Guyane	7,26	0,00	7,26
Réunion	7,26	1,40	8,66
France entière	2,37		5,78

Article 5

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de dialyse est fixé à 0 %.

Article 6

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de soins de suite est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de soins de suite (en %)
Alsace.....	3,53
Aquitaine.....	3,53
Auvergne.....	3,53
Basse-Normandie.....	3,53
Bourgogne.....	3,53
Bretagne.....	3,53
Centre.....	3,53
Champagne-Ardenne.....	3,53
Franche-Comté.....	3,53
Haute-Normandie.....	3,53
Ile-de-France.....	3,53
Languedoc-Roussillon.....	3,53
Limousin.....	3,53
Lorraine.....	3,53
Midi-Pyrénées.....	3,53
Nord - Pas-de-Calais.....	3,53
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	3,53
Pays de la Loire.....	3,53
Picardie.....	3,53
Poitou-Charentes.....	3,53
Rhône-Alpes.....	3,53
Corse.....	4,53
Guadeloupe.....	6,63
Martinique.....	6,63
Guyane.....	8,53
Réunion.....	8,53
France entière.....	3,64

Article 7

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de réadaptation fonctionnelle est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de réadaptation fonctionnelle (en %)
Alsace.....	2,95
Aquitaine.....	2,95
Auvergne.....	2,95
Basse-Normandie.....	2,95
Bourgogne.....	2,95
Bretagne.....	2,95
Centre.....	2,95
Champagne-Ardenne.....	2,95
Franche-Comté.....	2,95
Haute-Normandie.....	2,95
Ile-de-France.....	2,95
Languedoc-Roussillon.....	2,95
Limousin.....	2,95
Lorraine.....	2,95
Midi-Pyrénées.....	2,95
Nord - Pas-de-Calais.....	2,95
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	2,95
Pays de la Loire.....	2,95
Picardie.....	2,95
Poitou-Charentes.....	2,95
Rhône-Alpes.....	2,95
Corse.....	3,95
Guadeloupe.....	6,05
Martinique.....	6,05
Guyane.....	7,95
Réunion.....	7,95
France entière.....	3,05

Article 8

Dans chaque région, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations de psychiatrie est fixé comme suit :

RÉGION	TAUX D'ÉVOLUTION des tarifs des prestations de psychiatrie (en %)
Alsace.....	2,26
Aquitaine.....	2,26
Auvergne.....	2,26
Basse-Normandie.....	2,26
Bourgogne.....	2,26
Bretagne.....	2,26
Centre.....	2,26
Champagne-Ardenne.....	2,26
Franche-Comté.....	2,26
Haute-Normandie.....	2,26
Ile-de-France.....	2,26
Languedoc-Roussillon.....	2,26
Limousin.....	2,26
Lorraine.....	2,26
Midi-Pyrénées.....	2,26
Nord - Pas-de-Calais.....	2,26
Provence-Alpes-Côte d'Azur.....	2,26
Pays de la Loire.....	2,26
Picardie.....	2,26
Poitou-Charentes.....	2,26
Rhône-Alpes.....	2,26
Corse.....	3,26
Guadeloupe.....	5,36
Martinique.....	5,36
Guyane.....	7,26
Réunion.....	7,26
France entière.....	2,32

Article 9

Pour chaque activité médicale, le taux d'évolution des tarifs des prestations alloué à chaque établissement ne peut être inférieur à 0 % ni supérieur à 150 %.

Article 10

I. - Le montant prévisionnel total des ressources allouées au plan national au financement des forfaits annuels visés à l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale est fixé à 207 MF en 2001 (soit respectivement 310,5 MF en année pleine).

II. - Les valeurs unitaires des forfaits annuels sont fixées comme suit :

- service d'accueil et de traitement des urgences (SAU) : 4 000 000 F ;
- pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences (POSU) : 3 000 000 F ;
- unité de proximité d'accueil, d'orientation et de traitement des urgences (UPATOU) :
 - moins de 5 000 passages : 2 500 000 F ;
 - de 5 000 à moins de 20 000 passages : 2 000 000 F ;
 - à partir de 20 000 passages : 2 500 000 F.

