

Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A n° 2005-119 du 1er mars 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

01/03/2005

Voir en complément :

- [Circulaire DHOS/F/DSS/1 A n° 2005-181 du 5 avril 2005](#) relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale

Date d'application : immédiate.

Textes de références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6, L. 162-22-10, R. 162-32 et suivants, et R. 162-42 et suivants ;

Articles 17 et 63 de la [loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004](#) de financement de la sécurité sociale pour 2005 ;

[Décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004](#) relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie, notamment l'article 7 ;

[Décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005](#) relatif au budget des établissements de santé ;

relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Annexes :

Annexe I : dotations régionales des DAF ;

Annexe II : dotations régionales de financement des MIGAC ;

Annexe III : dotations régionales des DAC ;

Annexe IV : tarifs et forfaits annuels ;

Annexe V : liste des médicaments financés en sus des tarifs ;

Annexe VI : liste des dispositifs médicaux financés en sus des tarifs ;

Annexe VII : liste des missions d'intérêt général ;

Annexe VIII : modalités de valorisation des MIGAC ;

Annexe IX : modalités de fixation des MERRI ;

Annexe X : adaptation du cadre budgétaire et comptable ;

Annexe XI : présentation des plans de santé publique.

Le Ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre), Madame et Messieurs les préfets de régions, directions régionales des affaires sanitaires et sociales (pour information), Mesdames et Messieurs les préfets de départements, directions départementales des affaires sanitaires et sociales (pour information).

La nouvelle étape de la réforme du mode de financement des établissements de santé engagée au 1er janvier 2005 se traduit par un changement fondamental dans la gestion de la campagne budgétaire : les dépenses d'assurance maladie couvrant les frais d'hospitalisation dans les établissements de santé sont désormais suivies dans le cadre de quatre objectifs distincts dont deux sont communs aux établissements de court séjour quel que soit leur statut : public, privé participant au service public hospitalier, privé à but non lucratif antérieurement sous dotation globale et privé à but non lucratif ou commercial antérieurement sous Objectif quantifié national (OQN). Ces deux objectifs communs représentent près des trois quarts du montant total des objectifs concernant les établissements de santé. Dès 2005, les principales modalités de financement qui découlent de la tarification à l'activité sont appliquées à l'ensemble des deux secteurs antérieurement sous dotation globale et antérieurement sous OQN : une facturation à l'activité sur la base de tarifs d'hospitalisation nationaux par séjour, une facturation de consommations de médicaments et dispositifs médicaux sur des tarifs de responsabilité et des financements complémentaires forfaitaires auxquels s'ajoute éventuellement une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Toutefois le rapprochement complet des modalités de financement ne peut être atteint qu'à l'issue de la période de transition et la campagne budgétaire présente encore en 2005 des caractéristiques très distinctes entre les deux secteurs. Les activités non encore tarifées à l'activité (psychiatrie, soins de suite et de rééducation...) restent retracées dans des objectifs distincts, chaque secteur conservant ses modalités propres de tarification dans le cadre d'objectifs rénovés.

L'entrée en vigueur au 1er janvier 2005 de la disposition mettant fin à la notion de « dépenses hospitalières encadrées » pour les établissements antérieurement sous dotation globale modifie radicalement pour ce secteur les conditions de la campagne en inversant la logique de la construction budgétaire qui doit désormais reposer sur l'évolution des recettes et non plus sur l'autorisation de dépenses. La campagne budgétaire pour 2005 représente une évolution considérable, tant

en ce qui concerne les modalités de détermination des ressources que les procédures budgétaires, qui nécessite des retraitements très complexes pour parvenir à la construction des nouvelles bases que ce soit au niveau national, régional ou au niveau de l'établissement. La place très importante de cette phase de « reconstruction » et les modalités encore différentes de la période de transition expliquent que la campagne soit présentée séparément en 2005. La présente circulaire vous expose donc les modalités de gestion de la campagne budgétaire relatives au secteur antérieurement financé par dotation globale et vous notifie les dotations régionales correspondant aux nouvelles dotations qu'ils vous appartient de fixer pour ce secteur.

I. - LES OBJECTIFS DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1.1. La définition des objectifs

Les dépenses des établissements sanitaires à la charge de l'assurance maladie doivent, à partir du 1er janvier 2005, respecter des objectifs nationaux décomposés selon la nature de l'activité et non plus selon le statut de l'établissement. Les dépenses des établissements antérieurement sous dotation globale sont retracées dans trois objectifs :

a) Deux objectifs communs aux deux secteurs public et privé

Les dépenses d'assurance maladie correspondant aux activités de court séjour MCO des établissements publics et privés sont suivies dans les deux objectifs suivants :

Un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO), comprenant également les activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile, exercées par les établissements mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Une dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) des établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du CSS.

Seules les activités de court-séjour d'établissements expressément exclus de la tarification à l'activité par la loi ne sont pas intégrées dans ces objectifs : il s'agit des hôpitaux locaux, de l'établissement public national de Fresnes, du service de santé des armées, de l'Institution nationale des invalides, des établissements de santé de Mayotte et Saint-Pierre-et-Miquelon et, temporairement, des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale de Guyane.

b) Un objectif propre au secteur anciennement sous dotation globale

L'objectif des dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est constitué des dépenses d'assurance maladie correspondant aux activités de psychiatrie, de soins de suite ou de réadaptation, des unités de soins de longue durée des établissements antérieurement sous dotation globale et de celles des établissements expressément exclus de la tarification à l'activité cités ci-dessus.

1.2. La détermination des bases

Elle comprend plusieurs étapes successives : la décomposition de la base unique précédemment fixée en dépenses encadrées, la recomposition des nouvelles bases et leur conversion en dépenses d'assurance maladie.

A. La décomposition de la base

La fixation des objectifs nationaux en 2005 a d'abord nécessité de déterminer les bases des nouveaux objectifs en décomposant les dépenses globales en fonction de la nature de l'activité. Ce travail a été effectué notamment à partir de deux sources principales d'informations relatives aux établissements de santé.

Le retraitement comptable de l'exercice 2003 :

Les données issues du retraitement comptable mis en place dans le cadre du programme médicalisé du système d'information (PMSI) des établissements exerçant une activité de court-séjour permettent une répartition des dépenses de chaque établissement entre les différentes activités (MCO, HAD, SSR, psychiatrie, autres activités). Certaines dépenses correspondent exactement aux activités définies dans le cadre de la réforme de la tarification (MCO, HAD, SSR, psychiatrie), tandis que d'autres doivent être reclassées en fonction de la liste des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC).

La liste des missions d'intérêt général est définie par décret, un arrêté dont le projet est joint en annexe VII précisant les structures ou activités correspondant à ces missions. Les montants retenus pour les différentes activités classées en MIG ou en AC sont les montants déclarés par les établissements, à l'exception de quelques missions telles que les équipes mobiles de soins palliatifs et les SMUR

L'outil Arbust :

Cet outil a complété le retraitement comptable de 2003 en permettant de tenir compte des évolutions propres à la campagne budgétaire de 2004. Il vous a été demandé de classer les mesures nouvelles de 2004 selon les différentes activités avec un détail suffisant pour procéder à la détermination de la part MIGAC. L'outil a fourni également les données d'activité des trois premiers trimestres 2004 qui, extrapolées sur l'année entière, ont permis de déterminer le sous-ensemble correspondant à la base des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation.

Des enquêtes complémentaires :

Des enquêtes complémentaires ont été nécessaires, notamment pour la constitution des bases « aides à la contractualisation » (AC) de la base MIGAC.

L'utilisation conjointe de ces sources d'information a permis de répartir les dépenses hospitalières de 2004 selon la nature de l'activité : court-séjour MCO, HAD, SSR, psychiatrie, MIGAC spécifiques.

B. - La détermination des bases des nouveaux objectifs

La décomposition décrite précédemment n'est pas suffisante pour répartir au sein des dépenses des établissements exerçant des activités de MCO les bases des objectifs ODMCO et MIGAC.

En effet, une fraction des dépenses de MCO correspond aux dépenses des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) de certains établissements qui ne peuvent être identifiées spécifiquement. Ces dépenses ayant été évaluées à 2,3 milliards d'euros, ce même montant a donc été prélevé sur la base MCO des établissements concernés pour être transféré dans la base de la dotation MIGAC de ces mêmes établissements. À l'issue des travaux menés en 2004 pour identifier le coût des missions d'intérêt général afin d'obtenir une meilleure adéquation entre les montants alloués forfaitairement et les services rendus, et en concertation avec les partenaires, il a été décidé d'allouer les MERRI sur la base d'un taux segmenté en un socle fixe et un taux variable apprécié à partir des missions effectivement développées. Vous trouverez en annexe IX une fiche précisant les modalités retenues pour effectuer la répartition des MERRI entre les établissements concernés.

Sur la base des travaux d'identification des missions d'intérêt général décrits ci-dessus, le montant des moyens affectés à ces missions a été fixé à environ 3,6 milliards d'euros en dépenses d'assurance maladie.

Les aides à la contractualisation correspondent essentiellement à la mise en oeuvre de priorités régionales d'organisation sanitaire ou d'amélioration de la qualité des soins. Leur base a été constituée des éléments suivants :

- les surcoûts d'investissement du plan Hôpital 2007 ;
- les surcoûts d'investissement correspondant aux engagements des contrats d'objectifs et de moyens souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur de la réforme du financement ;
- les surcoûts d'investissement hors de proportion avec une charge d'investissement courant ;
- les mesures en faveur du recrutement des postes médicaux prioritaires et des primes multi-établissement.

Par ailleurs, les montants de crédits reconnus disponibles au niveau régional ont été comptabilisés dans la base « AC ». Au total, le montant national affecté aux aides à la contractualisation s'élève à un peu plus de 600 millions d'euros.

Le retraitement des crédits disponibles au niveau national en fonction de leur utilisation prévue en 2005 a permis d'achever la répartition des dépenses entre les différents nouveaux objectifs.

À l'issue de ces opérations, la dotation hospitalière unique peut être répartie entre les trois nouveaux objectifs : ODMCO, MIGAC et ODAM.

C. - La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie

Pour établir la base en dépenses d'assurance maladie des nouveaux objectifs, il convient, d'une part, de respecter le rapport entre les dépenses hospitalières encadrées et l'objectif des dépenses d'assurance maladie correspondant au

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

respect de l'objectif national en 2004 et, d'autre part, de tenir compte des différents taux moyens constatés selon les disciplines pratiquées. L'objectif des dépenses d'assurance maladie en 2004 représentait 93 % en métropole et 93,6 % dans les DOM du montant total de l'objectif des dépenses hospitalières encadrées.

À partir du retraitement comptable de l'exercice 2003 et de l'exploitation des données de la campagne 2004 (à savoir les modifications du montant du forfait journalier- augmentation en court séjour et soins de suite et diminution en psychiatrie- et les modifications des règles d'exonération des actes liés à une hospitalisation égale ou supérieure à K 50), il a pu être déterminé un taux moyen de prise en charge par activité (MCO, HAD, SSR et psychiatrie), par région et par établissement. Les taux de prise en charge ainsi calculés ont dû être recalés sur le taux national, compte tenu de l'important dépassement des dépenses d'assurance maladie par rapport à l'objectif fixé constaté en 2004. Dans l'attente des résultats des enquêtes en cours sur les causes du dépassement, le recalage sur le taux national s'est fait par réfaction d'un pourcentage identique sur les taux de prise en charge de chaque région et de chaque établissement. Ces taux sont ensuite appliqués aux dépenses 2004 précédemment constituées, pour obtenir la ventilation par sous-enveloppe des dépenses d'assurance maladie. Les taux de conversion moyens nationaux sont les suivants :

- pour la métropole : 92,05 % pour les MIGAC, 94,52 % pour l'ODAM et 92,48 % pour l'ODMCO ;
- pour les DOM : 92,56 % pour les MIGAC, 96,61 % pour l'ODAM et 92,93 % pour l'ODMCO.

1.3. L'évolution des dépenses d'assurance maladie

L'augmentation des dépenses d'assurance maladie pour le secteur antérieurement financé par dotation globale (hors unités de soins de longue durée) a été fixée globalement à + 3,64 % en métropole et à + 6 % dans les départements d'outre-mer. Pour la métropole cette évolution est ramenée à 3,62 % compte tenu d'un prélèvement de 10,4 millions d'euros en faveur de la dotation nationale des réseaux.

Ce taux d'évolution doit permettre de respecter le plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, conformément aux dispositions de la [loi du 13 août 2004](#). La construction des objectifs nationaux a pris en compte les principales mesures suivantes :

Les dépenses relatives au personnel

Les dépenses de personnel devraient progresser en 2005 d'un peu plus de 2 %, compte tenu des revalorisations salariales décidées ou prévues, de l'amélioration des carrières résultant des accords de 2000-2001 pour les filières de la fonction publique hospitalière ou de 2003 pour les praticiens attachés ou en cours de négociation en ce qui concerne les praticiens hospitaliers, de l'augmentation d'un certain nombre de cotisations sociales liées notamment à la mise en oeuvre de la réforme des retraites et de la dernière tranche des mesures accompagnant la réduction du temps de travail des praticiens hospitaliers et de l'intégration des gardes dans leur temps de travail.

Les dépenses à caractère hôtelier ou général

L'inflation a été prise en compte dans la construction des objectifs sur la base d'une progression des dépenses à caractère hôtelier ou général de 1,5 %.

Les programmes de santé publique

Les programmes de santé publique annoncés, dont les grands plans relatifs à la lutte contre le cancer, l'amélioration des urgences, la lutte contre les maladies rares, l'amélioration de la prise en charge périnatale, ou en voie de l'être comme le plan en faveur de la santé mentale, doivent être mis en oeuvre en 2005 conformément aux objectifs prévus.

Toutefois, compte tenu des délais nécessaires notamment pour le recrutement des personnels concernés, 70 % de l'enveloppe correspondant à la réalisation de ces objectifs vous sont notifiés en 2005, à l'exception du plan cancer, qui reste doté de la totalité de l'enveloppe prévue.

Ces moyens permettent aux établissements de procéder aux recrutements à partir du deuxième trimestre 2005. L'extension en année pleine du financement de ces mesures interviendra en 2006. Il vous appartient de mettre en oeuvre les différentes mesures de chaque plan en fonction de l'appréciation que vous portez sur les priorités au sein de votre région, tout en veillant à ce que chacune d'entre elles fasse l'objet d'une application effective à la fin de l'année 2005. Je vous rappelle en particulier que la mise aux normes des établissements autorisés pour les activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale revêt un caractère prioritaire, compte tenu des délais réglementaires. Au total, l'assurance maladie devrait financer près de 275 millions d'euros en 2005.

Les surcoûts d'investissement

La relance de l'investissement hospitalier grâce au plan Hôpital 2007 permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publiques, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie. La tranche 2005 de l'accompagnement en fonction des opérations sera, comme en 2004, de l'ordre de 90 millions d'euros.

Les provisions

La construction des objectifs prévoit un certain nombre de provisions destinées à faire face à divers aléas dont l'augmentation des dépenses de médicaments ou dispositifs facturés en sus des tarifs ou une augmentation d'activité.

Les économies sur les achats

Dans le cadre du plan de retour à l'équilibre de l'assurance maladie, un objectif global d'économies de 850 millions d'euros à l'horizon 2007, établi sur la base des travaux de la DHOS et de la mission d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH), a été assigné aux établissements de santé. Pour atteindre cet objectif, la lettre ministérielle du 21 octobre 2004 vous a demandé de mobiliser sans délai l'ensemble des établissements sur la nécessité d'optimiser l'organisation de la fonction achats. Le même texte a fixé un premier objectif de 150 MEuro d'économies pour l'année 2005, sur le champ des établissements antérieurement sous dotation globale.

La présente circulaire répartit cet objectif entre régions, sur la base du poids respectif de chaque région dans le total des achats hospitaliers, ventilé par grandes catégories d'achats, estimé à partir des données comptables. À chaque catégorie de biens ou de services a été affecté un taux d'économies à atteindre, fixé par référence aux travaux de la DHOS et de la MEAH. Comme la lettre ministérielle du 21 octobre vous l'a indiqué, vous avez la possibilité de moduler l'objectif de chaque établissement en fonction du niveau de performance de chacun en matière d'achats. Vous demanderez à chaque établissement de proposer un plan d'action, comportant le détail des économies à réaliser ainsi que les modalités de suivi. J'appelle en effet votre attention sur la nécessité de mesurer précisément les résultats obtenus afin de permettre aux établissements de bénéficier, en 2006, de l'intéressement qui représentera, en moyenne, 29 % des économies réalisées (soit 250 MEuro sur les 850 MEuro d'économies attendues en 2007). Vous aurez la possibilité de moduler le taux d'intéressement en fonction de la difficulté relative de l'effort exigé des établissements.

Le dispositif d'appui de la MEAH est d'ores et déjà en place et les établissements qui se sont portés volontaires vont très prochainement bénéficier des prestations d'audit et de conseil qui leur permettront d'identifier les forces et faiblesses de leur organisation en matière d'achats et les moyens de l'optimiser.

Je vous demande de veiller à ce que l'effort demandé soit effectivement conduit par les établissements de manière à éviter toute répercussion défavorable sur l'équilibre financier des établissements.

L'augmentation du forfait journalier

La construction des objectifs a également tenu compte de l'augmentation du forfait journalier de un euro au 1er janvier 2005. En effet cette recette supplémentaire pour les établissements doit permettre de diminuer d'autant la part de leurs dépenses financée par l'assurance maladie. Pour l'ensemble du secteur cette recette supplémentaire a été estimée à 120 millions d'euros.

II. - LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

L'année 2005 constitue une étape supplémentaire dans la mise en oeuvre de la tarification à l'activité puisque les recettes de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), liées à l'activité, sortent du cadre de financement de la dotation globale.

Il convient de rappeler que le dispositif de convergence prévu dans le cadre de la tarification à l'activité s'appuie sur un mécanisme de financement mixte sous la forme d'une fraction des tarifs des prestations et d'une dotation annuelle complémentaire, la part financée sur la base des tarifs ayant vocation à augmenter progressivement chaque année pour atteindre 100 % en 2012. Pour l'année 2005, la fraction des tarifs applicable a été fixée à 25 %. Ce taux, supérieur à la part des charges variables dans les dépenses, permettra aux établissements augmentant leur activité de bénéficier d'un surcroît de recettes et donc de tirer pleinement parti de la tarification à l'activité.

Les ressources MCO sont donc attribuées en 2005 sous la forme du versement trimestriel, à hauteur de 25 %, du tarif de la <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

prestation, affecté le cas échéant du coefficient géographique applicable à l'établissement, ou des consultations et actes et du versement d'une dotation annuelle complémentaire. Par ailleurs, certaines activités bénéficient également d'un financement sous forme de forfait annuel versé par douzième. En outre, certains médicaments et dispositifs médicaux sont remboursés trimestriellement à l'établissement sur la base de leur consommation réelle.

Pour des raisons de faisabilité technique, liées au délai requis pour mettre en oeuvre de nouvelles chaînes de facturation dans les hôpitaux et de liquidation dans les caisses d'assurance maladie, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les établissements transmettent, en 2005, les données relatives à l'activité et à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus aux ARH qui les valorisent, puis arrêtent et notifient à la caisse pivot de l'établissement le montant à payer à ce titre.

