

ainsi que les actes pris en application de cet accord ou de cette décision sont tenus de respecter les taux d'évolution moyens régionaux des tarifs des prestations et des montants afférents aux forfaits annuels. »

II. – Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé :

« La somme des taux d'évolution des montants des forfaits annuels des établissements de la région, pondérés par le rapport de la valeur du forfait de l'établissement dans le total des forfaits annuels des établissements de la région ne doit pas excéder le taux d'évolution moyen des montants des forfaits annuels de la région. »

**Art. 3.** – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le ministre délégué à la santé et la 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 23 avril 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

La secrétaire d'Etat au budget,  
FLORENCE PARLY

**Décret n° 2001-356 du 23 avril 2001 pris en application de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale**

NOR : MESH0121130D

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 son article L. 162-22-1 ;

Vu l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et notamment son article 24 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 9 février 2001 ;

Vu l'avis de la Fédération intersyndicale des établissements d'hospitalisation privée ;

Vu l'avis de l'Union de l'hospitalisation privée ;

Vu l'avis de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu.

Décète :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Il est inséré à la section V du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale les articles R. 162-31, R. 162-31-1 et R. 162-32 à R. 162-32-3 ainsi rédigés :

« **Art. R. 162-31.** – I. – Pour les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, à l'exception de ceux mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, les catégories de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale visées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-1 sont les suivantes :

« 1<sup>o</sup> Le séjour et les soins avec ou sans hébergement, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge de l'hospitalisation du patient, ou de la mère et de l'enfant en service d'obstétrique, dans l'établissement.

« En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais occasionnés par ces prestations.

« 2<sup>o</sup> La fourniture et l'administration des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics.

« En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais occasionnés par ces prestations.

« 3<sup>o</sup> L'utilisation d'un secteur opératoire ou interventionnel, d'une salle d'accouchement ou d'une salle de sismothérapie, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la réalisation des actes qui s'y trouvent réalisés.

« En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais occasionnés par ces prestations.

« 4<sup>o</sup> Les soins dispensés dans le cadre de l'établissement qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge du patient.

« En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais occasionnés par ces prestations.

« 5<sup>o</sup> Le transport de sang.

« En vue de la prise en charge susmentionnée, des forfaits couvrent les frais engagés par l'établissement de santé lorsqu'il assure un tel transport. Dans ce cas, le transport ne fait pas l'objet d'une facturation par l'établissement de transfusion sanguine.

« 6<sup>o</sup> Sont exclus de tous les forfaits et font l'objet d'une rémunération distincte :

« a) Les honoraires des praticiens et, le cas échéant, les rémunérations des personnels qu'ils prennent en charge directement, y compris les examens de laboratoire ;

« b) Les honoraires des auxiliaires médicaux à l'exception des soins infirmiers ;

« c) Les frais afférents à la fourniture des produits sanguins labiles mentionnés à l'article L. 1221-8 du code de la santé publique ;

« d) Les frais afférents à la fourniture de médicaments dérivés du sang inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics ;

« e) Les frais afférents à la fourniture de certains produits inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et figurant sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

« f) Les frais afférents à la fourniture de certains médicaments dispensés dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« II. – Pour les établissements mentionnés à l'article 24 de l'ordonnance du 24 avril 1996 susmentionnée, la catégorie de prestations d'hospitalisation donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale visées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-1 est celle du séjour et des soins avec ou sans hébergement, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains, à l'occasion de l'hospitalisation du patient dans l'établissement, y compris la mise à disposition des praticiens et auxiliaires médicaux, l'exécution des examens de laboratoire, à l'exception des frais de fourniture de certains produits figurant sur la liste prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et inscrits sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« **Art. R. 162-31-1.** – Les catégories de prestations pour exigences particulières du patient, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de la sécurité sociale, visées au 2<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-1, sont les suivantes :

« 1<sup>o</sup> L'installation dans une chambre particulière, en l'absence de prescription médicale imposant l'isolement, en cas d'hospitalisation avec hébergement ;

« 2<sup>o</sup> L'hébergement, ainsi que les repas et les boissons des personnes qui accompagnent la personne hospitalisée ;

« 3<sup>o</sup> La mise à disposition du patient, à la chambre, de moyens d'émission et de réception, notamment la télévision et le téléphone ;

« 4<sup>o</sup> Les prestations exceptionnelles ayant fait l'objet d'une demande écrite, dans la mesure où ces prestations ne sont pas couvertes par les tarifs des prestations de l'établissement.

« Art. R. 162-32. – Les tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ainsi que les tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement sont déterminés sur la base des données régionales et nationales issues du système d'information prévu aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ou, à défaut, des tarifs applicables pour les mêmes activités dans les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique qui ont fait l'objet d'un classement identique dans les conditions prévues à l'article R. 162-28 du présent code ou qui présentent, à défaut, des conditions techniques de fonctionnement équivalentes. Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les modalités d'application du présent article.