Article 11

Le tarif du forfait d'accueil et de traitement des urgences (ATU) est fixé à 100 F.

Article 12

Le tarif du supplément au forfait de séance de chimiothérapie afférent aux frais de gestion, de préparation, de reconstitution et d'administration des médicaments au cours d'une chimiothérapie anticancéreuse ambulatoire est fixé à 280 F.

Fait à Paris, le 4 avril 2001.

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
ÉLISABETH GUIGOU

Le ministre délégué à la santé,
BERNARD KOUCHNER

*Le président de la Fédération intersyndicale
des établissements d'hospitalisation privée*

*Le délégué général
de l'Union hospitalière privée*

*Le président de la Fédération
des établissements d'hospitalisation
et d'assistance privés à but non lucratif*

PROTOCOLE ANNEXÉ À L'ACCORD

I. – Préambule

La signature d'un accord dans le contexte de tension économique actuelle que connaissent les établissements de santé privés financés dans le cadre de l'OQN témoigne de la volonté des parties de privilégier le dialogue et le travail en commun pour poursuivre la modernisation du secteur et son adaptation aux besoins des patients.

Les taux d'évolution des tarifs des prestations fixés par l'accord du 4 avril traduisent la volonté des pouvoirs publics d'accompagner de façon significative la réponse aux enjeux auxquels les établissements ont à faire face tant vis-à-vis de leurs patients (sécurité et qualité des soins) que de leurs personnels. En particulier, ils contribuent à la prise en compte par les établissements du financement des augmentations de salaire de leurs personnels dans le cadre de la refonte des grilles de rémunération faisant actuellement l'objet d'une négociation en vue d'aboutir prochainement à une nouvelle convention collective commune à l'hospitalisation privée (FIEHP et UHP) ou dans le cadre de la rénovation de la convention collective de 1951 (FEHAP). Les parties à l'accord du 4 avril conviennent de la nécessité d'inscrire cet effort dans une perspective pluriannuelle en vue d'améliorer la cohérence des rémunérations entre secteurs. Pour ce faire, elles s'accordent sur la nécessité d'assurer un suivi attentif de l'évolution des différents facteurs susceptibles d'influer sur l'équilibre économique et la structure de financement des établissements.

Dans ce cadre, les parties conviennent de mettre en place un comité de suivi pour s'assurer de la mise en œuvre de ces engagements. Ce comité se réunit régulièrement et au moins tous les trois mois.

Elles estiment également indispensable de mener ce suivi dans un cadre plus large tenant compte des évolutions à moyen terme du secteur et notamment des enjeux liés à l'émergence de nouvelles modalités de prise en charge des patients, du poids croissant des pathologies chroniques ou au long cours et des exigences accrues en matière de sécurité et de qualité des soins.

II. – Les orientations de l'accord du 4 avril

L'accord du 4 avril vise à poursuivre la réduction des inégalités de ressources allouées aux établissements. Il complète et amplifie cette action par des mesures tarifaires plus sectorielles fondées sur la prise en compte des évolutions spécifiques de certaines disciplines (obstétrique par exemple) ou sur la poursuite d'objectifs d'amélioration de la qualité de l'offre de soins (sécurité sanitaire en MCO ou médicalisation renforcée des structures de soins de suite et de réadaptation).

1. La réduction des inégalités de ressources

Les données issues du PMSI permettent d'appréhender les inégalités de ressources des établissements au regard de leur activité médicale en médecine, chirurgie et obstétrique. Ces inégalités s'observent au plan interrégional mais aussi, et de façon plus importante, au sein des régions. Sur la base de ce double constat, l'accord du 4 avril maintient une modulation interrégionale des tarifs de ces activités.

En l'absence d'indicateurs pertinents de mesure des inégalités en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie, ces disciplines ne font pas l'objet d'une modulation interrégionale.

L'accord du 4 avril fixe également les taux maximal et minimal d'évolution des tarifs des prestations applicables aux établissements, à un niveau qui doit permettre aux ARH, dans le cadre des accords régionaux, de répondre de façon plus précise aux besoins des établissements. Cette fourchette de modulation, dont les modalités de mise en œuvre devront être négociées avec les représentants au niveau régional des fédérations de l'hospitalisation privée, constitue un outil puissant d'accompagnement du développement régional des établissements privés.