2.1. Les ressources faisant l'objet d'un versement trimestriel

Il convient dans un premier temps de définir le champ des ressources concernées avant de préciser, dans un second temps, les modalités de valorisation et de versement.

A. Les ressources concernées

Ces versements regroupent les sommes dues au titre de la fraction des prestations d'hospitalisation, des consultations et actes externes ainsi que des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus.

a) Les prestations d'hospitalisation vecteur de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ont été définies par l'arrêté du 31 janvier 2005 susvisé. Ces prestations reposent pour l'essentiel sur la classification des GHM issue du PMSI. Par rapport aux prestations utilisées en 2004 pour déterminer partiellement la dotation globale, il convient de souligner les évolutions suivantes :

- la création d'un GHS supplémentaire de soins palliatifs : à compter de cette année, deux GHS majorés de soins palliatifs sont distingués selon que le patient est pris en charge dans un lit dédié à cette activité ou dans une unité de soins palliatifs reconnue par contrat entre l'agence régionale et l'établissement ;
- la division du GHS d'autogreffes de cellules souches hématopoïétiques en deux GHS facturables en fonction de la durée de séjour (inférieure ou égale à 11 jours ou supérieure à 11 jours) ;
- la création de suppléments néonatalogie : la prise en charge du nouveau-né en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale ou pédiatrique, donne lieu à facturation, en sus du GHS couvrant les frais de séjour, d'un supplément dont le niveau est fonction de l'unité dans laquelle la prise en charge a lieu (unité de néonatalogie, lit de soins intensifs dans une unité de néonatalogie ou unité de réanimation pédiatrique ou néonatale) ;
- la création de suppléments de réanimation, de soins intensifs et de surveillance continue : à compter de la mise en oeuvre du volet « réanimation » des prochains SROS, la prise en charge du patient en unité de réanimation autorisée, de soins intensifs ou de surveillance continue reconnue par contrat entre l'agence régionale et l'établissement donnera lieu à facturation, en sus du GHS couvrant les frais de séjour, d'un supplément dont le niveau est fonction de l'unité de prise en charge et des actes réalisés ;
- la prise en charge des patients au sein de la zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) d'un service d'urgence autorisé ne donne pas lieu à facturation d'un ATU mais à celle d'un GHS de moins de 48 heures, quelle que soit la durée réelle de prise en charge dans cette zone ;
- la création de prestations de dialyse : à compter de la mise en oeuvre des prochaines autorisations de traitement de l'insuffisance rénale chronique, la prise en charge du patient donnera lieu à facturation d'un forfait « dialyse » au lieu et place de la facturation du GHS actuel. 11 niveaux de forfaits ont été créés correspondant aux 11 modalités de prise en charge identifiées par le [décret n° 2002-1197 du 23 septembre 2002](#) relatif à l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale ;
- la création des prestations d'HAD : les prestations d'HAD sont couvertes par des forfaits dénommés « groupes homogènes de tarifs » (GHT) définis par l'arrêté susmentionné. En effet, depuis le 1er janvier 2005, l'activité d'HAD fait l'objet d'un recueil d'activité médicalisée spécifique à cette activité, permettant de classer chaque journée de présence du patient dans un « groupe homogène de prise en charge » (GHPC) puis dans « un groupe homogène de tarifs » (GHT), dans des conditions définies par un arrêté du 31 décembre 2004 (cf. note 1) . Pour la première version de cette classification, il existe 31 GHT. Les honoraires du médecin traitant intervenant au domicile du patient sont inclus dans le tarif du GHT. Les honoraires des autres médecins libéraux en sont exclus ;
- la création de prestations prélèvements d'organes (PO) : l'activité de prélèvement d'organes sur personne décédée est couverte par 3 forfaits facturés en fonction du nombre d'organes prélevés ;
- la création d'un forfait de petit matériel (FFM) : l'utilisation de matériel de petite chirurgie lors de la prise en charge non programmée de patient dans des établissements qui ne sont pas autorisés à pratiquer l'activité d'accueil et de traitement des urgences donne lieu à facturation d'un forfait de petit matériel (FFM).

b) Le financement des consultations et actes externes est désormais fondé par l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale introduit par la loi relative à l'assurance maladie. Cet article prévoit en effet que les consultations et actes programmés réalisés dans les services de soins externes et ceux réalisés lors des passages dans les services d'urgence <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

sont rémunérés sur la base des nomenclatures et tarifs conventionnels applicables à la médecine de ville.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a modifié l'article 33 de la LFSS pour 2004 pour inclure ces prestations dans le dispositif transitoire de montée en charge de la tarification à l'activité. Dès lors, ces consultations et actes sont rémunérés, comme les prestations d'hospitalisation, pour partie par la dotation annuelle complémentaire de l'établissement et pour partie par le versement d'une fraction du tarif. J'attire votre attention sur le fait que le coefficient géographique n'affecte pas les sommes dues au titre des consultations et actes externes.

c) Les médicaments et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une facturation en sus des prestations d'hospitalisation seront définis par arrêté dans les jours prochains. Pour les médicaments, la liste devrait comprendre des médicaments relevant des mêmes catégories que celles retenues en 2004. En ce qui concerne les dispositifs médicaux, outre les dispositifs médicaux inscrits à la LPP retenus l'an passé, devraient être ajoutées, principalement, les prothèses orthopédiques (cf. annexes V et VI).

J'attire votre attention sur le fait que les dépenses relatives à ces médicaments et dispositifs médicaux connaissent une forte croissance. Il convient donc d'être tout particulièrement vigilant à essayer d'en limiter la progression. C'est dans ce cadre que s'inscrit le contrat de bon usage prévu à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale dont le décret d'application devrait paraître prochainement. La signature de ce contrat par les établissements conditionnera le taux de prise en charge qui sera appliqué aux tarifs de responsabilité sur la base desquels seront remboursés les établissements. Je vous demande de veiller particulièrement à la mise en place rapide de ce dispositif contractuel et à l'implication des équipes hospitalières dans le bon usage de ces produits coûteux.

Je vous demande en outre de faire une application ferme des possibilités d'abattement sur le remboursement dans le cas où ces conditions ne seraient pas remplies.

B. Les modalités de valorisation et de versement

Conformément aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 susvisée, la fraction des tarifs des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes ainsi que les frais afférents à la fourniture des médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus de ces tarifs ne font pas l'objet d'une facturation directe aux caisses d'assurance maladie. Les versements correspondants sont en effet effectués trimestriellement sur la base des données d'activité transmises par les établissements. A cet effet, l'arrêté « PMSI » du 31 décembre 2003 (cf. note 2) prévoit que les données d'activité sont transmises à l'agence régionale de l'hospitalisation un mois au plus tard après la fin de chaque trimestre civil. En pratique, ces données sont télétransmises via la plate-forme e-PMSI et se composent, comme en 2004, des fichiers RSA et des fichiers FICHSUP (cf. note 3).

Ces données font l'objet d'un contrôle par l'ARH puis sont valorisées à l'aide de l'outil MAT2A. Les opérations de valorisation des prestations d'hospitalisation et des consommations de médicaments coûteux et dispositifs médicaux se décomposent en 4 étapes (cf. note 4) :

- les données d'activité sont valorisées à partir des tarifs nationaux de prestations arrêtés pour 2005 et des tarifs NGAP ou CCAM dès lors que cette dernière sera en vigueur. Cette valorisation fait apparaître distinctement les montants des prestations d'hospitalisation correspondant aux éléments suivants :
- les forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) et leurs suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatalogie, extrêmes hauts) ;
- les forfaits « dialyse » (à compter de la mise en œuvre des autorisations) ;
- les forfaits « groupes homogènes de tarifs » (GHT) pour l'hospitalisation à domicile ;
- les forfaits afférents aux interruptions volontaires de grossesses ;
- les actes et consultations externes et les forfaits techniques ;
- les forfaits « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- les forfaits « de petit matériel » (FFM) ;
- les forfaits « prélèvement d'organes » (PO).

Pour les régions qui en bénéficient, le coefficient géographique est appliqué à l'ensemble des montants ci-dessus, exception faite de ceux correspondant aux interruptions volontaires de grossesses et aux consultations et actes externes et aux forfaits techniques.

- application de la fraction du tarif : les montants ainsi déterminés, à l'exception de celui correspondant aux prestations de prélèvements d'organes, sont pondérés par la fraction de 25 %. Les prestations de prélèvements d'organes seront pris en charge à hauteur de 100 % du tarif dès cette année.

- conversion en dépenses à la charge de l'assurance maladie : afin de ne retenir que la part due par l'assurance maladie, le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie est ensuite appliqué au résultat obtenu précédemment.

- prise en compte des consommations de médicaments et dispositifs médicaux : aux montants ainsi obtenus pour les prestations d'hospitalisation s'ajoutent ceux dus au titre des consommations de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus. Ces consommations ne sont plus valorisées à hauteur du prix d'achat mais sur la base du tarif de responsabilité correspondant soit au prix déclaré par le laboratoire soit, en cas d'opposition, au prix arrêté par le Comité

économique des produits de santé (CEPS) et ayant fait l'objet d'une publication.

Sur la base de cette valorisation, le directeur de l'ARH arrête les sommes dues par l'assurance maladie à chaque établissement en respectant la ventilation par nature de recettes figurant ci-dessus et en distinguant les montants correspondant aux médicaments coûteux et aux dispositifs médicaux.

Cet arrêté est notifié à l'établissement et à la caisse pivot. Au vu de l'arrêté, la caisse procède, sans délai, au versement des sommes dues. L'établissement public de santé émet le titre de recettes correspondant.

Compte tenu de l'impact de ce dispositif sur la trésorerie des établissements, il importe que l'ensemble des contrôles et opérations de valorisation soit effectué dans les délais les plus brefs. En particulier, il n'est pas nécessaire de disposer des données de l'ensemble des établissements de la région pour effectuer les opérations de contrôle et de valorisation. Chaque établissement peut être traité indépendamment des autres en fonction de la date à laquelle il aura transmis ses propres données.

C. - Les tarifs applicables en 2005

L'annexe IV ci-jointe détaille la valeur des éléments tarifaires MCO applicables en 2005 aux établissements antérieurement sous dotation globale. L'évolution constatée par rapport à 2004 résulte de deux facteurs ayant des effets contraires :

Le recalcul des tarifs de base :

La reconstruction des tarifs se traduit par une baisse moyenne de 2,86 %, qui s'explique principalement par :

- la diminution de la base financière prise en compte pour le calcul, liée à l'évolution du modèle de tarification à l'activité (transferts de la base tarifs vers les bases MIGAC et forfaits annuel) ;
- l'augmentation de l'activité 2004 par rapport aux données d'activité prises en compte pour le calcul des tarifs 2004.

L'évolution au titre de l'année 2005 :

Une augmentation de 0,27 % est appliquée au titre de l'année 2005, prenant en compte les marges de manoeuvre financière disponibles dans le cadre de l'évolution de l'ODMCO mais aussi les prévisions d'évolution de l'activité qui se traduiront par une augmentation des ressources des établissements.

En outre, en application de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, une première étape de convergence entre les tarifs applicables aux prestations dispensées, d'une part, par les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale et, d'autre part, par les établissements privés, a été mise en oeuvre.

Compte tenu de l'écart important entre les tarifs des deux secteurs (en 2004, les tarifs du secteur privé représentaient en moyenne 60 % de ceux du secteur public après correction des différences de champ (honoraires médicaux, DMI, médicaments, analyses), il a été décidé de différencier l'évolution des tarifs des deux secteurs : les tarifs des établissements antérieurement sous dotation globale augmenteront ainsi de 0,27 % et ceux des établissements privés antérieurement sous OQN de 1,56 %.

Les travaux engagés en commun avec l'ensemble des fédérations d'établissements pour la réalisation d'un programme d'études combinant études organisationnelles, études économétriques, analyse des processus de prise en charge des patients et mise en place d'une étude nationale de coûts concernant tant les établissements publics que privés permettront de déterminer des perspectives de convergence reposant sur des éléments objectifs de comparaison.

Les augmentations ciblées :

Seuls les tarifs des GHS de radiothérapie ont fait l'objet d'une revalorisation ciblée afin de permettre le renforcement des moyens en personnel affectés à cette activité.

2.2. Le versement des forfaits annuels

L'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale prévoit que certaines activités peuvent bénéficier d'un financement

conjoint sous la forme de tarifs de prestations et de forfait annuel.

Sont concernées, comme l'année précédente, les activités d'accueil et de traitement des urgences et de prélèvements d'organe ainsi que à partir de 2005 l'activité de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse.

En ce qui concerne le forfait annuel urgence, dénommé « FAU », les modifications suivantes ont été apportées :

- le calcul des FAU ne se fait plus sur le nombre total de passages déclaré mais sur le nombre d'ATU observé ;
- le montant de base du FAU est rehaussé afin de mieux couvrir les charges fixes des petits sites ;
- ce montant est majoré pour une première tranche de 5 000 passages supplémentaires et ensuite pour chaque tranche de 2 500 passages.

Le forfait annuel de prélèvement d'organes dénommé « CPO » couvre la coordination des prélèvements et, en particulier, les charges de rémunération des personnels concernés ainsi que le coût des astreintes. Cinq niveaux de forfait sont distingués selon les mêmes critères que l'année précédente.

Le forfait de transplantation d'organes et de greffes de moelle osseuse, dénommé « FAG » est de nature à permettre de financer de façon appropriée les charges liées au caractère transversal de cette activité qui nécessite notamment l'intervention d'une multiplicité d'acteurs et la permanence d'équipes multidisciplinaires. Six niveaux de forfait sont distingués en fonction de la nature des autorisations et de la file active des établissements.

J'attire votre attention sur le fait que la mise en place de ces forfaits permet d'assurer un financement direct par l'assurance maladie des activités de prélèvements et de greffes se substituant au système antérieur de rémunération par facturation interétablissement.

Le montant de ces forfaits est défini au niveau national par l'arrêté mentionné à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale (cf. annexe IV). Il vous appartient ensuite d'arrêter, pour chaque établissement, le montant du forfait qui lui est applicable en fonction du niveau dont relève l'établissement.

Une fois l'arrêté pris, il est notifié à l'établissement et à la caisse pivot dont il relève et le forfait est versé par douzième le 25 de chaque mois.

III. - LES DOTATIONS RÉGIONALES

En 2005, une part importante des ressources provenant de l'assurance maladie (environ 80 %) des établissements anciennement sous dotation globale restent financées dans le cadre de dotations régionales limitatives.

3.1. La définition des dotations régionales

Pour les établissements exerçant une activité de MCO, le financement est mixte : une facturation à l'activité décrite ci-dessus et, éventuellement, une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). Ces dotations de financement des MIGAC sont fixées dans le cadre de la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation répartie en dotations régionales.

A titre transitoire, une partie des ressources liées à l'activité des établissements leur est accordée sous la forme d'une allocation forfaitaire : la dotation annuelle complémentaire (DAC), qui doit aller en diminuant jusqu'à une échéance fixée par la loi à 2012. Ces dotations complémentaires sont fixées dans le cadre du « montant total des dotations annuelles complémentaires » réparti en montants régionaux. Le montant total des dotations annuelles complémentaires est arrêté en fonction de l'objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique, et odontologie (ODMCO) mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale.

Les activités de psychiatrie, de soins de suite et de réadaptation et des hôpitaux locaux, dans l'attente de la mise en place de la tarification à l'activité, restent financées sous forme d'une dotation forfaitaire appelée dotation annuelle de financement. Ces dotations sont fixées dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ODAM) constitué en dotations régionales.

3.2. Les bases des dotations régionales

Les montants de ces trois nouvelles dotations régionales sont fixées en fonction de la part des recettes prise en charge par l'assurance maladie et non plus comme précédemment sur la base d'une autorisation de dépenses.

Leur construction a procédé de la même méthodologie que celle qui vous a été exposée pour la construction des objectifs nationaux : la dotation régionale des dépenses hospitalières encadrées finale de l'exercice 2004 a été convertie en « dotation régionale assurance maladie » en fonction du taux moyen constaté dans chaque région recalé sur le taux national moyen et en fonction de la répartition des activités dans la région. La « dotation régionale assurance maladie » répartie en fonction des différentes activités permet de déterminer la base des dotations régionales MIGAC et DAF. La fixation de la base DAC s'effectue à partir de la « base MCO », dont on a déduit les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des tarifs et les forfaits annuels sur la base de la fraction financée en « DAC » en 2005, soit 75 %.

Toutefois, en 2005, certains financements ont été intégrés dans la base « DAC » à hauteur de 100 % de leur montant :

- les écoles paramédicales : en raison du transfert de compétence vers les régions, fixé au 1er juillet 2005 par la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005, les dépenses comptabilisées à partir des retraitements comptables sont intégrées en totalité dans vos dotations DAC dans l'attente de la fixation des montants définitifs qui devront être débasés en fin d'exercice 2005. De même, le montant des crédits débasés correspondant à la compensation financière de l'État aux régions en 2005 (soit la moitié du montant de la compensation évalué au plan national à 356 millions d'euros en année pleine en s'appuyant, en l'absence de données plus fiables et plus récentes, sur l'enquête réalisée par la DHOS auprès des DRASS en 2003) a été pris en compte dans vos dotations régionales DAC. Ce dernier montant comprenant les écoles rattachées à des établissements psychiatriques, il vous appartient de procéder aux ajustements nécessaires entre dotations ;
- le financement des réseaux : pour les réseaux financés par des établissements dans le cadre des priorités régionales, un transfert de financement vers la dotation nationale des réseaux (DNDR) est envisagé. Dans l'attente de celui-ci, les financements recensés lors des opérations de retraitement comptable et validés par les ARH ont été intégrés en totalité dans les DAC.

3.3. L'évolution des dotations régionales

A. - Les mesures allouées en début de campagne

La composition de ces trois nouvelles dotations régionales, comprenant les mesures allouées en début de campagne, vous est détaillée ci-dessous :

Vos dotations ont été diminuées pour tenir compte, d'une part, de l'augmentation du forfait journalier et, d'autre part, de la mesure d'économie sur les achats. Vous voudrez bien en tenir compte dès la fixation des dotations de dépenses d'assurance maladie en début de campagne.

La circulaire précise la répartition régionale des prélèvements opérés sur les montants régionaux des DAC et DAF en contrepartie de l'effort d'économies attendu, sachant toutefois qu'une partie de celui-ci a été imputée sur l'évolution des tarifs. Vous répartirez ce prélèvement en lui appliquant la même modulation que celle que vous aurez appliquée à l'objectif d'économie lui-même.

a) Les mesures en faveur des personnels

Les mesures salariales générales :

Les crédits intégrés en début d'année dans les dotations régionales correspondent pour les mesures de personnel générales à la seule mesure actuellement décidée : l'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % à compter du 1er février 2005.

Les montants correspondant à une progression moyenne de 0,32 % tiennent compte de l'éventuelle transposition de cette mesure au secteur privé. Les crédits alloués ont été calculés en fonction du poids des dépenses de personnel réelles des établissements publics par région (issues des données de la DGCP), et par activité (issues des travaux liés à la réforme de la tarification) corrigé pour tenir compte du poids relatif des établissements privés.