« Art. R. 162-32-1. – I. – Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre des forfaits afférents aux frais de séjour et de soins est calculé, dans le cas d'une hospitalisation avec hébergement, soit sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure, soit sur la base d'un tarif dû pour chaque séjour d'une durée supérieure à 24 heures. Dans le cas d'une hospitalisation sans hébergement, ce montant est calculé sur la base d'un tarif applicable par séance, par patient ou par journée.

« II. – Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre des forfaits afférents aux frais de pharmacie est calculé sur la base d'un tarif journalier dû dès lors que le patient est présent plus de 24 heures puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure. Ce montant est affecté, le cas échéant, d'une majoration liée à la nature et aux conditions d'administration de certains médicaments, déterminées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« III. – Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre des forfaits afférents à l'utilisation d'un secteur opératoire ou interventionnel, d'une salle d'accouchement ou d'une salle de sismothérapie est calculé soit en multipliant la valeur unitaire du forfait applicable à l'acte effectué par un coefficient déterminé en fonction de ce même acte, soit par application d'un forfait unitaire applicable à l'acte. Le montant ainsi obtenu dans le premier cas est affecté, le cas échéant, d'une majoration liée aux conditions d'exécution de l'acte.

« IV. – Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre des forfaits afférents aux frais de soins qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation est calculé sur la base du forfait applicable, compte tenu, le cas échéant, de la nature des soins dispensés et du temps de présence du patient au sein de l'établissement.

« V. – Le montant des prestations susceptibles d'être prises en charge par l'assurance maladie au titre des forfaits afférents aux frais de transport de sang est calculé sur la base du forfait applicable à chaque fois que l'établissement de santé assure le transport de ces produits.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale précise les conditions d'application du présent article à chacune des prestations prises en charge par l'assurance maladie.

« Art. R. 162-32-2. – Pour les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 6115-2 du même code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements sont les suivantes :

« I. – L'agence régionale de l'hospitalisation peut recourir, pour des missions de contrôle, aux personnels des services de l'Etat et de l'assurance maladie qui concourent à son fonctionnement en vertu de la convention constitutive prévue à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, notamment aux médecins mentionnés à l'article L. 1112-1 du même code.

« II. – A l'occasion de ces contrôles, qui sont réalisés en présence du directeur de l'établissement ou de son représentant, l'établissement de santé donne toutes les facilités nécessaires à l'exercice de la mission.

« III. – Les agents chargés du contrôle présentent sur place les observations utiles à la direction de l'établissement. A l'issue du contrôle, ils établissent, dans un délai de deux mois à

compter du dernier jour de contrôle, un rapport adressé, d'une part, à l'agence régionale de l'hospitalisation et, d'autre part, à l'établissement qui peut alors faire connaître ses observations dans le délai d'un mois.

« Lors de la visite, aucune observation ne doit être faite en présence du malade ou de sa famille, ou en présence d'un tiers, membre du personnel ou non, à l'exception du directeur ou de son représentant.

« Art. R. 162-32-3. – Les établissements mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique transmettent à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie les informations prévues aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du même code.

« Les modalités de transmission de ces informations sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en application des articles R. 710-5-17 à R. 710-5-19 du même code. »

**Art. 2.** – Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le 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 23 avril 2001.

LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

Le 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

**Arrêté du 6 avril 2001 portant approbation d'une décision du conseil d'administration de la caisse ORGANIC complémentaire portant fixation du revenu de référence pour l'année 2001**

NOR : MESS0121391A

Par arrêté du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et de la ministre de l'emploi et de la solidarité en date du 6 avril 2001, est approuvée la décision du conseil d'administration de la caisse ORGANIC complémentaire du 12 septembre 2000 fixant à 16,087 1 F le revenu de référence mentionné à l'article D. 635-24 du code de la sécurité sociale.

**Arrêté du 11 avril 2001 relatif au consentement d'un couple ou du membre survivant en cas de décès de l'autre membre du couple à l'accueil de ses embryons par un couple tiers**

NOR : MESP0121389A

Le ministre de l'emploi et de la solidarité et le ministre délégué à la santé,

Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 2141-4, L. 2141-5, R. 152-5-1, R. 152-5-2 et R. 152-5-3.

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – Le consentement, mentionné à l'article L. 2141-4 du code de la santé publique, d'un couple ou du membre survivant en cas de décès de l'autre membre du couple à l'accueil de ses embryons par un couple tiers est exprimé par écrit sur le formulaire type figurant en annexe du présent arrêté.

**Art. 2.** – Ce consentement est recueilli par le praticien agréé dans les conditions prévues par le I de l'article R. 152-5-3 du code de la santé publique.

**Art. 3.** – Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 11 avril 2001.