Les départements d'outre-mer bénéficient d'un taux d'évolution des tarifs des prestations majoré pour toutes les disciplines, tenant compte de la spécificité de leur situation. Ce taux d'évolution majoré diffère selon les départements en fonction des besoins de la population. Compte tenu de l'effort particulier opéré en 2000 au profit des départements des Antilles, cette année une mesure de rattrapage est réalisée au profit de la Réunion et de la Guyane.

Enfin, en raison de la spécificité de sa situation, la région Corse bénéficie également d'un taux d'évolution majoré pour l'ensemble des disciplines.

2. Les actions ciblées

a) La prévention de la transmission des maladies infectieuses à prions

L'exigence d'un renforcement des mesures de sécurité sanitaire, en particulier dans le cadre de la prévention de la transmission des agents transmissibles non conventionnels (ATNC), requiert de dégager des moyens spécifiques de financement. L'accord du 4 avril traduit cette exigence selon deux modalités distinctes.

En premier lieu, le taux d'évolution moyen des tarifs des prestations pour 2001 prend notamment en compte, à hauteur de 170 millions de francs, l'obligation d'efforts renforcés en matière de qualité et de sécurité des soins afin de prévenir les risques de contamination des patients par les ATNC.

En deuxième lieu, l'accord prévoit une enveloppe de 100 MF (soit 150 MF en année pleine) dédiée à l'accompagnement de l'effort de modernisation des installations et des procédures de désinfection et de stérilisation. Elle prend la forme d'une majoration du taux d'évolution des tarifs de chirurgie de 0,64 %. Pour les autres disciplines, les taux d'évolution des tarifs prennent également en compte le coût des mesures que les établissements auront à mettre en œuvre. Toutefois, compte tenu du coût plus limité des mesures à prendre et surtout de leur caractère très variable d'un établissement à l'autre, tenant par exemple pour les activités médicales à la part plus ou moins importante des actes à caractère invasif réalisés, il n'est pas apparu utile d'isoler une mesure de financement spécifique.

Pour mettre en œuvre ces mesures, il est demandé aux ARH, dans le cadre de l'accord tarifaire régional, de définir des critères de modulation du taux d'évolution des tarifs des prestations au sein de chaque discipline MCO (principalement), au titre de l'objectif d'amélioration de la qualité des soins visé à l'article L. 162-22-4 du CSS.

Ces critères pourront ainsi se fonder sur une analyse de la situation particulière de chaque établissement au regard :

- de l'importance relative des activités chirurgicales, gynécobstétricales, ou médicales présentant les facteurs de risque ;
- de l'état des équipements et des procédures mis en œuvre en matière de stérilisation ou de désinfection, telles qu'elles ressortent du bilan des plans régionaux de contrôle.

Les ressources du Fonds de modernisation des cliniques privées, doté de 150 MF en 2001, seront également mobilisées pour participer au financement des investissements de renouvellement des équipements de stérilisation et de désinfection. Un bilan des actions menées à ce titre sera établi par le ministère de l'emploi et de la solidarité selon des modalités qui seront précisées ultérieurement.

b) La cancérologie

L'accord s'inscrit dans le cadre de la mise en œuvre du Plan cancer adopté par le Gouvernement et, en particulier, dans l'objectif d'amélioration de la prise en charge globale des malades. Il engage ainsi une action de rééquilibrage et de revalorisation des ressources allouées aux établissements entre les différents modes de prise en charge, notamment entre hospitalisation complète et traitements ambulatoires.

A compter du 1^{er} mai, la marge (d'au maximum 30 %) de facturation sur les médicaments est supprimée, la facturation s'effectuant sur la base du prix d'achat TTC. En contrepartie, l'OQN pour 2001 a été majoré de la somme de 200 MF (soit 300 MF en année pleine), soit d'un montant équivalent à celui de la marge sur 8 mois, afin d'assurer la neutralité financière de la mesure pour les structures pratiquant la cancérologie.