La réduction du temps de travail et l'intégration des gardes dans le temps de travail des médecins :

Les trois dotations régionales comprennent les crédits nécessaires au financement de la dernière tranche de la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, conformément au protocole du 22 octobre 2001 et de la poursuite de l'intégration des gardes dans le temps de travail. Les crédits correspondent au financement de 750 postes (répartis en 579 pour la RTT et 171 ETP pour permettre l'intégration d'une partie des gardes dans le temps de travail) au financement des indemnités de sujétion qui seront versées aux personnels nouvellement recrutés au titre de l'intégration des gardes dans le temps de travail et à l'effet report de la revalorisation de la plage additionnelle de nuit, dimanche et jour férié au 1er juillet 2004. Au total, les crédits alloués doivent permettre de porter à 80 % en moyenne le nombre de gardes intégrées dans le temps de travail des médecins.

Ces crédits ont été intégrés dans les dotations au prorata du poids des effectifs médicaux dans chacune d'entre elles. <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Comme en 2004, afin de vous permettre de tenir les engagements triennaux pris auprès des établissements, la totalité des crédits nouveaux correspondant à la partie financée à l'activité a été intégrée dans la « DAC ». Au total, pour les trois dotations, le montant des crédits attribués au titre de la RTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail s'élève à 103 millions d'euros.

Les mesures catégorielles relatives au personnel non médical de la fonction publique hospitalière :

Les mesures allouées en début de campagne sont pour l'essentiel des nouvelles tranches de mesures déjà connues :

- la revalorisation des filières de la fonction publique hospitalière et la mesure dite « promu-promouvables » ;
- le taux de cotisation des employeurs à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) est passé depuis le 1er janvier 2005 de 26,90 % à 27,30 % (cf. art. 2 du décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003) ;
- la prise en compte de la prime spéciale de sujétion des aides-soignants de la fonction publique hospitalière pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension. Le **décret n° 2004-240 du 18 mars 2004** prévoit notamment que le calcul des contributions employeurs portera sur 40 % du montant de la prime spéciale de sujétion en 2005. Le décret n° 2004-241 du 18 mars 2004 prévoit une contribution supplémentaire à la charge des employeurs de 3,5 % qui s'ajoute à la contribution principale dont le taux est fixé à 27,3 % en 2005.

Une mesure nouvelle en 2005 :

Le régime de retraite complémentaire : l'article 76 de la **loi n° 2003-775 du 21 août 2003** portant réforme des retraites a prévu l'instauration d'un régime public de retraite additionnelle obligatoire, par répartition provisionnée et par points, destiné à permettre aux agents titulaires relevant des trois fonctions publiques d'acquérir des droits à une retraite additionnelle qui s'ajoutera à la retraite principale. Au terme du **décret n° 2004-569 du 18 juin 2004**, le taux global de cotisation est fixé à 10 % du montant de l'assiette, les cotisations étant réparties à parts égales entre l'employeur et le bénéficiaire.

Les cotisations sont assises sur les éléments de rémunération de toute nature perçus de leurs employeurs par les bénéficiaires au cours de l'année civile mentionnés à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de ceux qui entrent dans l'assiette de calcul des pensions dans le régime des pensions civiles et militaires de retraite ou dans le régime de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales. Toutefois, ces éléments sont pris en compte dans la limite de 20 % du traitement indiciaire brut total perçu au cours de l'année considérée.

Les personnels des établissements de santé privés antérieurement financés par dotation globale :

Le soutien aux établissements de santé privés non lucratifs

Les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux privés à but non lucratif ont bénéficié durant cinq années du dispositif d'aides incitatives prévues par la **loi du 13 juin 1998** d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, en vue de financer la création des emplois découlant de la mise en oeuvre de la réduction du temps de travail. Ce dispositif, conçu dès le point de départ comme transitoire, ne sera ni reconduit ni prolongé.

Toutefois, la fin des allègements de charges dont ont bénéficié ou bénéficient encore certains établissements de santé privés non lucratifs dans le cadre du dispositif dit « Aubry 1 » est de nature à aggraver les difficultés financières qui touchent une partie de ces établissements. Ces établissements, qui emploient du personnel sous contrat de droit privé, supportent également des charges sociales patronales plus élevées que les établissements publics qui emploient du personnel de la fonction publique hospitalière, qui peuvent être de nature à augmenter leurs difficultés compte tenu de la fraction tarifaire de 25 % retenue cette année, dans le cadre de la montée en charge de la T2A dans le champ MCO.

Du fait de l'importance des établissements de santé privés à but non lucratif dans l'offre de soins et des difficultés budgétaires qu'ils rencontrent, il a été décidé de mettre en place un dispositif de soutien particulier pour ces établissements. A ce titre, les montants régionaux de vos dotations DAC, MIGAC et DAF ont été majorées d'un montant total de 30 millions d'euros qui constitue une première tranche d'aide. La répartition régionale, entre les différentes enveloppes, a été effectuée au prorata du nombre d'emplois équivalent temps plein que comptent les établissements que vous avez identifiés comme étant en difficulté en 2004 et au prorata de la masse salariale régionale que représentent les PSPH dans les différentes régions.

Ces crédits vous permettront de contribuer au rétablissement de la situation financière des établissements visés dans le cadre de contrats de retour à l'équilibre que vous élaborerez ou complèterez à cette occasion. Ils ne visent évidemment pas à compenser à l'euro-l'euro la fin des aides « Aubry 1 » ni le différentiel de charges dont la mesure et l'impact seront précisés par l'étude de coûts engagée en 2005.

En ce qui concerne la fin des aides « Aubry », j'attire votre attention sur le fait que les établissements qui ont bénéficié du régime d'aide « Aubry 2 », c'est-à-dire notamment tous les établissements de la MGEN et des UGECAM ou certains centres <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

de lutte contre le cancer, devenu depuis dispositif « Fillon » ([loi du 17 janvier 2003](#)) ou ceux qui ont opté pour le régime « Fillon », n'ont pas vocation à émarger sur ces crédits : ils resteront attributaires, sans changement, des aides dont ils bénéficient actuellement.

Vous apporterez donc une attention toute particulière à la nature du régime d'aides dont bénéficient les établissements de votre ressort territorial, en gardant à l'esprit que les aides « Fillon » viendront en partie compenser le manque à gagner dû à l'arrêt des aides « Aubry 1 ».

Vous voudrez bien établir un recensement précis des crédits que vous attribuez aux établissements dans le cadre de ce dispositif et me rendre compte de cette répartition pour le 1er juin 2005, délai de rigueur. A cette occasion, vous pourrez également nous signaler les établissements que vous n'avez pas recensés comme étant en difficulté en 2004 et qui viendraient à se trouver en difficulté cette année. Ces éléments nous permettront de disposer d'éléments d'analyse objectifs, en vue de déléguer en cours d'année une seconde tranche de crédits, dans des conditions compatibles avec la réalisation de la campagne budgétaire 2005 et de l'objectif du retour à l'équilibre de l'assurance maladie.

Dans la perspective de la campagne 2006, un nouvel état des lieux sera réalisé d'ici la fin de l'année 2005.

Les établissements gérés par les UGECAM

Le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif à la rémunération des personnels des organismes de sécurité sociale, signé entre l'union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) et les organisations syndicales, prévoit une augmentation du point de rémunération de 1 % à compter du 1er janvier 2004. Par ailleurs, le protocole d'accord du 30 novembre 2004 relatif au dispositif de rémunération et à la classification des emplois revoit les grilles de salaires de ce même personnel.

L'impact du premier protocole sur les charges de rémunérations des établissements de santé des unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie peut être financé dans le cadre des mesures salariales générales allouées en 2004 et 2005.

Afin de tenir compte de l'impact de la nouvelle classification, dont le coût est évalué à 12 MEuro pour les établissements sanitaires en 2005, vos dotations régionales de dépenses d'assurance maladie sont majorées en conséquence sur la base de la répartition fournie par l'UCANSS.

Les créations de poste de moniteurs dans les écoles paramédicales :

Le transfert de compétence à la région n'intervenant qu'au 1er juillet 2005, l'effet report des créations de postes intervenues au 1er septembre 2004, doit être financé par les budgets hospitaliers pour les écoles gérées par un établissement de santé. En l'absence d'éléments sur la répartition des écoles entre l'activité de psychiatrie et de MCO, les crédits correspondant ont été intégrés en totalité dans la dotation régionale des DAC. Il vous appartient d'effectuer les ajustements nécessaires entre vos deux dotations DAC et DAF pour allouer les crédits aux établissements concernés.

Les mesures catégorielles relatives au personnel médical :

Il s'agit en ce début d'année d'effets report (redéploiement de postes d'universitaires et création de postes de consultants) ou de nouvelle tranche de mesures antérieures (transformation des postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers et rénovation du statut des attachés).

Les autres mesures relatives au personnel médical seront allouées à l'issue des négociations en cours.

À l'exception des créations de postes de moniteurs des écoles paramédicales, les mesures décrites ci-dessus ont été réparties dans les différentes dotations en fonction des éléments connus au niveau national sur la répartition des dépenses ou des effectifs. Dans l'hypothèse où ces répartitions ne correspondraient pas exactement à la situation de votre région, il vous appartient de procéder aux ajustements nécessaires entre dotations, dans la limite du montant total alloué. Un reporting sera mis en place en cours d'année pour réajuster en conséquence les objectifs nationaux.

b) L'effet prix

L'inflation constatée en 2004 sur les dépenses de groupe 3 a été prise en compte dans le calcul de vos dotations régionales, une majoration de 0,15% vous étant accordée à ce titre.

c) Le volet investissement du plan Hôpital 2007

Comme en 2004 et pour favoriser la mise en oeuvre rapide des opérations un « acompte » représentant 50 % de l'enveloppe allouée en 2004 est intégrée dès maintenant. La répartition définitive entre la dotation MIGAC et la dotation DAF ne pouvant être effectuée qu'au vu des opérations réellement financées en 2005, ces crédits ont été intégrés dans la dotation MIGAC. Les ajustements nécessaires seront effectués en fin d'année après attribution de la totalité des crédits. L'attribution des crédits 2005 est subordonnée au bilan de la réalisation de la tranche 2004.

d) Les mesures de santé publique

Les plans de santé publique :

Les plans de santé publique impliquant majoritairement l'hôpital doivent être mis en oeuvre en 2005. Trois d'entre eux : le plan cancer, le plan urgence et le plan maladies rares ont déjà fait l'objet d'un financement en 2004, le plan périnatalité annoncé en décembre dernier bénéficie d'une première tranche de financement, le plan santé mentale en cours de finalisation devrait être annoncé prochainement.

Les mesures correspondant à la mise en oeuvre des plans cancer, urgences et périnatalité sont pour l'essentiel allouées dès le début de campagne. Je vous rappelle que, à l'exception du plan cancer, les montants alloués correspondent en moyenne à 70 % du coût annuel des mesures pour tenir compte de l'étalement des recrutements sur l'année. Vous trouverez en annexe XI le détail des mesures de ces différents plans ainsi que quelques autres mesures de santé publique (consultations cannabis, lutte contre la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées et prise en charge des personnes en état végétatif chronique). Vous devez, à l'issue de ces plans, avoir atteint les objectifs précis fixés pour votre région. Vous pouvez toutefois en planifier la réalisation en fonction des priorités locales. Pour cela, une grande latitude de répartition des crédits vous est laissée au sein de la dotation de chaque plan de santé publique ; vous pouvez également ajuster la répartition des crédits des plans urgences et périnatalité en fonction de la date d'effet des différentes mesures de chacun de ces plans. Un reporting précis vous sera demandé en cours d'année à ce sujet.

Les mesures de santé publique ont été réparties dans les différentes dotations régionales en fonction de leur nature entre les dotations DAC, MIGAC et DAF. Dans l'hypothèse où vous procéderez à une répartition entre les mesures qui nécessiterait des ajustements entre les différentes enveloppes, il conviendra d'en rendre compte à l'administration centrale.

Le progrès médical :

Les montants correspondant à la prise en charge par l'assurance maladie pour le financement des programmes 2003 et 2004 des PHRC, des innovations thérapeutiques et diagnostiques et des contrats INSERM/CHU sont intégrés dans vos dotations des MIGAC. Les programmes 2005 feront, comme les programmes précédents, l'objet d'appels à projets.

Enfin en ce qui concerne les mesures de santé publique, je souhaite appeler votre attention sur le développement de la chirurgie ambulatoire. La montée en charge de la tarification à l'activité et l'élaboration des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (SROS 3) offrent de nouveaux leviers pour le développement la chirurgie ambulatoire. De plus, les freins réglementaires qui existaient sont en passe d'être levés, l'**ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003** supprimant les taux de change entre chirurgie classique et chirurgie ambulatoire. L'analyse des expériences tant françaises qu'étrangères a montré que le développement d'une chirurgie ambulatoire substitutive permet à la fois l'amélioration des prises en charge des patients et la réalisation d'économies substantielles. Je vous invite par conséquent à inciter les établissements à s'engager, dans le cadre de la préparation des volets chirurgie des SROS 3, dans une démarche de réflexion sur l'organisation des plateaux techniques et de la chirurgie incluant un développement de la chirurgie ambulatoire substitutive.

B. - Les mesures devant faire l'objet de délégations supplémentaires en cours d'année

Comme les années précédentes, certaines mesures ne peuvent être attribuées dès le début d'année :

- les mesures de revalorisation salariale ou catégorielles pour lesquelles les textes réglementaires ne sont pas encore publiés, notamment les mesures en faveur des personnels médicaux des établissements publics en application du protocole en cours de négociation ;
- les mesures des programmes de santé publique allouées sur la base d'appels à projets (plan maladies rares, par exemple) ;
- les mesures relatives au plan « Santé mentale » en cours de finalisation ;
- le complément de la tranche 2005 du plan d'investissement Hôpital 2007 et les surcoûts d'investissement liés à la mise en conformité des aires de pose pour hélicoptères.

Par ailleurs, certaines mesures ont dû être gelées en début de campagne dans l'attente des résultats des enquêtes sur le <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

dépassement des dépenses d'assurance maladie en 2004. C'est le cas des ressources prévues pour financer les contrats d'objectifs et de moyens non couverts par des crédits de santé publique ou le financement à l'activité. Vous pouvez toutefois mobiliser des ressources par prélèvement sur la base budgétaire ou sur le taux d'évolution dans la limite de 0,50 % de votre dotation régionale.

IV. - LA DÉTERMINATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS

Les étapes de la nouvelle procédure budgétaire conduisent le directeur de l'ARH à prendre deux arrêtés successifs. Le premier, en amont de l'élaboration et de la transmission des propositions budgétaires par les établissements, fixe les dotations attribuées aux établissements en fonction de la nature de leurs activités. Le second intervient durant le délai de 30 jours dont dispose le directeur de l'ARH pour s'opposer au projet de budget et fixe les tarifs de prestations, qui en 2005 continuent à servir de base à la facturation du ticket modérateur.

4.1. La répartition des dotations

Les dotations régionales sont réparties entre les établissements selon les modalités prévues par les décrets du **30 décembre 2004** et du **14 janvier 2005** susmentionnés. Les modalités pratiques de calcul de ces dotations, décrites ci-dessous, reposent sur une méthodologie comparable à celle utilisée en 2004 avec toutefois une différence majeure dès lors qu'il s'agit de déterminer des dotations en dépenses assurance maladie et non plus en dépenses encadrées. Cette notification précise, s'il y a lieu, distinctement chacun des éléments suivants :

1° Le montant de la dotation annuelle de financement (DAF) pour les activités ou établissements ne relevant pas de la tarification à l'activité ;

2° Pour les activités ou établissements financés à l'activité :

- a) Le montant des forfaits annuels d'accueil et de traitement des urgences et/ou de prélèvements d'organes et/ou de transplantations d'organes, majorés, le cas échéant, du coefficient géographique ;
- b) Le montant de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ;
- c) Le montant de la dotation annuelle complémentaire (DAC).

Il est rappelé que seuls les établissements réalisant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie et qui relèvent du champ de la tarification à l'activité peuvent bénéficier des financements mentionnés au 2° ci-dessus.

Le versement de ces nouvelles dotations et forfaits devait normalement intervenir à compter des versements mensuels dus au titre du mois de mars 2005. Toutefois, compte tenu du retard constaté dans le lancement de la campagne, il a été décidé de prolonger d'un mois le dispositif de versement de douzièmes provisoires, sur la base de la dotation globale 2004, mis en place pour janvier et février 2005.

Les dispositions concernant les versements de janvier et février, qui prévoient que la différence entre ces versements de douzièmes de dotation globale et les sommes dues au titre des dotations et forfaits annuels ne sont récupérées par l'assurance maladie que lors du paiement du 4e trimestre d'activité 2005, ne s'appliquent pas au versement du douzième de dotation globale de mars. La différence entre ce 3e versement mensuel de dotation globale et la somme due au titre du versement sur mars des dotations et forfaits annuels fera l'objet d'une compensation sur le versement de la dotation annuelle complémentaire d'avril.

A. - Les dotations annuelles de financement

L'article 11 du décret du 14 janvier 2005 susmentionné précise les modalités particulières de calcul de la DAF pour 2005 qui dérogent au principe général fixé par l'article R. 714-3-26 du code de la santé publique sur deux points :

Le premier résulte de l'impossibilité, en 2005, de calculer la DAF à partir de la DAF 2004 qui juridiquement n'a pas d'existence. C'est la raison pour laquelle la DAF de chaque établissement est calculée, en 2005, à partir des charges d'exploitation 2004 des activités concernées, desquelles sont déduites les recettes autres que celles provenant de l'assurance maladie. Ce calcul nécessite de recourir à des sources d'informations différentes selon que l'établissement est entièrement ou partiellement hors du champ de la tarification à l'activité :

a) Pour les établissements réalisant exclusivement une activité de psychiatrie, de soins de suite et réadaptation et les hôpitaux locaux, seules les données issues de ARBUST sont nécessaires. Le calcul de la DAF s'effectue donc directement sur le montant des charges autorisées de 2004 déduction faite des recettes des groupes 3 et 4, et en tenant compte des effets de champ.

La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie résulte de l'application à la base budgétaire ainsi définie du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie, calculé pour chaque établissement et chaque activité (MCO, psychiatrie, SSR, HAD). Ce calcul, effectué sur les données constatées en 2004, est corrigé pour permettre un <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

recalage sur le taux de l'objectif national fixé pour 2004.

b) Pour les établissements ayant une activité à la fois dans et hors du champ de la tarification à l'activité, la décomposition des bases budgétaires entre chacune de ces activités nécessite l'utilisation d'une part des données issues du retraitement comptable 2003 qui permettent de connaître la structure de répartition des dépenses et des recettes par activité et, d'autre part, de l'outil Arbust qui permet d'actualiser les bases budgétaires 2004 en fonction de la répartition des mesures nouvelles entre les différentes activités. Une base distincte est déterminée pour chacune des activités hors champ T2A (psychiatrie et soins de suite ou de réadaptation). Chacune de ces bases est calculée à partir des dépenses encadrées, puis est convertie en dépenses à la charge de l'assurance maladie par application d'un taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie déterminé pour chaque établissement et pour chacune des activités considérées. Ce taux, déterminé à partir des données du retraitement comptable 2003, est corrigé de l'incidence sur 2004 des modifications apportées au régime d'exonération du ticket modérateur (K 50) introduites à l'article R. 322-8 du code de la sécurité sociale par le décret no 2003-1207 du 18 décembre 2003, de l'augmentation du forfait journalier résultant de l'application de l'arrêté du 18 décembre 2003 et du recalage sur l'objectif national 2004. Le taux moyen ainsi calculé pour chaque activité est appliqué aux données issues de l'outil Arbust, corrigées de la structure des dépenses 2003.

Le second point porte sur la prise en compte des plus ou moins-values de recettes résultant de l'application du III de l'article R. 714-3-49 du code de la santé publique, constatées à la clôture de l'exercice 2004, et imputables aux activités de MCO et à celles financées par la dotation annuelle de financement. Les corrections apportées au résultat de l'exercice 2004 feront l'objet d'un ajustement des dotations 2005 dans les mêmes conditions que par le passé. Pour les établissements ayant à la fois une activité dans et hors du champ de la tarification à l'activité, l'excédent ou le déficit de recettes, ainsi constaté à la clôture de l'exercice 2004, sera réparti entre la dotation annuelle de financement et la dotation annuelle complémentaire au prorata de la part respective des recettes provenant de l'assurance maladie pour chacune des activités concernées.

B. - Les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

Pour 2005, le montant de cette dotation est fixé à partir des données du retraitement comptable 2003. Les données déclaratives des établissements correspondant à la section d'imputation « autres activités », également converties en dépenses assurance maladie, sont reprises dans les conditions précisées par l'annexe VIII.

Conformément aux dispositions de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, ce financement est lié aux engagements pris par l'établissement relatifs à la réalisation des missions ou activités faisant l'objet d'un financement par cette dotation et inscrits dans un avenant à son contrat d'objectifs et de moyens ou un engagement contractuel spécifique.

Il vous appartient de contractualiser avec chaque établissement pour :

- identifier précisément la liste des MIG/MERRI assurées par l'établissement ;
- préciser, le cas échéant, les conditions d'exécution des missions (objectifs sur le plan local, moyens à mettre en oeuvre, etc.) ;
- détailler les financements alloués par l'ARH pour chaque mission ;
- définir les modalités d'évaluation.

Un compte rendu de cette contractualisation vous sera demandé en vue d'établir, avant le 15 octobre, le rapport du Gouvernement au Parlement prévu à l'article L. 162-22-13 modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

C. - Les dotations annuelles complémentaires

Les I à III de l'article 9 et l'article 12 du décret du 14 janvier 2005 susmentionné traitent des modalités de détermination de la DAC. De la même manière que pour la dotation annuelle de financement, le calcul pour 2005 diffère de celui qui interviendra ultérieurement en ce que, d'une part, il est réalisé à partir des charges d'exploitation de l'année 2004 relatives aux activités de MCO et, d'autre part, il intègre les modifications résultant de l'application du III de l'article R. 714-3-49 du code de la santé publique aux résultats constatés à la clôture 2004.

La DAC est calculée à partir des charges MCO constatées déduction faite des recettes des groupes 3 et 4 (bases finales 2004 issues de Arbust) desquelles sont déduites :

- les recettes correspondant aux médicaments et dispositifs médicaux implantables telles que constatées fin 2004, augmentées de la valorisation des dispositifs médicaux supplémentaires inscrits en 2005 ;
- pour les établissements qui en bénéficient, la part des ressources correspondant au financement des MERRI, pour sa composante fixe ;
- les recettes correspondant aux forfaits annuels urgences et prélèvements d'organes (2004) augmentées du nouveau forfait transplantation.

Le montant ainsi obtenu, appelé « base activité MCO », est converti en dépenses d'assurance maladie puis réparti entre DAC et recettes liées à la valorisation de l'activité (seule la DAC fera l'objet d'une notification).

La première de ces deux opérations s'effectue en pondérant la base activité MCO du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie des prestations MCO déterminé à partir des données du retraitement comptable 2003 et corrigé de l'impact des changements intervenus en 2004 au titre des règles d'exonération du ticket modérateur, de majoration du forfait journalier ainsi que du recalage sur l'objectif national 2004. La différence entre la base activité MCO et le résultat ainsi obtenu après application du taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie devrait correspondre aux recettes de groupe 2 qui devront être inscrites au budget de l'établissement au titre du ticket modérateur et du forfait journalier principalement, sous réserve des ajustements décrits au 1.4. ci-dessous.

La deuxième opération consiste à répartir cette base activité MCO convertie en dépenses assurance maladie entre la DAC et les produits attendus au titre de la tarification au moyen de la fraction du tarif retenue pour 2005, soit 75 % DAC / 25 % tarifs.

D. Le recalage des dotations 2005 sur l'objectif 2004

Le taux de conversion en dépenses assurance maladie calculé pour chacune des dotations décrites ci-dessus prend en compte la nécessité de recalculer les dotations 2005 sur l'objectif 2004. Les données finales de l'année 2004, communiquées par l'assurance maladie, sur les dotations globales allouées ont fait apparaître une augmentation rapide et préoccupante de la part des dépenses hospitalières prises en charge par l'assurance maladie conduisant à un dépassement important de l'objectif de dépenses. Cette déformation de la structure des recettes hospitalières entre recettes perçues des patients et dotation globale peut provenir de plusieurs causes :

- augmentation de la proportion de patients exonérés de participation en 2003 ;
- revalorisation insuffisante ou mauvais calcul des tarifs servant de base à la détermination de cette participation ;
- autorisation de dépenses supplémentaires en fin d'année 2004 sans augmentation des tarifs ;
- non-respect des instructions 2004 sur l'anticipation des recettes supplémentaires de groupe 2 procurées par l'augmentation du forfait journalier et la modification des règles d'exonération du ticket modérateur ;
- « recalages » non justifiés de la dotation globale au détriment de l'assurance maladie.

Une enquête est en cours pour déterminer la part de ces différents facteurs dans cette évolution et, le cas échéant, déterminer les moyens de corriger les anomalies constatées.

Dans l'hypothèse où vous procéderiez, dès le budget primitif, à des recalages en faveur du groupe 2 de recettes pour tenir compte des éléments ayant pesé à tort sur la dotation globale en 2004, vous devrez conserver les crédits au niveau régional en vue d'un recyclage ultérieur au niveau national. Dans ce cadre, il vous sera demandé de fournir le détail des recalages négatifs. En aucun cas, vous ne pouvez redistribuer ces crédits en faveur d'autres établissements de votre région.

4.2. L'approbation des budgets

Le nouveau régime d'approbation des délibérations budgétaires, en vigueur également dès l'exercice 2005, est fondé sur une nouvelle répartition des responsabilités entre les établissements et les agences régionales de l'hospitalisation. Il se traduit par une approbation tacite sauf opposition du directeur de l'ARH dans les 30 jours suivant la réception de ces délibérations. Durant ce délai le directeur de l'ARH peut :

- soit garder le silence. Dans ce cas la délibération sera exécutoire à l'expiration du délai ;
- soit s'opposer par écrit à l'exécution de la délibération ;
- soit approuver expressément la délibération. Cette approbation expresse est maintenue pour répondre aux situations d'urgence, lorsqu'il est nécessaire d'exécuter une décision financière sans attendre l'expiration du délai. Cette procédure doit cependant rester exceptionnelle.

Une fois le délai de 30 jours écoulé et en l'absence d'observation formulée par le directeur de l'ARH, le budget devenu exécutoire doit être transmis au comptable de l'établissement. C'est durant ce même délai que doivent être arrêtés les tarifs de prestations servant de base au calcul du ticket modérateur.

Lorsque durant ce délai le directeur de l'ARH a fait connaître son opposition au projet de budget, à réception du courrier précisant le motif du refus d'approbation, le directeur de l'établissement dispose d'un délai de 15 jours pour présenter au conseil d'administration un nouveau projet de budget intégrant les observations ayant motivé le refus d'approbation.

Compte tenu de la portée nouvelle de l'approbation du budget, il est apparu nécessaire de préciser les motifs pour lesquels le directeur de l'ARH pourrait s'opposer aux propositions budgétaires transmises par l'établissement. L'article R.

714-3-30 du code de la santé publique précise que, fondamentalement, l'opposition est fondée sur des motifs tenant à <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

l'absence de respect du principe de l'équilibre budgétaire réel. Au-delà de la définition même de l'équilibre budgétaire réel, telle qu'elle figure à l'article R. 714-3-8 du code de la santé publique, des motifs plus spécifiques aux nouvelles modalités de financement sont définis.

De fait, une partie des recettes inscrites au budget de l'établissement résulte d'un arrêté préalable du directeur de l'ARH. Les montants ainsi arrêtés sont déterminés en tenant compte de paramètres dont certains peuvent être propres à l'établissement et après que l'établissement a pu faire connaître ses objectifs et contraintes particulières dans le cadre du rapport préliminaire transmis en octobre de l'année précédente. Il est rappelé que ce rapport a vocation à servir de support à un échange entre les établissements et l'ARH avant que les décisions fixant les dotations et forfaits de chaque établissement ne soient arrêtées. En conséquence, une prévision de recettes qui s'écarterait des montants ainsi arrêtés par le directeur de l'ARH serait de nature à motiver une opposition au projet de budget (1° de l'art. R. 714-3-30).

La prévision budgétaire résulte également pour partie d'une prévision d'activité qui a pu faire l'objet d'une première analyse dans le cadre de l'examen du rapport préliminaire. Les prévisions de recettes établies sur la base de l'activité prévue et des tarifs nationaux doivent être réalistes en volume et conformes aux autorisations dont bénéficie l'établissement (2°).

De même si des engagements pris dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens devaient avoir une traduction budgétaire dans le courant de l'exercice, ils doivent être retranscrits de façon sincère et réaliste dans le budget prévisionnel (3°). Il en est ainsi également des mesures que l'établissement serait amené à prendre en application d'un plan de redressement ou de retour à l'équilibre (5°).

Enfin, et toujours en application du principe de sincérité, le respect de l'équilibre budgétaire ne doit pas être recherché au mépris de la sincérité des prévisions de dépenses (4°).

Les décisions prises en matière budgétaire et tarifaire par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sont publiées dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique.

Les autres adaptations apportées au régime budgétaire et comptable des établissements pour 2005 figurent en annexe X.

4.3. La fixation des tarifs « journaliers » de prestations

En application du II de l'article 33 de la LFSS 2004, les tarifs servant de base au calcul de la participation des assurés, comme des non-assurés, demeurent en 2005, pour toutes les activités, ceux prévus à l'article R. 714-3-19, calculés conformément aux dispositions de l'article R. 714-3-20 du code de la santé publique. L'article R. 714-3-28 du même code est modifié pour préciser que ces tarifs sont arrêtés par le directeur de l'ARH dans le délai de 30 jours dont il dispose, à réception des propositions budgétaires, pour s'opposer aux propositions.

Une attention particulière devra être portée sur la fixation des tarifs proposés par les établissements. En effet, la suppression à compter de la clôture de l'exercice 2005 du mécanisme d'ajustement automatique des dotations globales en fonction des excédents et déficits de recettes du groupe 2 en application de l'article R. 714-3-49 III du CSP (article 14 du décret no 2005-30 du 14 janvier 2005) a pour conséquence qu'une sur ou sous-estimation des prévisions de recettes du groupe 2 ne sera plus compensée en n + 1.

Il appartiendra donc aux services chargés d'examiner les propositions de tarifs de s'assurer du bien-fondé des éléments de calcul sur lesquels elles reposent. Un examen attentif, pour chaque catégorie tarifaire, du nombre de journées prévisionnelles retenues et du montant des charges imputées s'impose à minima.

Le nombre de journées retenues pour le calcul des tarifs en 2005 ne devrait pas s'écarter de celui des journées réalisées en 2004, sauf événement particulier dûment justifié (modification des capacités, conversion d'activité, etc.). S'il est constaté sur les derniers exercices connus une baisse tendancielle du nombre de journées facturées, il devra en être tenu compte pour établir les prévisions de journées en 2005.

La structure de répartition des charges par catégorie tarifaire devrait également demeurer stable, sauf là encore événement particulier relevant soit d'un transfert d'activité d'une discipline ou d'une catégorie tarifaire à une autre, soit d'une variation des prévisions d'activité.

Il convient également d'insister tout particulièrement sur la nécessité de prendre en compte dans la fixation des tarifs pour 2005 la charge indûment supportée par l'assurance maladie en 2004, si une ou plusieurs décisions modificatives ont été prises sans révision des tarifs. Cette absence de modification des tarifs a eu pour conséquence une majoration de la dotation globale des établissements, l'intégralité du financement des mesures nouvelles étant dans ce cas supportée par l'assurance maladie. Le calcul des tarifs pour 2005, ainsi que celui des dotations annuelles, devra prendre en compte la

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

charge indûment supportée par la dotation globale, comme le prévoit l'article R. 714-3-7, 7^e alinéa, dans sa rédaction antérieure au décret du 14 janvier 2005. Il est rappelé à cet égard, qu'en application des dispositions du II de l'article 33 de la LFSS pour 2004, les tarifs de prestations sont, pour 2005, fixés par l'ARH selon les conditions et modalités applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de ladite loi.

*
* *

La deuxième phase de la réforme de la tarification engagée avec la campagne budgétaire 2005 modifie radicalement les conditions de la campagne budgétaire et je compte sur votre engagement pour en faciliter sa mise en oeuvre auprès des établissements. Vous voudrez me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de cette campagne budgétaire

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille :
Pour le ministre et par délégation :
Le directeur du cabinet, J.-L. Buhl

TABLE DES MATIÈRES

I. - LES OBJECTIFS DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

- 1.1. La définition des objectifs
- 1.2. La détermination des bases
 - A. - La décomposition de la base
 - B. - La détermination des bases des nouveaux objectifs
 - C. - La conversion des dépenses encadrées en dépenses assurance maladie
- 1.3. L'évolution des dépenses d'assurance maladie

II. - LE FINANCEMENT À L'ACTIVITÉ

- 2.1. Les ressources faisant l'objet d'un versement trimestriel
 - A. - Les ressources concernées
 - B. - Les modalités de valorisation et de versement
 - C. - Les tarifs applicables en 2005
- 2.2. Le versement des forfaits annuels

III. - LES DOTATIONS RÉGIONALES

- 3.1. La définition des dotations régionales
- 3.2. Les bases des dotations régionales
- 3.3. L'évolution des dotations régionales
 - A. - Les mesures allouées en début de campagne
 - B. - Les mesures devant faire l'objet de délégations supplémentaires en cours d'année

IV. - LA DÉTERMINATION DES RESSOURCES DES ÉTABLISSEMENTS

- 4.1. La répartition des dotations
 - A. - Les dotations annuelles de financement
 - B. - Les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
 - C. - Les dotations annuelles complémentaires
 - D. - Le recalage des dotations 2005 sur l'objectif 2004
- 4.2. L'approbation des budgets
- 4.3. La fixation des tarifs « journaliers » de prestations

ANNEXE I

Dotations régionales - DAF au 1er mars 2005

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases pour 2005	Augmentation du forfait journalier	Mesures salariales générales	Soutien PSPH	Ugcam	Personnel médical	Dépenses hôtelières et générales	Plan cancer	Plan urgence	Autres mesures de santé publique	Mesures ponctuelles	Économie sur les achats	Total mesures	Total DAF
Alsace	371 439,73	- 1 310,94	3 123,71	439,20	1 063,50	776,39	560,42	56,16	1 565,93	123,53		- 290,87	6 107,01	377 546,74
Aquitaine	576 825,21	- 1 534,38	4 958,42	567,29	670,63	961,27	788,71	211,22	1 388,18	207,17		- 517,45	7 701,06	584 526,27
Auvergne	303 473,56	- 673,50	1 892,43	470,60	80,35	620,02	408,79	48,03	1 369,90	93,23		- 43,04	4 266,81	307 740,37
Bourgogne	283 482,65	- 1 030,93	2 356,35	153,69	217,78	701,02	544,94	38,89	1 738,44	114,69		- 332,33	4 502,53	287 985,18
Bretagne	700 796,93	- 1 886,30	5 886,26	577,78	487,76	1 115,88	930,53	0,00	1 927,69	207,01		- 422,12	8 824,50	709 621,44

Centre	386 516,05	- 1 212,18	3 142,58	51,45	817,66	951,83	621,56	43,14	1 492,75	173,83		- 225,16	5 857,44	392 373,49
Champagne - Ardenne	209 845,73	- 818,62	1 800,92	197,76	181,48	648,50	426,83	90,35	1 197,00	95,62		- 284,95	3 534,90	213 380,63
Corse	52 134,19	- 89,22	417,03	0,00	0,00	137,77	89,73	0,00	214,74	18,53		- 76,13	712,46	52 846,65
Franche-Comté	233 618,96	- 657,69	1 938,93	64,64	95,57	599,41	299,84	0,00	655,04	79,57		- 121,54	2 953,78	236 572,73
Ile-de-France	2 375 633,67	- 5 925,49	19 538,07	2 767,16	928,16	5 533,58	4 343,91	240,59	2 855,42	780,12		- 1 641,46	29 420,07	2 405 053,74
Languedoc - Roussillon	418 094,98	- 987,23	3 516,42	214,67	578,32	844,63	604,30	0,00	1 535,18	163,52		- 163,46	6 306,34	424 401,32
Limousin	178 934,80	- 564,53	1 532,75	93,90	117,44	443,12	256,84	0,00	346,78	50,64		- 172,61	2 104,32	181 039,12
Lorraine	495 270,06	- 1 544,36	4 209,66	916,77	1 023,19	942,45	885,19	153,84	1 704,24	164,57		- 562,05	7 893,50	503 163,56
Midi-Pyrénées	505 148,84	- 1 098,88	3 775,47	338,97	80,89	896,87	755,81	0,00	1 648,72	181,76		- 290,42	6 289,19	511 438,03
Nord - Pas-de-Calais	762 122,74	- 2 091,38	6 571,69	812,71	306,84	1 405,30	1 146,49	256,14	1 363,11	284,68		- 538,74	9 516,82	771 639,57
Basse-Normandie	284 958,56	- 931,07	2 484,27	136,99	101,97	700,37	491,02	0,00	1 132,48	101,30		- 183,51	4 033,82	288 992,38
Haute-Normandie	290 860,97	- 847,55	2 474,18	248,63	200,73	746,49	573,46	0,00	1 386,38	126,81		- 201,62	4 707,51	295 568,47
Pays de la Loire	638 977,22	- 1 565,52	5 447,80	351,26	279,22	1 072,41	795,42	0,00	2 705,47	229,51		- 446,38	8 869,20	647 846,42
Picardie	410 567,02	- 1 143,75	3 503,14	105,06	148,09	920,03	613,07	0,00	1 051,36	132,31		- 452,46	4 876,85	415 443,87
Poitou-Charentes	312 104,43	- 899,14	2 648,86	96,30	183,20	715,37	461,96	0,00	1 475,75	116,82		- 163,23	4 635,90	316 740,33
Provence-Alpes-Côte d'Azur	779 686,82	- 2 274,47	6 630,13	657,22	1 295,18	1 548,28	1 293,70	0,00	2 331,53	320,98	5 671,20	- 517,50	16 956,26	796 643,07
Rhône-Alpes	1 155 020,94	- 3 072,86	9 136,59	725,37	731,84	1 989,01	1 677,48	0,00	4 023,92	402,13		- 539,51	15 073,95	1 170 094,89
France métropolitaine	11 725 514,05	- 32 160,00	96 985,67	9 987,40	9 589,79	24 270,00	18 570,00	1 138,36	35 110,02	4 168,33	5 671,20	- 8 186,54	165 144,24	11 890 658,28
Guadeloupe	78 871,40	- 52,20	650,63			242,39	105,77	0,00	516,00	0,00		- 121,88	1 340,71	80 212,11
Guyane	146 046,32	- 164,37	1 204,77	255,85		413,71	355,00	118,12	299,29	1 031,60	191,48	- 360,00	3 345,45	149 391,77
Martinique	86 360,40	- 95,59	712,41			316,82	184,33	0,00	559,64	0,00		- 125,81	1 551,80	87 912,20
Réunion	83 726,12	- 92,21	690,68	255,85		341,34	199,53	0,00	545,56	0,00		- 62,72	1 878,03	85 604,15
DOM	395 004,24	- 404,37	3 258,48	511,70	0,00	1 314,25	844,64	118,12	1 920,49	1 031,60	191,48	- 670,41	8 115,98	403 120,23
France entière	12 120 518,29	- 32 564,37	100 244,15	10 499,10	9 589,79	25 584,25	19 414,64	1 256,48	37 030,51	5 199,93	5 862,68	- 8 856,95	173 260,22	12 293 778,51