En conséquence, l'accord prévoit les mesures tarifaires suivantes :

- création d'un supplément au forfait de séance de chimiothérapie afférent aux frais de gestion, de préparation, de reconstitution et d'administration des médicaments au cours d'une chimiothérapie anticancéreuse ambulatoire. Sa valeur unitaire est fixée à 280 F ;
- augmentation du forfait de séance de chimiothérapie ambulatoire. Compte tenu du nombre de séances réalisées, le montant moyen de la revalorisation tarifaire s'établit à 178 F ;
- augmentation du forfait médicament de chimiothérapie en hospitalisation complète. Le montant de l'enveloppe correspondante est calculé sur la base d'une revalorisation moyenne de 280 F par jour de traitement chimiothérapeutique ;
- création d'une enveloppe ciblée de 13 MF (soit 20 MF en année pleine) destinée à permettre aux ARH de revaloriser le

prix de journée d'oncologie des établissements qui s'engageraient dans le cadre d'une annexe au contrat d'objectifs et de moyens à prendre en charge leurs patients dans les phases palliatives de leur maladie.

Ces trois dernières mesures donnent lieu à une majoration du taux d'évolution des tarifs de médecine calculée en fonction de l'importance de l'activité de chimiothérapie des établissements de santé privés de chaque région.

Dans chaque région, le niveau des capacités autorisées de chimiothérapie ambulatoire fera l'objet d'une évaluation au regard de l'activité développée et des besoins des patients. Au vu des résultats de ces travaux, l'Etat prendra les mesures réglementaires qui s'imposent, notamment en ce qui concerne les conditions d'autorisation des places de chimiothérapie au regard de la carte sanitaire.

c) Les urgences

En application des dispositions de l'article 41 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 instaurant un financement conjoint des activités d'urgence sous la forme d'un tarif des prestations et de forfaits annuels, l'accord fixe les valeurs unitaires des différents forfaits annuels ainsi que le montant du forfait d'accueil et de traitement des urgences. Compte tenu du nombre de structures concernées, le montant des ressources consacrées à la rémunération des activités d'urgence s'établit, au plan national, pour 2001, à 207 MF (soit 310 MF en année pleine).

d) L'obstétrique

Afin de poursuivre l'effort de revalorisation des tarifs d'obstétrique entrepris en 2000, une enveloppe ciblée de 100 MF (soit 150 MF en année pleine) est dégagée dans le cadre du présent accord. En conséquence, le taux d'évolution des tarifs de gynécologie-obstétrique s'établit à 8,08 %. Il appartiendra aux ARH dans le cadre des accords régionaux d'en moduler l'application en tenant compte notamment des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire.

e) Les soins de suite et de réadaptation fonctionnelle

Le raccourcissement des durées de séjour dans les établissements de court séjour induit un alourdissement de la prise en charge des patients admis dans les établissements de soins de suite et de réadaptation exigeant un renforcement des moyens humains disponibles auprès du malade. Afin d'accompagner cet effort, une enveloppe de 30 MF (soit 45 MF en année pleine), répartie à hauteur de 20 MF pour les soins de suite et 10 MF pour la rééducation fonctionnelle, est allouée sous forme de majoration des taux d'évolution des tarifs de ces disciplines. Il appartiendra aux ARH dans le cadre des accords régionaux de moduler cette ressource supplémentaire entre les établissements de leur région en tenant compte notamment des besoins de la région et de la capacité des établissements à mettre efficacement en œuvre les moyens supplémentaires ainsi attribués. A cet effet, une grille d'analyse multicritères, élaborée au cours de

l'année 2000 en concertation entre les fédérations professionnelles de l'hospitalisation privée, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et des représentants des ARH, sera diffusée aux ARH pour les aider dans le choix des établissements bénéficiaires.

Par ailleurs, afin de permettre aux établissements qui le souhaiteraient d'avoir recours à des praticiens salariés pour assurer la prise en charge des patients en lieu et place de praticiens libéraux rémunérés à l'acte selon les modalités prévues à l'article 20 de la NGAP, les ARH pourront accorder aux établissements un tarif des prestations de surveillance médicale (SSM). Un dossier de fongibilité sera constitué par l'ARH préalablement à chacune de ces décisions dont l'agrégation après validation par la DHOS et la DSS permettra de fonder un transfert d'enveloppe entre les dépenses de ville et l'OQN. Ce transfert sera pris en compte dans l'OQN de l'année suivante. Le montant des transferts attendus à ce titre est estimé à 20 MF. Une circulaire précisera les modalités d'application du présent dispositif.