ANNEXE II

MIGAC au 1er mars 2005

Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases AM pour 2005	Augmentation du forfait journalier	Mesures salariales	Soutien PSPH	Personnel médical	Dépenses hôtelières et générales	Progrès médical	Plan cancer	Plan urgence	Plan périnatalité	Autres mesures de santé publique	Plan hôpital 2007	Mesures ponctuelles (R + NR)	Total mesures MIGAC	Dotation régionale des MIGAC
Alsace	131 577,43	-435,76	929,67	131,03	789,62	181,07	968,37	817,93	841,39	412,38	162,77	1 166,27	1104,60	7 069,34	138 646,77
Aquitaine	181 977,43	-510,03	1 239,79	169,63	959,56	254,83	1 582,34	1 406,64	4 432,52	372,28	588,75	2 442,09	21,92631	12 960,32	194 937,75
Auvergne	82 945,34	-223,87	556,08	140,86	538,77	132,08	393,05	653,23	293,74	300,62	262,47	976,65	0	4 023,68	86 969,03
Bourgogne	76 739,31	-342,68	583,98	45,87	523,84	176,07	700,50	837,32	770,58	334,56	359,30	966,06	71,89105	5 027,29	81 766,60
Bretagne	158 160,66	-627,01	1 129,55	172,46	893,16	300,65	1 149,70	1 245,97	562,14	397,88	512,69	1 723,64	0	7 460,83	165 621,49
Centre	125 172,08	-402,93	905,76	15,23	755,51	200,83	482,34	1 061,27	1 164,98	330,20	288,52	1 684,98	-11,9665	6 474,71	131 646,79
Champagne - Ardenne	91 888,74	-272,11	610,77	59,30	594,39	137,91	382,93	713,99	936,01	321,70	165,55	872,17	0	4 522,62	96 411,36
Corse	11 823,20	-29,66	90,76	0,00	101,28	28,99	0,00	183,85	429,75	165,93	107,38	151,42	0	1 229,71	13 052,90
Franche-Comté	67 526,14	-218,62	413,73	19,17	482,36	96,88	576,23	568,72	312,22	321,18	192,92	889,20	0	3 654,00	71 180,14
Ile-de-France	1 079 028,41	-1 969,64	7 603,82	826,27	7 016,37	1 403,52	11 862,48	4 667,98	2 726,20	1 169,68	681,64	8 974,88	8274,03	53 237,25	1 132 265,66
Languedoc - Roussillon	142 219,89	-328,16	1 006,33	63,95	774,65	195,25	1 094,47	1 562,48	1 560,50	270,79	363,56	1 373,39	0	7 937,21	150 157,10
Limousin	54 012,22	-187,65	328,99	28,07	357,71	82,98	579,92	581,86	170,32	302,99	313,58	733,18	0	3 291,94	57 304,16
Lorraine	155 772,26	-513,35	1 089,81	274,01	892,13	286,01	1 071,00	1 019,03	510,97	305,99	165,94	2 299,41	23,537185	7 424,50	163 196,76
Midi-Pyrénées	178 761,77	-365,27	1 286,86	101,05	952,71	244,20	1 380,75	1 394,99	2 108,19	304,65	261,18	1 449,33	392,28028	9 510,92	188 272,69
Nord - Pas-de-Calais	206 186,95	-695,18	1 534,72	242,80	1 168,46	370,43	1 104,60	1 607,00	4 797,22	508,67	244,70	2 534,14	0	13 417,56	219 604,51
Basse-Normandie	94 621,15	-309,49	646,75	40,67	564,43	158,65	578,99	594,58	1 224,34	362,36	97,48	960,08	0	4 918,85	99 540,01
Haute-Normandie	120 814,39	-281,73	701,60	74,40	724,93	185,29	769,54	758,80	1 164,18	324,87	243,28	943,05	48,62081	5 656,82	126 471,22
Pays de la Loire	154 160,42	-520,38	1 032,45	104,90	887,69	257,00	1 990,12	1 204,02	674,02	456,43	615,70	1 795,44	15,694525	8 513,09	162 673,52
Picardie	100 983,75	-380,18	664,05	31,25	826,99	198,08	387,53	777,32	1 155,18	368,10	305,04	1 029,12	0	5 362,47	106 346,21
Poitou-Charentes	86 657,04	-298,88	598,17	28,83	645,43	149,26	329,54	689,83	945,83	223,31	158,77	814,18	920,5	5 204,76	91 861,80
Provence-Alpes-Côte d'Azur	318 157,49	-756,04	2 243,31	195,54	1 698,70	418,00	3 553,13	2 198,09	2 365,51	373,36	526,61	2 899,58	250,03	15 965,81	334 123,30
Rhône-Alpes	428 765,41	-1 021,42	2 745,32	215,73	1 939,55	542,00	3 404,47	2 788,21	6 464,64	542,49	848,07	3 570,62	0	22 039,68	450 805,09
France métropolitaine	4 047 951,49	-10 690,00	27 942,26	2 981,00	24 088,24	6 000,00	34 342,01	27 333,12	35 610,42	8 470,41	7 465,90	40 248,86	11 111,15	214 903,37	4 262 854,87
Guadeloupe	37 495,96	-45,68	254,00	0,00	190,63	34,65	62,94	138,09	167,52	50,94	149,02	237,95	0,00	1 240,07	38 736,04
Guyane			0,00		0,00		0,00	2,99	0,00				0,00	2,99	2,99
Martinique	34 375,77	-83,64	232,87	0,00	208,13	60,38	38,88	125,24	257,46	45,42	159,16	188,70	0,00	1 232,60	35 608,37
Réunion	45 604,06	-80,68	308,93	41,11	217,63	95,03	92,56	279,20	1 075,15	121,75	193,46	437,24	0,00	2 781,37	48 385,43
DOM	117 475,79	-210,00	795,80	41,11	616,39	190,07	194,38	545,52	1 500,13	218,11	501,64	863,89	0,00	5 257,04	122 732,83
France entière	4 165 427,28	-10 900,00	28 738,06	3 022,11	24 704,63	6 190,07	34 536,39	27 878,64	37 110,56	8 688,52	7 967,54	41 112,75	11 111,15	220 160,41	4 385 587,70

ANNEXE III
Campagne budgétaire pour 2005 - DAC au 1er mars 2005
Les montants sont en milliers d'euros

Régions	Bases AM pour 2005	Augmentation du forfait journalier	Mesures salariales	Moniteurs IFSI	Soutien PSPH et Ugecam	Personnel médical	Dépenses hôtelières et générales	Plan cancer	Plan urgence	Plan périnatalité	Mesures ponctuelles (R + NR)	Économie sur les achats	Total mesures DAC	DAC au 15/02/2005
Alsace	742 942,87	-2 358,87	5 624,60	306,65	1 755,08 3	802,66	976,88	115,45	1 035,67	3 127,33	0,00	-3 864,84	10 520,62	753 463,49
Aquitaine	925 245,11	-2 760,93	6 994,33	476,44	926,81	4 707,63	1 374,83	139,88	1 197,58	3 101,92	0,00	-4 832,10	11 326,40	936 571,50
Auvergne	447 044,15	-1 211,88	3 514,87	211,37	768,45	3 017,27	712,57	167,82	218,00	1 404,07	0,00	-2 643,02	6 159,52	453 203,67
Bourgogne	553 153,48	-1 855,02	4 165,56	277,20	251,31	3 412,24	949,90	133,75	306,32	1 877,75	0,00	-3 071,05	6 447,95	559 601,44
Bretagne	1 000 532,80	-3 394,15	7 707,70	490,00	1 090,00	5 490,74	1 622,03	512,71	545,55	4 156,89	0,00	-5 780,59	12 440,88	1 012 973,68
Centre	715 731,73	-2 181,17	5 465,58	393,97	84,48	4 645,18	1 083,46	208,89	541,71	3 212,37	0,00	-3 872,65	9 581,82	725 313,54
Champagne - Ardenne	462 961,43	-1 473,00	3 530,50	218,99	322,65	3 121,13	744,03	128,94	265,71	1 698,31	0,00	-2 485,02	6 072,23	469 033,67
Corse	81 115,81	-160,54	649,60	122,50	0,00	665,42	156,42	59,95	117,96	222,35	0,00	-390,58	1 443,07	82 558,88
Franche-Comté	405 978,62	-1 183,42	3 062,19	204,17	106,06	2 899,08	522,66	292,06	216,50	1 691,01	2 764,20	-2 173,43	8 401,07	414 379,69
Ile-de-France	4 342 775,58	-10 662,18	33 845,92	2 333,33	4 524,00	28 597,13	7 572,02	2 509,49	2 711,57	16 322,69	87 533,00	-18 724,74	156 562,22	4 499 337,79
Languedoc - Roussillon	687 586,17	-1 776,40	5 279,01	332,64	475,02	4 196,51	1 053,38	854,44	412,80	1 685,58	0,00	-3 924,88	8 588,11	696 174,28
Limousin	296 727,61	-1 015,80	2 243,86	186,67	153,43	2 138,89	447,70	106,03	123,88	739,51	0,00	-1 621,98	3 502,18	300 229,79
Lorraine	942 324,89	-2 778,88	7 146,37	485,10	1 717,39	4 669,63	1 543,01	481,95	749,83	2 874,50	1 842,80	-5 124,22	13 607,48	955 932,36
Midi-Pyrénées	789 175,37	-1 977,29	6 039,63	296,26	554,61	4 411,29	1 317,47	465,89	805,40	2 158,07	1 842,80	-3 974,83	11 939,32	801 114,69
Nord - Pas-de-Calais	1 329 453,31	-3 763,18	10 170,17	900,90	1 511,90	6 957,59	1 998,48	1 137,14	1 081,70	5 702,88	0,00	-7 199,06	18 498,52	1 347 951,83
Basse-Normandie	570 136,78	-1 675,35	4 419,37	243,24	224,60	3 411,29	855,91	206,33	639,01	2 265,73	0,00	-3 062,36	7 527,77	577 664,54
Haute-Normandie	535 646,38	-1 525,07	4 011,38	322,25	406,06	3 675,83	999,62	77,35	761,01	2 682,06	0,00	-2 944,77	8 465,72	544 112,10
Pays de la Loire	939 135,55	-2 816,95	7 123,67	466,67	574,23	5 252,72	1 386,53	603,36	1 727,82	4 276,19	2 487,78	-4 887,89	16 194,12	955 329,67
Picardie	625 404,93	-2 058,04	4 759,14	402,29	172,10	4 535,26	1 068,66	168,42	775,22 2	729,68	0,00	-3 505,24	9 047,49	634 452,41
Poitou-Charentes	538 436,20	-1 617,90	3 986,64	252,95	157,24	3 475,06	805,27	168,42	661,52	1 720,72	0,00	-2 907,70	6 702,21	545 138,41
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 642 227,20	-4 092,63	12 167,35	700,00	1 076,41	7 730,72	2 255,10	1 223,19	1 868,05	5 210,15	0,00	-8 380,60	19 757,74	1 661 984,95
Rhône-Alpes	1 872 741,90	-5 529,23	14 248,24	997,92	1 188,25	9 866,74	2 924,07	1 044,45	1 829,90	7 570,33	0,00	-10 988,77	23 151,89	1 895 893,79
France métropolitaine	20 446 477,87	-57 867,88	156 155,68	10 621,48	18 040,08	120 680,00	32 370,00	10 805,89	18 592,72	76 430,08	96 470,58	-106 360,33	375 938,31	20 822 416,18
Guadeloupe	148 024,34	-607,97	1 109,28	204,17	0,00	1 029,41	220,34	105,96	123,91	1 494,80	0,00	-384,62	3 295,27	151 319,61
Guyane	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Martinique	195 921,48	-1 113,21	1 468,21	122,50	0,00	1 353,84	383,99	17,06	133,83	1 332,67	0,00	-992,05	2 706,85	198 628,34
Réunion	236 164,79	-1 073,84	1 769,79	204,17	228,42	1 428,67	415,66	300,30	163,95	3 572,50	0,00	-1 183,33	5 826,29	241 991,08
DOM	580 110,61	-2 795,02	4 347,29	530,83	228,42	3 811,92	1 020,00	423,32	421,69	6 399,97	0,00	-2 560,00	11 828,42	591 939,03
France entière	21 026 588,48	-60 662,89	160 502,97	11 152,32	18 268,50	124 491,92	33 390,00	11 229,20	19 014,41	82 830,05	96 470,58	-108 920,33	387 766,73	21 414 355,21

ANNEXE IV

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
1	01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS	13 800,38	-	64	400,80
2	01C02Z	Craniotomies, âge inférieur à 18 ans	8 120,03	4	32	467,30
3	01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	5 781,61	4	28	383,87
4	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	13 477,92	7	68	369,97

5	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	7 395,93	4	27	497,35
6	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	13 982,57	7	63	413,14
7	01C05V	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques sans CMA	5 692,04	3	19	559,84
8	01C05W	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques avec CMA	9 292,85	6	38	453,57
9	01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA	4 290,77	-	16	501,78
10	01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA	5 456,61	3	20	492,05
11	01C07Z	Libérations du canal carpien	1 470,89	-	5	466,32
12	01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 010,12	-	9	574,57
13	01C08W	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6 072,41	-	26	429,00
150	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	7 098,52	-	45	291,19

151	01M02Z	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18 ans	1 840,74	-	8	426,57
152	01M03V	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 856,81	-	10	319,10
153	01M03W	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 184,10	-	20	284,60
154	01M04Z	Méningites virales	2 670,35	-	14	344,92
155	01M05V	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	4 300,59	-	22	353,48
156	01M05W	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6 949,54	6	41	316,68
157	01M06V	Tumeurs du système nerveux, sans CMA	3 927,46	-	26	281,07
158	01M06W	Tumeurs du système nerveux, avec CMA	5 908,19	-	39	280,78
159	01M07Z	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 80 ans	4 314,33	5	31	257,74
160	01M08V	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	3 255,17	-	21	281,94
161	01M08W	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	5 123,96	3	34	276,63
162	01M09Z	Affections et lésions du rachis et de la moelle	4 640,08	-	29	292,50

163	01M10V	Autres affections cérébrovasculaires sans CMA	3 834,43	-	22	325,36
164	01M10W	Autres affections cérébrovasculaires avec CMA	5 811,65	5	36	299,58
165	01M11V	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 404,11	-	14	314,43
166	01M11W	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 854,51	3	24	291,81
167	01M12V	Autres affections du système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 265,09	-	11	367,77
168	01M12W	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 995,16	-	27	267,64
169	01M13Z	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	3 008,30	-	16	348,89
170	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	4 156,61	-	28	274,88
171	01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	5 264,79	5	37	265,13
172	01M15Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 80 ans	3 075,53	3	21	263,01
173	01M16Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 81 ans	2 662,86	-	16	297,38

174	01M17V	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 224,68	-	12	341,17
175	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 236,27	-	26	295,58
176	01M18V	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 633,35	-	18	371,77
177	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	5 665,00	-	30	342,78
178	01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 549,03	-	14	321,91
179	01M19W	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 286,42	-	29	276,97
180	01M20V	Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 234,86	-	6	354,40
181	01M20W	Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 560,72	-	17	278,89
400	02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 217,67	-	8	719,72
401	02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 393,74	-	14	578,46
402	02C03Z	Interventions sur l'orbite	3 496,89	-	12	523,57

403	02C04Z	Autres interventions intraoculaires	3 134,91	-	11	515,66
404	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	2 214,23	-	5	774,17
405	02C06Z	Interventions primaires sur l'iris	2 632,66	-	10	454,34
406	02C07Z	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans	1 719,37	-	4	622,51
407	02C08V	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 959,89	-	6	596,42
408	02C08W	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 894,71	-	17	425,94
500	02M02Z	Hyphéma	1 821,73	-	10	321,98
501	02M03Z	Infections oculaires aiguës sévères	3 253,34	-	17	347,49
502	02M04Z	Affections oculaires d'origine neurologique	2 266,58	-	13	326,74
503	02M05Z	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	2 034,53	-	9	421,66
504	02M06V	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2 096,02	-	12	326,04
505	02M06W	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	3 618,36	3	22	302,29
600	03C02V	Interventions majeures sur la tête et le cou sans CMA	6 784,92	-	33	

601	03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA	13 275,79	7	62	395,27
602	03C03Z	Exérèses de glandes salivaires	3 163,96	-	10	591,24
603	03C04Z	Interventions sur les glandes salivaires autres que les exérèses	3 235,85	-	10	575,61
604	03C05Z	Réparations de fissures labiale et palatine	3 374,88	-	12	523,28
605	03C06Z	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans	3 664,62	-	11	575,44
606	03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2 807,65	-	7	713,76
607	03C07W	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	4 662,68	-	16	531,43
608	03C08V	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou sans CMA	2 331,20	-	6	634,35
609	03C08W	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou avec CMA	4 737,60	-	19	456,10
610	03C09Z	Rhinoplasties	2 161,01	-	6	590,14
611	03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	1 540,00	-	5	515,98
612	03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	1 664,81	-	6	438,24

613	03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	1 935,39	-	6	540,07
614	03C13Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	2 172,93	-	9	430,85
615	03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans 2 397,08 - 10 441,32 616 03C15Z Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	2 273,58	-	10	421,83
617	03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 585,30	-	10	618,78
618	03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6 478,04	-	29	409,05
619	03C17Z	Interventions sur la bouche	2 775,23	-	10	515,46
800	03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	1 825,95	-	5	621,75

801	03M02Z	Traumatismes et déformations du nez	1 690,64	-	8	373,75
802	03M03Z	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	1 520,85	-	7	368,98
803	03M04V	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 529,97	-	8	336,62
804	03M04W	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 316,97	-	20	306,06
805	03M05Z	Troubles de l'équilibre	2 095,40	-	13	288,36
806	03M06Z	Épistaxis	1 829,89	-	10	323,37
807	03M07V	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 541,19	-	12	374,70
808	03M07W	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	5 207,11	-	31	314,76
809	03M08Z	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	2 333,79	-	9	439,55
810	03M09V	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2 056,87	-	10	372,50

811	03M09W	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4 596,40	-	24	358,30
812	03M10Z	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	1 832,53	-	8	414,18
813	03M11V	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 755,63	-	7	414,25
814	03M11W	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 235,85	-	19	316,07

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
1000	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS	14 999,09	7	64	434,24
1001	04C02V	Interventions majeures sur le thorax sans CMA	6 536,19	3	24	502,15
1002	04C02W	Interventions majeures sur le thorax avec CMA	8 420,68	5	33	472,94
1003	04C03V	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire sans CMA	4 698,77	-	20	436,01

1004	04C03W	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire avec CMA	7 639,24	6	38	371,03
1100	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	1 893,94	-	10	349,23
1101	04M02W	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3 245,41	-	15	400,08
1102	04M03V	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 947,45	-	12	299,24
1103	04M03W	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 536,44	4	25	260,49
1104	04M04Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	2 109,72	-	10	362,24
1105	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	3 110,25	-	21	274,92
1106	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4 613,70	5	31	274,35
1107	04M06Z	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	4 978,01	-	22	411,63
1108	04M07V	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	4 379,13	-	29	276,13
1109	04M07W	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	6 465,92	6	43	279,51
1110	04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA	2 874,06	-	19	277,81
1111	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	4 397,53	4	30	267,13
1112	04M09V	Tumeurs de l'appareil respiratoire sans CMA	3 793,28	-	23	297,30
1113	04M09W	Tumeurs de l'appareil respiratoire avec CMA	6 190,60	-	39	296,67
1114	04M10V	Embolies pulmonaires sans CMA	3 789,50	3	23	296,93

1115	04M10W	Embolies pulmonaires avec CMA	4 875,84	5	32	282,74
1116	04M11V	Signes et symptômes respiratoires sans CMA	2 013,99	-	10	343,49
1117	04M11W	Signes et symptômes respiratoires avec CMA	3 579,71	-	22	300,93
1118	04M12V	Pneumothorax sans CMA	2 043,05	-	12	295,58
1119	04M12W	Pneumothorax avec CMA	3 923,51	3	24	298,82
1120	04M13Z	OEdème pulmonaire et détresse respiratoire	5 137,54	-	32	298,02
1121	04M14V	Maladies pulmonaires interstitielles sans CMA	2 915,66	-	17	313,89
1122	04M14W	Maladies pulmonaires interstitielles avec CMA	4 709,71	-	31	278,50
1123	04M15V	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire sans CMA	2 141,04	-	13	300,73
1124	04M15W	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire avec CMA	3 789,96	-	23	298,12
1125	04M16V	Traumatismes thoraciques majeurs sans CMA	1 675,37	-	10	304,16
1126	04M16W	Traumatismes thoraciques majeurs avec CMA	3 952,70	-	23	310,69
1127	04M17V	Épanchements pleuraux sans CMA	2 998,55	-	19	286,69
1128	04M17W	Épanchements pleuraux avec CMA	4 649,65	-	30	281,85
1400	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	16 118,12	7	56	534,41
1401	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, sans CMA	9 628,57	4	28	631,47

1402	05C03W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA	13 074,90	6	41	591,63
1403	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA	11 649,68	6	38	564,25
1404	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	15 810,59	7	50	589,48
1405	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie sans CMA	9 329,56	4	25	673,37
1406	05C05W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie avec CMA	12 534,34	5	32	718,97
1407	05C06V	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, sans CMA	10 967,94	4	27	747,63
1408	05C06W	Autres interventions cardiothoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	15 829,67	7	46	634,98
1409	05C07Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	19 428,70	6	40	897,67
1410	05C08V	Autres interventions cardiothoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, sans CMA	3 827,29	-	14	489,20

1411	05C08W	Autres interventions cardiothoraciques âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, avec CMA	8 484,51	-	38	418,44
1412	05C09Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	16 253,65	-	45	663,20
1413	05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	7 705,63	4	30	466,28
1414	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	11 422,16	7	47	455,22
1415	05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire sans CMA	5 551,67	-	22	468,85
1416	05C11W	Autres interventions de chirurgie vasculaire avec CMA	8 604,54	6	39	411,73
1417	05C12V	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, sans CMA	8 669,28	6	51	316,31
1418	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	12 489,40	7	76	306,73
1419	05C13V	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils sans CMA	4 656,63	-	29	295,27
1420	05C13W	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils avec CMA	8 006,53	-	50	295,45
1421	05C14Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec insuffisance cardiaque	6 224,26	4	33	351,35
1422	05C15Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque	4 215,01	3	20	379,36

1423	05C16Z	Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente	2 559,87	-	12	388,22
1424	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 738,31	-	5	556,15
1425	05C17W	Ligatures de veines et éveinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 827,48	-	13	398,85
1426	05C18Z	Autres interventions sur le système circulatoire	5 916,71	-	32	341,61
1650	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	3 642,62	-	10	642,71
1651	05K02W	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques avec CMA	5 677,08	-	21	501,49
1652	05K03Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde	4 268,44	-	21	373,62
1653	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	2 259,55	-	9	431,55
1654	05M02E	Infarctus aigu du myocarde avec décès	4 088,92	-	22	343,71
1655	05M03Z	Infarctus aigu du myocarde avec complications cardiovasculaires et sortie en vie de l'établissement	4 525,23	4	28	294,06
1656	05M04V	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire sans CMA	2 933,28	-	15	351,83
1657	05M04W	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire avec CMA	4 099,70	4	25	306,94

1658	05M05V	Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 580,27	-	8	339,85
1659	05M05W	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 917,26	-	20	272,21
1660	05M06V	Angine de poitrine sans CMA	1 873,06	-	11	303,42
1661	05M06W	Angine de poitrine avec CMA	3 058,13	-	20	283,20
1662	05M07V	Thrombophlébites veineuses profondes, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 587,80	-	17	276,39
1663	05M07W	Thrombophlébites veineuses profondes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 893,43	4	27	266,87
1664	05M08V	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 448,19	-	8	317,30
1665	05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 027,83	-	20	277,60
1666	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	2 907,89	-	20	271,59
1667	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	4 176,38	4	28	275,06
1668	05M10Z	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	3 930,49	-	19	375,71
1669	05M11V	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 751,72	-	9	332,76
1670	05M11W	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 775,00	-	25	278,76

1671	05M12V	Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 160,46	-	11	355,74
1672	05M12W	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 299,43	-	28	282,91
1673	05M13Z	Douleurs thoraciques	1 842,36	-	10	314,58
1674	05M14Z	Arrêt cardiaque	5 600,06	-	27	379,59
1675	05M15Z	Hypertension artérielle	2 667,93	-	17	287,00
1676	05M16V	Athérosclérose coronarienne sans CMA	2 133,96	-	13	288,82
1677	05M16W	Athérosclérose coronarienne avec CMA	3 841,81	3	26	274,64
1678	05M17V	Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA	2 043,14	-	12	310,30
1679	05M17W	Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA	3 689,50	-	24	285,04
1680	05M18Z	Endocardites aiguës et subaiguës	8 344,55	-	55	282,42
1900	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives	13 558,62	6	68	372,44
1901	06C03V	Résections rectales sans CMA	9 472,12	5	36	482,15
1902	06C03W	Résections rectales avec CMA	13 493,21	7	61	410,19
1903	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	6 975,62	5	32	405,35
1904	06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	11 157,75	7	57	366,21
1905	06C05Z	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	4 934,31	-	18	503,59
1906	06C06V	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans sans CMA	5 583,02	3	24	434,29

1907	06C06W	Interventions sur l'oesophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans avec CMA	11 370,99	7	56	375,00
1908	06C07V	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	5 093,72	3	23	398,64
1909	06C07W	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	9 852,80	6	48	382,22
1910	06C08V	Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 361,59	-	14	423,58
1911	06C08W	Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	5 386,28	4	27	368,28
1912	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 447,14	-	9	452,72
1913	06C09W	Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 923,66	-	18	400,56
1914	06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	2 542,87	-	6	756,43
1915	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	3 239,52	-	14	426,79
1916	06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4 868,16	3	25	363,72
1917	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2 368,92	-	9	477,63
1918	06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	3 609,96	-	16	404,31

1919	06C13V	Libérations d'adhérences péritonéales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 768,11	-	17	395,92
1920	06C13W	Libérations d'adhérences péritonéales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6 723,65	5	35	352,17
1921	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	2 025,51	-	9	389,17
1922	06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	3 892,50	-	20	359,03
1923	06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA	4 482,05	-	20	412,65
1924	06C15W	Autres interventions sur le tube digestif avec CMA	9 409,48	7	49	355,04

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
2100	06M01S	Affections du tube digestif avec CMAS	5 798,37	-	34	310,70
2101	06M02V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	1 463,25	-	7	374,66
2102	06M02W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3 466,50	-	15	424,25
2103	06M03V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 621,93	-	9	325,95
2104	06M03W	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 040,64	-	19	286,35

2105	06M04V	Hémorragies digestives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 974,92	-	9	394,53
2106	06M04W	Hémorragies digestives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 020,14	3	21	342,67
2107	06M05V	Tumeurs malignes du tube digestif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 504,51	-	14	326,93
2108	06M05W	Tumeurs malignes du tube digestif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 797,89	-	31	288,59
2109	06M06V	Occlusions intestinales non dues à une hernie sans CMA	2 219,86	-	14	294,10
2110	06M06W	Occlusions intestinales non dues à une hernie avec CMA	3 584,98	-	23	286,00
2111	06M07V	Maladies inflammatoires de l'intestin sans CMA	3 119,13	-	17	336,27
2112	06M07W	Maladies inflammatoires de l'intestin avec CMA	4 863,25	-	28	320,15
2113	06M08Z	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	2 142,75	-	9	426,18
2114	06M09V	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 635,32	-	8	375,98
2115	06M09W	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 612,42	-	21	308,28
2116	06M10Z	Ulcères gastroduodénaux compliqués	3 344,57	-	20	304,50
2117	06M11V	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 969,52	-	10	352,03

2118	06M11W	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 542,57	-	22	289,33
2300	07C02V	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave sans CMA	9 084,24	4	30	558,82
2301	07C02W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave avec CMA	14 476,74	7	57	471,59
2302	07C03V	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale sans CMA	7 141,76	4	26	506,59
2303	07C03W	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale avec CMA	9 949,74	7	44	421,63
2304	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	3 463,27	-	13	464,71
2305	07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	5 655,54	3	29	358,93
2306	07C05V	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies sans CMA	7 529,52	5	37	380,83
2307	07C05W	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies avec CMA	11 311,46	7	57	366,16
2308	07C06Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections malignes	7 588,62	5	35	395,79
2309	07C07Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections non malignes	7 264,14	-	38	356,62

2310	07C08Z	Autres interventions sur le système hépatobiliaire et pancréatique	9 427,63	-	56	311,19
2500	07M01S	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS	6 563,92	5	40	305,17
2501	07M02V	Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 942,58	-	10	362,91
2502	07M02W	Affections des voies biliaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 609,00	-	22	307,32
2503	07M03V	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 795,64	-	16	311,16
2504	07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 450,12	-	30	277,42
2505	07M04V	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, sans CMA	2 550,34	-	14	336,81
2506	07M04W	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, avec CMA	4 308,65	-	26	301,45
2507	07M05V	Affections non malignes du pancréas sans CMA	3 046,68	-	18	315,60
2508	07M05W	Affections non malignes du pancréas avec CMA	4 128,19	4	26	292,59
2509	07M06V	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 751,91	-	14	358,04

2510	07M06W	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 596,88	-	28	301,21
2700	08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	11 366,54	7	58	366,23
2701	08C02Z	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches	10 585,39	7	50	393,84
2702	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	6 024,97	4	31	362,34
2703	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	7 249,29	6	38	355,68
2704	08C04Z	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge inférieur à 18 ans	5 478,68	3	21	478,71
2705	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	6 325,25	5	32	362,13
2706	08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA	7 942,02	6	42	351,21
2707	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	11 202,15	6	63	332,36
2708	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	5 161,16	-	18	521,64

2709	08C07W	Interventions sur le rachis avec CMA	9 236,48	4	33	518,59
2710	08C08Z	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge inférieur à 18 ans	3 027,00	-	11	512,29
2711	08C09V	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans sans CMA	3 920,76	-	17	412,78
2712	08C09W	Interventions sur l'humérus ou sur le membre inférieur à l'exception de la hanche, du fémur et du pied, âge supérieur à 17 ans avec CMA	5 922,47	4	30	360,73
2713	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 539,11	-	14	443,80
2714	08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	5 543,15	4	28	360,79
2715	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 466,82	-	8	542,87
2716	08C11W	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 722,07	-	17	388,66
2717	08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires	4 164,06	-	19	397,97
2718	08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	2 550,98	-	10	444,93

2719	08C14Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau d'une localisation autre que la hanche et le fémur	1 946,16	-	7	474,00
2720	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	2 947,83	-	10	502,69
2721	08C15W	Interventions sur le pied avec CMA	5 732,80	3	31	341,38
2722	08C16V	Interventions sur les tissus mous sans CMA	2 831,91	-	11	467,71
2723	08C16W	Interventions sur les tissus mous avec CMA	7 148,36	-	37	361,31
2724	08C17Z	Interventions sur la main et le poignet pour kyste synovial	1 772,19	-	5	575,42
2725	08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	2 298,28	-	7	570,84
2726	08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA	4 360,80	-	18	442,07
2727	08C19Z	Arthroscopies	2 028,56	-	7	540,90
2728	08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	5 232,34	-	24	404,75
2729	08C21V	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif sans CMA	3 142,17	-	12	468,13
2730	08C21W	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CMA	6 389,36	-	30	392,61

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
3000	08M01S	Affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMA	6 830,09	-	43	291,77
3001	08M02Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge inférieur à 18 ans	1 460,39	-	5	488,13
3002	08M03V	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 532,84	-	7	405,83
3003	08M03W	Fractures, entorses, luxations et dislocations de l'avant-bras, de la main, du pied ou multiples ou mal précisées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 041,00	-	19	285,72
3004	08M04V	Fractures de la hanche et du bassin sans CMA	3 631,09	-	25	262,56
3005	08M04W	Fractures de la hanche et du bassin avec CMA	4 934,17	3	35	262,52
3006	08M05Z	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	4 832,70	-	28	314,68
3007	08M06Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge inférieur à 18 ans	1 746,61	-	7	414,63

3008	08M07V	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 803,97	-	10	331,59
3009	08M07W	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 260,40	-	22	272,29
3010	08M08Z	Entorses et luxations du bassin et de la hanche	3 708,37	-	23	299,20
3011	08M09Z	Arthropathies non spécifiques	3 046,50	-	18	314,47
3012	08M10V	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 275,24	-	13	321,54
3013	08M10W	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 839,09	3	25	277,33
3014	08M11V	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	4 016,19	-	27	278,33
3015	08M11W	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	5 521,87	5	37	276,88
3016	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 260,71	-	14	284,84
3017	08M12W	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 640,36	3	25	268,41

3018	08M13Z	Signes et symptômes concernant l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	2 364,65	-	15	291,87
3019	08M14V	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 493,31	-	13	348,61
3020	08M14W	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 140,60	3	26	293,16
3021	08M15V	Tendinites, myosites et bursites, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 987,70	-	11	326,03
3022	08M15W	Tendinites, myosites et bursites, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 637,24	3	25	272,36
3023	08M16Z	Ostéomyélites	5 316,04	-	31	320,12
3024	08M17Z	Arthrites septiques	5 250,70	-	31	308,70
3025	08M18Z	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	2 383,83	-	13	329,83
3026	08M19V	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	2 554,98	-	15	314,38
3027	08M19W	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	4 641,17	-	30	284,65
3300	09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	8 862,57	4	52	315,32
3301	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	13 205,03	4	80	308,97

3302	09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	3 734,41	-	14	468,63
3303	09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA	9 558,84	-	46	389,47
3304	09C04V	Mastectomies totales pour tumeur maligne sans CMA	3 964,85	-	17	431,91
3305	09C04W	Mastectomies totales pour tumeur maligne avec CMA	5 544,36	4	29	350,93
3306	09C05V	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne sans CMA	3 061,22	-	11	512,93
3307	09C05W	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne avec CMA	4 510,32	-	18	459,75
3308	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	2 687,28	-	9	558,31
3309	09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	1 667,91	-	6	489,39
3310	09C08Z	Interventions sur la région anale et périnéale	1 736,61	-	7	425,08
3311	09C09Z	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	3 487,15	-	12	528,35
3312	09C10V	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins sans CMA	2 669,54	-	12	405,37
3313	09C10W	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins avec CMA	7 334,40	-	44	308,09

3500	09M02Z	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	1 720,75	-	7	411,18
3501	09M03V	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 579,19	-	8	359,84
3502	09M03W	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 081,41	-	21	271,28
3503	09M04Z	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	1 984,41	-	9	378,12
3504	09M05V	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2 213,64	-	13	302,65
3505	09M05W	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	4 163,69	4	28	271,62
3506	09M06Z	Ulcères cutanés	5 767,85	3	41	259,55
3507	09M07V	Autres affections dermatologiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 037,34	-	10	353,88
3508	09M07W	Autres affections dermatologiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 995,44	3	25	297,67
3509	09M08V	Affections dermatologiques sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 691,50	-	15	335,15
3510	09M08W	Affections dermatologiques sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 795,51	3	30	298,49
3511	09M09Z	Affections non malignes des seins	1 973,43	-	10	342,88

3512	09M10V	Tumeurs malignes des seins sans CMA	3 918,44	-	23	313,62
3513	09M10W	Tumeurs malignes des seins avec CMA	6 535,81	3	36	333,82
9999	09Z02Z	Chirurgie esthétique	-	-	8	-
3700	10C01S	Interventions pour affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	11 131,43	3	49	424,15
3701	10C02Z	Interventions sur l'hypophyse	6 762,13	3	20	621,00
3702	10C03Z	Interventions sur les surrénales	5 079,01	3	19	485,10
3703	10C04Z	Interventions pour obésité	4 114,15	-	12	594,91
3704	10C05Z	Interventions sur les parathyroïdes	3 657,31	-	9	698,42
3705	10C06V	Interventions sur la thyroïde, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 817,97	-	9	576,81
3706	10C06W	Interventions sur la thyroïde, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 367,74	-	11	534,66
3707	10C07Z	Interventions sur le tractus thyroïdien	2 350,29	-	6	528,34
3708	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels	6 595,91	3	30	400,97
3900	10M01S	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	5 177,85	3	34	279,01
3901	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA	2 194,33	-	14	275,86
3902	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 314,32	3	22	270,51
3903	10M03Z	Diabète, âge inférieur à 36 ans	2 558,89	-	15	307,74

3904	10M04V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2 016,76	-	8	437,17
3905	10M04W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans avec CMA	5 450,89	-	22	461,17
3906	10M05V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 980,85	-	11	311,80
3907	10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 696,72	3	25	269,79
3908	10M06Z	Maladies métaboliques congénitales	3 176,47	-	14	400,35
3909	10M07V	Autres troubles endocriniens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 945,49	-	9	387,17
3910	10M07W	Autres troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 573,88	3	23	285,48

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
4100	11C01S	Interventions pour affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	10 067,74	-	48	390,43
4101	11C02V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, sans CMA	7 512,69	4	29	472,25