III. – Le programme de travail de l'année 2001

A l'instar de ce qui a été entrepris en 2000, les travaux d'adaptation et de modernisation des conditions de tarification de certaines activités seront poursuivis. Ils concerneront principalement la psychiatrie et l'activité de dialyse.

La perspective de mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) pour la description et la facturation des actes médicaux réalisés dans le cadre de l'exercice libéral des médecins impose d'étudier les modalités de substitution à la NGAP en tant que support de la facturation des forfaits techniques. Outre ces aspects techniques, l'introduction de la CCAM offre l'opportunité d'une modernisation de la tarification des établissements privés sous OQN dans le sens d'une plus grande équité et d'une meilleure rationalité. Les parties à l'accord du 4 avril conviennent de donner à cette réflexion un caractère prioritaire.

Enfin, dans un souci d'une plus grande transparence du suivi de l'OQN et de ces différents facteurs d'évolution, les parties à l'accord du 4 avril s'accordent sur la nécessité de mettre en place un dispositif permettant d'identifier et de quantifier au plus près les différents facteurs qui déterminent la progression des dépenses des établissements : évolution de l'activité, solde des créations et suppressions de structures et d'activités, conversions, mesures tarifaires régionales. A ce titre, la mise en place du dispositif des caisses pivots constitue un des éléments d'un suivi plus fiable et plus réactif de l'évolution de l'activité du secteur.

De façon plus large, les parties à l'accord s'engagent à travailler à la mise en place d'un dispositif d'observation destiné à améliorer le suivi du secteur. Ce dispositif s'organisera autour de quatre axes principaux relatifs à l'activité des établissements, à leur situation économique, à leurs données sociales, et au rôle et à la place des établissements privés dans l'organisation de l'offre de soins.

L'ensemble des points qui figurent dans le présent protocole donneront lieu à des réunions de travail selon un échéancier qui sera arrêté au début du mois de mai 2001.

MINISTÈRE DE LA JUSTICE

Arrêté du 28 mars 2001 portant déclassement du domaine public de l'Etat et remise au service des domaines

NOR : JUSG0160023A

Par arrêté de la garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 28 mars 2001, sont déclassées du domaine public de l'Etat et remises au service des domaines pour aliénation les parcelles affectées aux services judiciaires sis à Nantes (Loire-Atlantique), cadastrées DY 183 et DY 184, d'une superficie respective de 90 et 1 911 mètres carrés, faisant partie d'un ensemble immobilier référencé sous le numéro 44 03358 51204 I 12 109 T au tableau général des propriétés de l'Etat.

Arrêté du 2 avril 2001 portant déclassement du domaine public de l'Etat et remise au service des domaines

NOR : JUSG0160024A

Par arrêté de la garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 2 avril 2001, est déclassée du domaine public de l'Etat et remise

au service des domaines pour aliénation la parcelle affectée à l'administration pénitentiaire sise à Villeneuve-sur-Lot (Lot-et-Garonne), cadastrée HO n° 121, d'une superficie de 788 mètres carrés, faisant partie d'un ensemble immobilier référencé sous le numéro 470 00644 51205 I 12 323 B au tableau général des propriétés de l'Etat.

Arrêté du 4 avril 2001 fixant le nombre de places offertes aux concours ouverts au titre de l'année 2001 pour le recrutement de maîtres ouvriers des services déconcentrés de la protection judiciaire de la jeunesse (femmes et hommes), spécialité aménagement, finition

NOR : JUSF0150017A

Par arrêté de la garde des sceaux, ministre de la justice, et du ministre de la fonction publique et de la réforme de l'Etat en date du 4 avril 2001, le nombre total de places offertes aux concours (externe et interne) ouverts au titre de l'année 2001 pour le recrute-

**Arrêté du 19 juillet 2001 complétant
la liste des manifestations commerciales agréées**

NOR : ECOA0120035A

Le secrétaire d'Etat aux petites et moyennes entreprises, au commerce, à l'artisanat et à la consommation,