4102	11C02W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, avec CMA	9 874,33	6	39	463,64
4103	11C03V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, sans CMA	4 736,23	-	17	519,67
4104	11C03W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, avec CMA	7 412,70	5	31	440,76
4105	11C04Z	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales	4 353,45	-	17	459,84
4106	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	2 621,63	-	10	469,34
4107	11C05W	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA	4 192,76	-	20	383,10
4108	11C06Z	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans	3 223,57	-	12	488,90
4109	11C07Z	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans	3 158,66	-	16	369,19

4110	11C08V	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires sans CMA	2 658,94	-	11	447,06
4111	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA	6 916,46	-	34	378,78
4250	11M01S	Affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	5 716,42	3	35	301,02
4251	11M02V	Lithiases urinaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 357,91	-	7	345,66
4252	11M02W	Lithiases urinaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 310,87	-	13	315,65
4253	11M03V	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans sans CMA	1 859,30	-	9	368,87
4254	11M03W	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3 054,80	-	13	420,15
4255	11M04V	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 726,81	-	10	323,56
4256	11M04W	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 336,10	3	23	270,02
4257	11M05V	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 650,75	-	15	329,41

4258	11M05W	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	6 095,69	-	35	326,47
4259	11M06V	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 112,27	-	10	361,33
4260	11M06W	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 232,84	-	26	299,61
4261	11M07V	Tumeurs des reins et des voies urinaires sans CMA	3 065,50	-	18	307,27
4262	11M07W	Tumeurs des reins et des voies urinaires avec CMA	5 101,73	-	32	296,31
4263	11M08Z	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	3 088,46	-	12	454,90
4264	11M09V	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2 130,52	-	11	337,73
4265	11M09W	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	3 746,28	3	21	323,39
4266	11M10V	Rétrécissement urétral, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 797,96	-	8	413,27
4267	11M10W	Rétrécissement urétral, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 804,97	-	15	344,40

4268	11M11Z	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	2 753,73	-	12	404,64
4269	11M12V	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 453,83	-	8	317,85
4270	11M12W	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2 822,10	-	18	282,29
4500	12C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital masculin, avec CMAS	8 369,60	3	42	365,51
4501	12C02Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme	5 825,35	3	22	480,07
4502	12C03Z	Interventions sur le pénis	3 573,71	-	11	561,15
4503	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	2 983,62	-	14	378,05
4504	12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA	4 131,13	3	22	348,23
4505	12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes	2 869,25	-	10	492,50
4506	12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	2 039,76	-	6	602,35

4507	12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	2 157,56	-	8	469,74
4508	12C08Z	Circoncisions	1 721,28	-	6	466,58
4509	12C09Z	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	4 673,59	-	20	425,65
4510	12C10Z	Autres interventions pour des affections non malignes de l'appareil génital masculin	3 068,25	-	15	369,78
4750	12M02V	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 619,86	-	9	315,62
4751	12M02W	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 155,66	-	20	288,96
4752	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA	2 923,16	-	18	302,76
4753	12M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin avec CMA	4 963,26	-	33	279,63
4754	12M04V	Hypertrophie prostatique bénigne, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 402,71	-	7	342,85

4755	12M04W	Hypertrophie prostatique bénigne, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 896,65	-	18	294,78
4756	12M05Z	Autres affections de l'appareil génital masculin	1 721,80	-	8	366,41
4900	13C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital féminin, avec CMAS	8 616,61	4	43	370,71
4901	13C02V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies, sans CMA	5 146,96	3	20	471,06
4902	13C02W	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies, avec CMA	8 237,04	5	37	415,19
4903	13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3 404,17	-	13	440,05
4904	13C03W	Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 663,64	-	18	469,61
4905	13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 967,87	-	9	567,40
4906	13C04W	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 826,62	-	15	470,97
4907	13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes	5 046,41	-	21	430,78

4908	13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes	2 405,51	-	7	587,22
4909	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 734,04	-	10	507,04
4910	13C07W	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 790,21	-	16	422,25
4911	13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 513,45	-	6	415,66
4912	13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 894,13	-	21	341,09
4913	13C09Z	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	1 992,94	-	7	478,01
4914	13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	1 493,61	-	6	464,34
4915	13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	1 594,10	-	6	440,21
4916	13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	1 440,05	-	6	447,27

4917	13C13Z	Autres interventions sur l'appareil génital féminin	4 269,12	-	20	389,70
------	--------	---	----------	---	----	--------

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
5200	13M02Z	Infections de l'appareil génital féminin	1 709,10	-	10	300,91
5201	13M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin sans CMA	3 098,33	-	18	315,06
5202	13M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin avec CMA	6 352,33	-	38	305,76
5203	13M04V	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1 571,40	-	7	412,58
5204	13M04W	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2 715,33	-	17	288,79
5300	14C02A	Césariennes sans complication significative	3 064,57	-	12	335,80
5301	14C02B	Césariennes avec autres complications	4 172,68	4	25	311,22
5302	14C02C	Césariennes avec complications majeures	5 091,41	5	31	303,87
5303	14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	6 239,68	-	16	705,88
5304	14C04Z	Affections du post-partum ou du post-abortum avec intervention chirurgicale	2 312,15	-	10	433,04
5305	14C05Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	1 488,21	-	6	408,85

5450	14M02Z	Affections médicales du post-partum ou du post abortum	1 577,79	-	10	276,82
5451	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2 223,68	-	10	365,91
5452	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	2 653,06	-	12	387,12
5453	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	3 366,04	-	17	355,60
5454	14Z03A	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	1 452,42	-	9	273,02
5455	14Z03B	Affections de l'ante partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	2 125,43	-	16	245,94
5456	14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	1 492,58	-	7	371,34
5457	14Z05Z	Grossesses ectopiques	2 184,75	-	8	483,32
5458	14Z06Z	Menaces d'avortement	1 233,42	-	8	262,07
5459	14Z07Z	Faux travail	1 442,01	-	10	266,89
5800	15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces	2 004,45	-	36	101,79
5801	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement	597,51	-	3	186,52
5802	15Z04E	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés	1 331,25	-	32	76,67
5803	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	1 045,20	-	8	180,77

5804	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	1 419,87	-	11	184,50
5805	15Z05C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère	1 158,97	-	18	115,97
5806	15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	1 529,95	4	31	92,00
5807	15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	1 083,30	-	17	117,36
5808	15Z06B	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif	1 294,14	4	25	95,00
5809	15Z06C	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème sévère	1 583,33	5	33	88,59
5810	15Z06D	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème majeur	3 918,25	5	49	147,12
5811	15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif	1 214,89	6	42	53,82
5812	15Z07B	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif	3 054,66	7	55	103,24
5813	15Z07C	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère	5 110,43	7	78	122,03
5814	15Z08A	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	3 881,75	7	92	78,97
5815	15Z08E	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés	3 405,81	-	41	152,46
5816	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	379,67	-	152	4,67

5817	15Z09E	Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés	1 887,16	-	42	82,65
6100	16C01S	Interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	12 896,31	7	52	461,38
6101	16C02Z	Interventions sur la rate	5 873,31	3	24	455,98
6102	16C03V	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques sans CMA	2 550,61	-	9	484,33
6103	16C03W	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMA	6 626,38	-	30	407,41
6150	16M01S	Affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	6 580,37	5	33	363,45
6151	16M02V	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire sans CMA	2 572,79	-	13	348,57
6152	16M02W	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire avec CMA	4 311,29	-	24	335,71
6153	16M03V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans sans CMA	3 028,24	-	11	481,56
6154	16M03W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans avec CMA	6 322,10	3	18	629,63
6155	16M04V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2 260,08	-	11	378,12

6156	16M04W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	4 077,33	-	23	323,94
6157	16M05V	Troubles de la coagulation, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 399,70	-	10	417,36
6158	16M05W	Troubles de la coagulation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 083,27	-	23	325,04
6300	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	17 000,41	7	70	452,27
6301	17C02V	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	4 819,02	3	18	476,39
6302	17C02W	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	9 438,78	5	38	457,57
6303	17C03V	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	3 393,63	-	14	439,26
6304	17C03W	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	9 909,67	-	39	475,08
6305	17C04V	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, sans CMA	7 281,31	4	25	536,84
6306	17C04W	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMA	9 774,54	6	40	448,63

6307	17C05V	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	3 370,53	-	13	451,47
6308	17C05W	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	7 028,33	-	34	380,43
6450	17K02Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales, avec exploration endoscopique	1 829,64	-	8	421,27
6451	17K03Z	Curiethérapie et autres irradiations internes	2 017,11	-	10	371,31
6452	17K04Z	Autres irradiations	3 084,90	-	15	362,46
6453	17M01S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	11 085,11	-	46	447,59
6454	17M02Z	Lymphomes ou leucémies, âge inférieur à 18 ans	12 334,81	-	37	615,28
6455	17M03V	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	4 029,51	-	19	385,44
6456	17M03W	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	7 780,32	3	37	386,97
6457	17M04Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales, sans exploration endoscopique	2 401,72	-	11	96,40
6458	17M05Z	Chimiothérapie pour leucémie aiguë	5 992,87	-	19	577,14
6459	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	1 839,69	-	8	428,14

6460	17M06W	Chimiothérapie pour autre tumeur, avec CMA	3 012,79	-	14	382,24
6461	17M07V	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 497,33	-	11	391,30
6462	17M07W	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 347,72	-	26	304,26
6700	18C02V	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires sans CMA	4 746,42	-	24	358,27
6701	18C02W	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires avec CMA	9 737,03	6	51	357,34
6750	18M02V	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans sans CMA	1 551,61	-	7	375,14
6751	18M02W	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3 288,31	-	13	461,44
6752	18M03Z	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	2 694,86	-	15	329,80
6753	18M04V	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2 378,89	-	14	317,07
6754	18M04W	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4 037,04	-	21	349,55
6755	18M05V	Infections postopératoires et posttraumatiques sans CMA	2 773,31	-	17	304,31

6756	18M05W	Infections postopératoires et posttraumatiques avec CMA	4 671,49	4	28	308,07
6757	18M06Z	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	4 729,04	-	18	484,25
6758	18M07V	Septicémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	3 742,55	-	25	277,07
6759	18M07W	Septicémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	5 515,31	5	35	293,04
6760	18M08V	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 263,14	-	11	357,93
6761	18M08W	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 093,27	-	24	310,54
6762	18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	8 045,47	3	47	319,46
7000	19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	6 865,19	-	37	347,68
7050	19M02V	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 105,61	-	13	288,29
7051	19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 506,75	-	25	254,08
7052	19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	5 467,72	-	34	296,20
7053	19M04Z	Psychoses, âge supérieur à 80 ans	4 540,02	5	34	248,64
7054	19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	3 212,31	-	22	264,60

7055	19M06V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA	3 995,82	-	29	251,90
7056	19M06W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA	5 309,21	6	39	254,24
7057	19M07V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	3 721,80	-	26	266,58
7058	19M07W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	5 487,07	3	37	270,99
7059	19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance	3 232,80	-	15	395,27
7060	19M09Z	Autres troubles mentaux	2 638,89	-	17	286,87
7061	19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives	2 658,25	-	18	275,46
7062	19M11V	Névroses dépressives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 365,82	-	17	257,01
7063	19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 721,83	4	28	247,76
7250	20Z02Z	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	2 710,16	3	20	245,96
7251	20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	2 267,38	-	14	298,90
7252	20Z04Z	Éthylisme avec dépendance	2 887,82	3	22	238,36
7253	20Z05Z	Éthylisme aigu	1 818,93	-	12	279,70

7254	20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 810,65	-	20	257,76
7255	20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	4 102,84	4	29	259,94
7400	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	18 066,61	7	87	388,46
7401	21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	5 471,93	-	23	427,98
7402	21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	10 321,49	-	57	335,06
7403	21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	3 618,83	-	11	589,84
7404	21C05V	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte sans CMA	5 172,46	-	23	410,35
7405	21C05W	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte avec CMA	9 661,07	-	44	405,02
7550	21M01S	Traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	5 894,62	-	30	356,69
7551	21M02Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge inférieur à 18 ans	2 011,15	-	10	346,79
7552	21M03V	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 403,69	-	7	336,48

7553	21M03W	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 001,09	-	19	285,77
7554	21M04Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	2 199,68	-	7	588,05
7555	21M05Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	1 584,73	-	9	323,28
7556	21M06Z	Traumatismes complexes, âge inférieur à 18 ans	1 864,62	-	9	382,15
7557	21M07V	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1 794,06	-	10	328,64
7558	21M07W	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3 159,20	-	21	280,75
7559	21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2 150,10	-	11	353,08
7560	21M08W	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3 645,53	-	21	315,11
7561	21M09V	Complications iatrogéniques non classées ailleurs sans CMA	2 729,84	-	15	337,96
7562	21M09W	Complications iatrogéniques non classées ailleurs avec CMA	4 659,08	-	26	326,22
7800	22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	16 426,93	-	55	550,96

7801	22C03Z	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales	8 600,55	-	34	473,00
7850	22M02Z	Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale	4 013,09	-	20	370,66
7851	22Z02Z	Brûlures étendues	47 840,58	-	87	1 028,10
7900	23C02Z	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	4 796,65	-	22	402,51
7950	23M02Z	Rééducation	3 796,68	4	27	254,64
7951	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	2 415,88	-	15	297,79
7952	23M03W	Signes et symptômes avec CMA	4 314,01	-	28	285,28
7953	23M04Z	Suivi thérapeutique avec antécédent d'affections malignes	2 367,91	-	14	308,56
7954	23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes	2 156,87	-	12	323,52
7955	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	2 331,35	-	13	333,87
7956	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	6 464,80	-	35	306,97
7957	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte, dans une unité de soins palliatifs	9 050,71	-	35	429,76
7958	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte, dans un lit dédié de soins palliatifs	8 404,23	-	35	399,05

GHS	GHM	LIBELLE	TARIF 2005	BORNE basse	BORNE haute	MONTANT des EXH
-----	-----	---------	------------	-------------	-------------	-----------------

8000	24C01Z	Libérations du canal carpien : séjours de moins de 2 jours	710,55	-	999	-
8001	24C02Z	@Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 01	1 478,56	-	999	-
8002	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours	1 545,64	-	999	-
8003	24C04Z	@Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 02	1 147,94	-	999	-
8004	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours	822,25	-	999	-
8005	24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours	709,04	-	999	-
8006	24C07Z	@Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03	1 302,51	-	999	-
8007	24C08Z	@Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 04	1 017,13	-	999	-
8008	24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours	1 261,99	-	999	-
8009	24C10Z	@Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 05	1 081,09	-	999	-

8010	24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours	1 350,59	-	999	-
8011	24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours	916,39	-	999	-
8012	24C13Z	@Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 06	1 620,54	-	999	-
8013	24C14Z	@Affections de la CMD 07 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 07	1 913,65	-	999	-
8014	24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours	944,41	-	999	-
8015	24C16Z	Interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours	1 227,41	-	999	-
8016	24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours	1 296,63	-	999	-
8017	24C18Z	@Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08	1 204,56	-	999	-
8018	24C19Z	@Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 09	940,43	-	999	-

8019	24C20Z	@Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 10	1 587,04	-	999	-
8020	24C21Z	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie : séjours de moins de 2 jours	1 288,16	-	999	-
8021	24C22Z	@Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 11	1 160,92	-	999	-
8022	24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours	1 297,99	-	999	-
8023	24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours	901,98	-	999	-
8024	24C25Z	@Affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 12	1 211,40	-	999	-
8025	24C26Z	Interventions sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours	1 297,30	-	999	-
8026	24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours	704,94	-	999	-
8027	24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours	854,45	-	999	-
8028	24C29Z	@Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 13	1 328,55	-	999	-

8029	24C30Z	Dilatations et curetages au cours de la grossesse, en dehors des interruptions volontaires : séjours de moins de 2 jours	669,16	-	999	-
8030	24C31Z	@Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14	1 025,82	-	999	-
8031	24C32Z	@Affections de la CMD 16 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 16	973,52	-	999	-
8032	24C33Z	@Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire	991,15	-	999	-
8033	24C34Z	@Affections de la CMD 18 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire	932,79	-	999	-
8034	24C35Z	@Affections de la CMD19 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire	865,57	-	999	-
8035	24C36Z	@Affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 21	1 269,37	-	999	-
8036	24C37Z	@Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 22	1 264,55	-	999	-
8037	24C38Z	@Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire	1 124,72	-	999	-

8250	24K01Z	@Greffes d'organes : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CM 27	1 248,38	-	999	-
8251	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours	842,37	-	999	-
8252	24K03Z	Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours	685,72	-	999	-
8253	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours	670,98	-	999	-
8254	24K05Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours	574,44	-	999	-
8255	24K06Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires : séjours de moins de 2 jours	1 089,55	-	999	-
8256	24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours	1 314,31	-	999	-
8257	24K08Z	Affections de la CMD08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD08, avec anesthésie	898,18	-	999	-
8258	24K09Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie	907,59	-	999	-

8259	24K10Z	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire : séjours de moins de 2 jours	1 515,72	-	999	-
8260	24K11Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie	794,12	-	999	-
8261	24K12Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie	616,00	-	999	-
8262	24K13Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie	703,82	-	999	-
8263	24M01Z	Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours	621,27	-	999	-
8264	24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours	561,82	-	999	-
8265	24M03Z	@Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01	537,67	-	999	-
8266	24M04Z	@Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02	555,01	-	999	-
8267	24M05Z	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures : séjours de moins de 2 jours	555,36	-	999	-

8268	24M06Z	@Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03	683,97	-	999	-
8269	24M07Z	Bronchites et asthme : séjours de moins de 2 jours	546,96	-	999	-
8270	24M08Z	@Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 04	549,93	-	999	-
8271	24M09Z	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque : séjours de moins de 2 jours	580,48	-	999	-
8272	24M10Z	@Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05	596,49	-	999	-
8273	24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours	535,43	-	999	-
8274	24M12Z	@Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 06	558,13	-	999	-
8275	24M13Z	@Affections de la CMD07 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD07	560,49	-	999	-
8276	24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical : séjours de moins de 2 jours	524,26	-	999	-

8277	24M15Z	Fractures, entorses et luxations : séjours de moins de 2 jours, sans anesthésie	631,30	-	999	-
8278	24M16Z	@Affections de la CMD08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD08	586,09	-	999	-
8279	24M17Z	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours	604,68	-	999	-
8280	24M18Z	@Affections de la CMD09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD09	564,73	-	999	-
8281	24M19Z	@Affections de la CMD10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD10	611,80	-	999	-
8282	24M20Z	Lithiases urinaires : séjours de moins de 2 jours	571,92	-	999	-
8283	24M21Z	@Affections de la CMD11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD11	590,05	-	999	-
8284	24M22Z	@Affections de la CMD12 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD12	579,03	-	999	-
8285	24M23Z	@Affections de la CMD13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD13	443,66	-	999	-