Vu l'ordonnance n° 45-2088 du 11 septembre 1945 modifiée relative aux foires et salons ;

Vu le décret n° 69-948 du 10 octobre 1969 modifié relatif aux manifestations commerciales ;

Vu l'arrêté du 10 janvier 2001 relatif aux manifestations commerciales ;

Vu l'avis émis par le comité consultatif des foires et salons le 27 juin 2001,

Arrête :

Art. 1^{er}. - La liste des manifestations commerciales agréées est complétée ainsi qu'il suit :

Salons agréés

Salon du Végétal (Angers).
Imporama (Paris-Le Bourget).
Urbavert (Paris-Nord - Villepinte).

Salons agréés internationaux

Carrefour du Bois (Nantes).
DA Expo (Paris-Expo).
Who's Next (Paris-Expo).

Art. 2. - Le directeur des entreprises commerciales, artisanales et de services est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 19 juillet 2001.

FRANÇOIS PATRIAT

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ

Décret n° 2001-656 du 20 juillet 2001 relatif au financement par forfait global de l'activité de soins, d'accueil et de traitement des urgences des établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR : MESH0122428D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6114-3 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-22-8 et L. 174-18 ;

Vu la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000, et notamment son article 33-VIII ;

Vu la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, et notamment son article 41-IV ;

Vu l'avis du comité interministériel en matière de sécurité sociale en date du 20 mars 2001 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 mars 2001 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décrète :

Art. 1^{er}. - Il est créé, à la section VI du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les articles R. 174-22-1 à R. 174-22-4 ainsi rédigés :

« *Art. R. 174-22-1.* - Le versement aux établissements du forfait global annuel mentionné à l'article L. 162-22-8, fractionné en douze allocations mensuelles égales au douzième du forfait global annuel fixé dans le cadre de l'avenant tarifaire prévu à l'article L. 162-22-5, est assuré par la caisse centralisatrice des paiements.

« Le règlement de chaque allocation mensuelle est effectué le 5 de chaque mois ou, si ce jour n'est pas ouvré, le premier jour ouvré suivant cette date.

« Lorsqu'au 1^{er} mai de l'exercice de tarification, le forfait global annuel n'a pas été fixé, les versements mensuels sont égaux au douzième du forfait global annuel de la période précédente. La différence entre les montants ainsi versés et ceux qui procèdent du forfait global annuel fixé postérieurement au 1^{er} mai est imputée sur le versement effectué le 5 du deuxième mois suivant celui au cours duquel le forfait est fixé.

« *Art. R. 174-22-2.* - Les régimes d'assurance maladie paient chaque mois à la caisse nationale dont relève la caisse centralisatrice des paiements une participation aux versements effectués au titre du forfait global annuel fixé dans le cadre de l'avenant tarifaire prévu à l'article L. 162-22-5 en application de l'article R. 174-22-1.

« La participation mensuelle des différents régimes d'assurance maladie est calculée au prorata de la répartition entre ces régimes pour le dernier exercice de la somme des forfaits annuels versés aux établissements de santé privés.

« *Art. R. 174-22-3.* - La répartition du montant total des allocations mensuelles versées au titre des forfaits prévus à l'article L. 162-22-8 entre les régimes d'assurance maladie est fixée, après accord de tous les régimes au sein de la commission prévue à l'article R. 174-1-4, avant le 15 avril de l'année au cours de laquelle a été effectué le constat prévu au deuxième alinéa du présent article. A défaut d'accord au sein de la commission, la répartition est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

« Elle est effectuée au vu du montant définitif total des allocations mensuelles versées au cours de l'exercice précédent, au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun de ces régimes pour les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre dudit exercice constatées au niveau national dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article R. 162-42-1.

« *Art. R. 174-22-4.* - Les opérations financières effectuées en application des articles R. 174-22-2 et R. 174-22-3 sont retracées dans les écritures de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. »

Art. 2. - Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé et le secrétaire d'Etat au budget sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 20 juillet 2001.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

ÉLISABETH GUIGOU

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
LAURENT FABIUS

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,

JEAN GLAVANY

Le ministre délégué à la santé,
BERNARD KOUCHNER

Le secrétaire d'Etat au budget,

FLORENCE PARLY