8286	24M24Z	Affections de l'ante partum : séjours de moins de 2 jours	376,10	-	999	-
8287	24M25Z	@Affections de la CMD14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD14	428,17	-	999	-
8288	24M26Z	@Affections de la CMD16 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD16	693,07	-	999	-
8289	24M27Z	@Affections de la CMD17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	598,14	-	999	-
8290	24M28Z	@Affections de la CMD18 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	569,68	-	999	-
8291	24M29Z	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours	541,62	-	999	-
8292	24M30Z	@Affections de la CMD19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	460,38	-	999	-
8293	24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours	581,00	-	999	-
8294	24M32Z	@Affections de la CMD21 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD21	610,73	-	999	-
8295	24M33Z	@Affections de la CMD22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD22	677,94	-	999	-

8296	24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH : séjours de moins de 2 jours	458,13	-	999	-
8297	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours	439,31	-	999	-
8298	24M36Z	@Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire	464,03	-	999	-
8299	24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances	390,00	-	999	-
8300	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	424,17	-	999	-
8301	24Z03Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle	850,24	-	999	-
8302	24Z04Z	Autres préparations à une irradiation externe	331,21	-	999	-
8303	24Z05Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances	547,97	-	999	-
8304	24Z06Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances	184,14	-	999	-
8305	24Z07Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances	156,63	-	999	-
8306	24Z08Z	Transfusion, en séances	682,60	-	999	-
8307	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours	1 321,99	-	999	-

8308	24Z10E	Nouveau-nés décédés : séjours de moins de 2 jours	466,38	-	999	-
8309	24Z11E	Autres décès : séjours de moins de 2 jours	1 218,23	-	999	-
8310	24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours	411,60	-	999	-
8311	24Z13Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours	944,19	-	999	-
8312	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours	746,32	-	999	-
9999	24Z15Z	Interruption volontaire de grossesse : séjours de moins de 2 jours	-	-	999	-
8314	24Z16Z	@Affections de la CMD15 : séjours de moins de 2 jours	399,92	-	999	-
8315	24Z17Z	Éthylisme aigu : séjours de moins de 2 jours	546,25	-	999	-
8316	24Z18Z	@Affections de la CMD20 : séjours de moins de 2 jours	498,43	-	999	-
8317	24Z03Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle pour traitement par protonthérapie	1048	-	999	-
8318	24Z05Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances, pour traitement par protonthérapie	1048	-	999	-

8700	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH	11 071,46	-	56	370,23
8750	25M02A	Autres maladies dues au VIH	4 423,97	-	25	319,06
8751	25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse	5 492,95	-	31	327,43
8752	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses	7 829,55	6	46	316,37
8753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	14 050,04	7	69	381,59
8754	25Z03Z	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans	12 562,91	-	40	584,20
8800	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	22 679,15	7	94	447,65
8801	26C02Z	Interventions pour traumatismes multiples graves, sans CMAS	11 919,62	7	54	413,40
8850	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS	13 240,31	-	63	389,25
8851	26M02Z	Traumatismes multiples graves, sans CMAS	6 136,27	5	35	327,24
8900	27C02Z	Transplantations hépatiques	43 556,92	7	96	844,67
8901	27C03Z	Transplantations pancréatiques	20 158,89	7	52	723,21
8902	27C04Z	Transplantations pulmonaires	46 165,37	7	107	808,31
8903	27C05Z	Transplantations cardiaques	47 540,38	7	126	704,35
8904	27C06Z	Transplantations rénales	15 973,24	7	46	648,43
9050	27Z02Z	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	57 923,40	7	108	1 002,25

9051	27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques séjours < 12 jours	3 100,53	-	12	549,42
9052	27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques séjours < 11 jours	21 985,39	-	53	760,24
9900	90H02Z	@Reclassement des séjours en hospitalisation complète mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	5 786,36	5	34	318,61
9901	90H03Z	@Reclassement des séjours de moins de 2 jours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	636,77	-	-	920,70

**Hospitalisation à domicile
GHT**

CODE	PRESTATIONS TARIFS 2005 (EN Euro)
GHT1	53,74
GHT2	69,78
GHT3	85,82
GHT4	101,86
GHT5	117,90
GHT6	133,94
GHT7	149,98
GHT8	166,02
GHT9	182,06
GHT10	198,10
GHT11	214,14
GHT12	230,18
GHT13	246,22

GHT14	262,27
GHT15	278,31
GHT16	294,35
GHT17	310,39
GHT18	326,43
GHT19	342,47
GHT20	358,51
GHT21	374,55
GHT22	390,59
GHT23	406,63
GHT24	422,67
GHT25	438,71
GHT26	454,75
GHT27	470,79
GHT28	486,83
GHT29	502,88
GHT30	518,92
GHT31	534,96

Suppléments journaliers

CODE suppléments	LIBELLÉ	TARIFS 2005 en Euro
SRA	Supplément de réanimation	833,24
STF	Supplément de soins intensifs	417,12
SRC	Supplément de surveillance continue	277,75
NN1	Supplément néonatalogie	300,81
NN2	Supplément néonatalogie avec soins intensifs	421,13
NN3	Supplément réanimation néonatale	601,62

Forfaits dialyse

CODE prestations	LIBELLÉ	TARIFS 2005 en Euro
------------------	---------	---------------------

D09	Forfait d'hémodialyse en centre	390,00
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	437,17
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	280,50
D12	Forfait d'autodialyse simple	240,59
D13	Forfait d'autodialyse assistée	247,03
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile	209,87
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	705,34
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	547,79
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	424,34
D18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	433,84
D19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	406,53

Forfait Accueil et traitement des urgences

CODE PRESTATION	Tarifs en Euro
ATU	25,00

Forfait de petit matériel

CODE PRESTATION	Tarifs en Euro
FFM	19,05

Forfaits annuels accueil et traitement des urgences SAU - UPATOU - POSU

Passages	Tarifs 2005 en Euro
< 5000	463 635
[5000,7500]	625 907
[7500,10000]	788 179
[10000,12500]	950 451

[12500,15000]	1 112 724
[15000,17500]	1 274 996
[17500,20000]	1 443 854
[20000,22500]	1 612 712
[22500,25000]	1 781 570
[25000,27500]	1 950 428
[27500,30000]	2 119 286
[30000,32500]	2 288 144
[32500,35000]	2 457 003
[35000,37500]	2 625 861
[37500,40000]	2 794 719
[40000,42500]	2 963 577
[42500,45000]	3 132 435
[45000,47500]	3 301 293
[47500,50000]	3 470 151
[50000,52500]	3 639 009
[52500,55000]	3 807 867
[55000,57500]	3 976 725
[57500,60000]	4 145 584
[60000,62500]	4 314 442
[62500,65000]	4 483 300
[65000,67500]	4 652 158
[67500,70000]	4 821 016
[70000,72500]	4 989 874
[72500,75000]	5 158 732
[75000,77500]	5 327 590
[77500,80000]	5 496 448

Si cela est nécessaire, il conviendrait de continuer à ajouter le montant de 168 858 Euro pour chaque tranche de 2 500 passages.

Tarif des prestations de prélèvements d'organes

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

CATÉGORIE	DESCRIPTION DU PRÉLÈVEMENT	TARIF 2005 en euro
PO I	Le ou les reins et/ou foie	7 243
PO II	Tous les autres cas	8 710
PO III	Le ou les reins et le foie et le coeur et le ou les poumons et le pancréas et/ou l'intestin ou prélèvement d'au moins 7 organes	11 002

Forfait annuel « coordination des prélèvements d'organes »

CPO		FORFAIT EN Euro
A+	20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau + mission d'études cliniques	443 731
A	20 donneurs recensés + prélèvements de tissus (>30 cornées ou tissus) + animation du réseau	316 754
B	entre 10 et 20 donneurs recensés + prélèvements de tissus	212 698
C	moins de 10 donneurs recensés (et/ou transfert de donneurs potentiels) + prélèvements de tissus	128 352
D	autorisation de tissus uniquement	28 421

Forfait annuel « transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse » (FAG)

FAG	FORFAIT EN Euro
toutes greffes confondues, moins de 50 greffes par an	192 528
greffes de rein et/ou foie, entre 50 et 100 greffes par an	265 872
greffes de rein et/ou foie, entre 100 et 150 greffes par an	334 632
greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 50 et 100 greffes par an	293 376
greffes de rein et/ou foie, et organe(s) thoracique(s), entre 100 et 150 greffes par an	458 400
toutes greffes confondues, plus de 150 greffes par an	568 416

ANNEXE V

LISTE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES PRISES EN CHARGE PAR L'ASSURANCE MALADIE EN SUS DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

Les spécialités dont la facturation en sus des prestations d'hospitalisation est limitée sont signalées par une astérisque qui renvoie à une définition précise du champ de la prise en charge en fin de liste.

DÉNOMINATION commune internationale	NOM COMMERCIAL de la spécialité	UCD	LIBELLÉ DE UCD	LABORATOIRE EXPLOITANT ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
AMPHOTERICINE	ABELCET	9196246	ABELCET 5 MG/ML PERF FL 20ML	ELAN PHARMA
OCTOLOG ALPHA	ADVATE	9258102	ADVATE 250 UI PDRE ET SOLV POUR SOL INJ 1	BAXTER
		9258119	ADVATE 500 UI PDRE ET SOLV POUR SOL INJ 1	
		9258088	ADVATE 1 000 UI PDRE ET SOLV POUR SOL INJ 1	
		9258094	ADVATE 1 500 UI PDRE ET SOLV POUR SOL INJ 1	
ANTITHROMBINE III	ACLOTINE	9211371	ACLOTINE 100 UI INJ FV+FV 10 ML	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
		9211388	ACLOTINE 100 UI INJ FV+FV 5 ML	
LARONIDASE	ALDURAZYME	9249907	ALDURAZYME 100 U/ML INJ FL	GENZYME
PEMETREXED	ALIMTA	9261771	ALIMTA 500 MG PERF FL 1	LILLY FRANCE
AMPHOTERICINE B	AMBISOME	9218261	AMBISOME 50 MG PERF FL 15 ML	GILEAD SCIENCES
PHENYLBUTYRATE SODIQUE	AMMONAPS	9232309	AMMONAPS 500 MG CPR	ORPHAN EUROPE
		9232315	AMMONAPS 940 MG/G BUV FL 266G	

DARBEPOETINE ALFA	ARANESP	9233237	ARANESP 10 MCG INJ SRG0, 4 ML	AMGEN
		9233243	ARANESP 100 MCG INJ SRG0, 5 ML	
		9233266	ARANESP 15 MCG INJ FL 1 ML	
		9233272	ARANESP 15 MCG INJ SRG0, 375 ML	
		9233289	ARANESP 150 MCG INJ SRG0, 3 ML	
		9233295	ARANESP 20 MCG INJ SRG0, 5 ML	
		9233303	ARANESP 25 MCG INJ FL 1 ML	
		9233326	ARANESP 30 MCG INJ SRG0,3 ML	
		9233332	ARANESP 300 MCG INJ SRG0, 6 ML	
		9233349	ARANESP 40 MCG INJ FL 1 ML	
		9233355	ARANESP 40 MCG INJ SRG0, 4 ML	
		9233361	ARANESP 50 MCG INJ SRG0, 5 ML	
		9233378	ARANESP 60 MCG INJ FL 1 ML	
		9233384	ARANESP 60 MCG INJ SRG0, 3 ML	
		9233390	ARANESP 80 MCG INJ SRG0, 4 ML	
9250922	ARANESP 500 MCG INJ SRG, 1 ML			
ACIDE PAMIDRONIQUE	AREDIA	9147288	AREDIA 15 MG INJ FL+AMP	NOVARTIS PHARMA SAS
		9186012	AREDIA 60 MG INJ FL+AMP	
		9186029	AREDIA 90 MG INJ FL+AMP	

NONACOG ALFA	BENEFIX	9200982	BENEFIX 1 000 UI INJ FL+FL	BAXTER
		9200999	BENEFIX 250 UI INJ FL+FL	
		9201007	BENEFIX 500 UI INJ FL+FL	
TASONERMINE	BEROMUN	9233680	BEROMUN 1 MG INJ FL+AMP	BOEHRINGER INGELHEIM INTERNATIONAL
FACTEUR IX DE COAGULATION	BETAFACT	9232120	BETAFACT 50 UI/ML INJ FV+FV 10 ML	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
		9232137	BETAFACT 50 UI/ML INJ FV+FV 20 ML	
		9232143	BETAFACT 50 UI/ML INJ FV+FV 5 ML	
CARMUSTINE	BICNU	9010750	BICNU INJ FL+AMP	BRISTOL-MYERS-SQUIBB
BUSULFAN	BUSILVEX	9253381	BUSILVEX 6 MG/ML INJ AMP 10 ML	PIERRE FABRE MÉDICAMENT
DOXORUBICINE	CAELYX	9194460	CAELYX 2 MG/ML PERF FL 10 ML	SCHERING-PLOUGH
		9229483	CAELYX 2 MG/ML PERF FL 25 ML	
IRINOTECAN	CAMPTO	9173311	CAMPTO 100 MG/5 ML PERF FL	AVENTIS
		9173328	CAMPTO 40 MG/2 ML PERF FL	
CASPOFUNGINE	CANCIDAS	9249089	CANCIDAS 50 MG INJ FL	MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET
		9249103	CANCIDAS 70 MG INJ FL	
CARGLUTAMIQUE ACIDE	CARBAGLU	9234053	CARBAGLU 200 MG CPR DISP	ORPHAN EUROPE
DEXRAZOXANE	CARDIOXANE	9179029	CARDIOXANE 500 MG INJ FL	CHIRON FRANCE
PROTEINE C	CEPROTIN	9231818	CEPROTIN 1 000 UI/10 ML INJ F+F	BAXTER
		9231824	CEPROTIN 500 UI/5 ML INJ FL+FL	
IMIGLUCERASE	CEREZYME	9219740	CEREZYME 400 U INJ FL	GENZYME
DAUNORUBICINE	DAUNOXOME	9184467	DAUNOXOME 50 MG/25 ML PERF FL	GILEAD SCIENCES

OXALIPLATINE	ELOXATINE	9183077	ELOXATINE 100 MG PERF FL	SANOFI-SYNTHELABO FRANCE
		9183083	ELOXATINE 50 MG PERF FL	
		9266550	ELOXATINE 5 MG/ML PERF FL 10 ML	
		9266567	ELOXATINE 5 MG/ML PERF FL 20 ML	
ETANERCEPT	ENBREL	9242615	ENBREL 25 MG INJ FL+SRG+NEC	WYETH-LEDERLE
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, pour administration intravasculaire	ENDOBULINE	9234254	ENDOBULINE 50 MG/ML FL+FL 50 ML	BAXTER
		9234225	ENDOBULINE 50 MG/ML FL+FL 100 ML	
		9234248	ENDOBULINE 50 MG/ML FL + FL. 200 ML	

ERYTHROPOIETINE	EPREX	9160314	EPREX 1 000 U INJ FL 0,5 ML	JANSSEN-CILA G
		9165168	EPREX 1 000 U INJ SRG 0,5 ML	
		9147934	EPREX 10 000 U INJ FL 1 ML	
		9226303	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 0,5 ML	
		9226326	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 0,6 ML	
		9226332	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 0,7 ML	
		9226349	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 0,8 ML	
		9226355	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 0,9 ML	
		9167440	EPREX 10 000 U/ML INJ SRG 1 ML	
		9147940	EPREX 2 000 U INJ FL 1 ML	
		9165174	EPREX 2 000 U INJ SRG 0,5 ML	
		9165180	EPREX 3 000 U INJ SRG 0,3 ML	
		9147957	EPREX 4 000 U INJ FL 1 ML	
		9165197	EPREX 4 000 U INJ SRG 0,4 ML	
		9207719	EPREX 40 000 U INJ FL 1 ML	
CETUXIMAB	ERBITUX	9260599	ERBITUX 2 mg/ml INJ FL 50 ml	MERCK LIPHA SANTÉ
AMIFOSTINE	ETHYOL	9219390	ETHYOL 50 MG/ML INJ FL	SCHERING-PLOUGH
		9172607	ETHYOL 500 MG INJ FL	
AGALSIDASE BETA	FABRAZYME	9235058	FABRAZYME 35 MG PERF FL 20 ML	GENZYME

FACTEUR VIII DE COAGULATION	FACTANE	9225918	FACTANE 100 UI/ML FV + FV 10 ML	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
		9225924	FACTANE 100 UI/ML FV 2, 5 ML	
		9225930	FACTANE 100 UI/ML FV + FV 5 ML	
FACTEUR VII DE COAGULATION	FACTEUR VII LFB	9170169	FACTEUR VII LFB 500 UI FV + FV	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
EPIRUBICINE	FARMORUBICINE	9145332	FARMORUBICINE 10 MG LYOT DR FL	PHARMACIA SAS
		9202834	FARMORUBICINE 10 MG SOL FP 5 ML	
		9145349	FARMORUBICINE 10 MG SOL FV 5 ML	
		9153857	FARMORUBICINE 150 MG LYOT FL	
		9202840	FARMORUBICINE 20 MG SOL FP 10 ML	
		9145355	FARMORUBICINE 20 MG SOL FV 10 ML	
		9202857	FARMORUBICINE 200 MG FP 100 ML	
		9182480	FARMORUBICINE 200 MG FV 100 ML	
		9145361	FARMORUBICINE 50 MG LYOT DR FL	
		9202863	FARMORUBICINE 50 MG SOL FP 25 ML	
RASBURICASE	FASTURTEC	9239116	FASTURTEC 1,5 MG/ML FL+A 1 ML	SANOFI-SYNTHELABO FRANCE
		9239381	FASTURTEC 1,5 MG/ML FL+A 5 ML	
COMPLEXE PROTHROMBIQUE ACTIVE	FEIBA	9179650	FEIBA 1 000 U INJ FL+FL +NEC	BAXTER
		9179667	FEIBA 500 U INJ FL+FL +NEC	
EPOPROSTENOL	FLOLAN	9184881	FLOLAN 0,5 MG INJ FL+FL	GLAXOSMITHKLINE
		9202886	FLOLAN 1,5 MG INJ FL+FL	

DÉNOMINATION commune internationale	NOM COMMERCIAL de la spécialité	UCD	LIBELLÉ DE UCD	LABORATOIRE EXPLOITANT ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
FLUDARABINE	FLUDARA	9240757	FLUDARA 10 MG CPR	SCHERING SA
		9171341	FLUDARA 50 MG INJ FL	
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, pour administration intravasculaire	GAMMAGARD	9234225	ENDOBULINE 50 MG/ML FL+FL 50 ML	BAXTER
		9199078	GAMMAGARD 50 MG/ML FL+FL 100 ML	
		9199055	GAMMAGARD 50 MG/ML FL+FL 200 ML	
GEMCITABINE	GEMZAR	9182190	GEMZAR 1 000 MG LYOT INJ FL	LILLY FRANCE SAS
		9182209	GEMZAR 200 MG LYOT INJ FL	
CARMUSTINE	GLIADEL	9212264	GLIADEL 7,7 MG IMPL SACH	GUILFORD INTERNATIONAL
FACTEUR VIII DE COAGULATION	HELIXATE NEXGEN	9224988	HELIXATE NEXGEN 250 UI F+F+NEC	AVENTIS BEHRING SA
		9224994	HELIXATE NEXGEN 500 UI F+F+NEC	
		9224971	HELIXATE NEXGEN 1 000 UI F+F+NEC	
FACTEUR XI HUMAIN	HEMOLEVEN	9170175	HEMOLEVEN 1 000 U INJ FV+FV	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
TRASTUZUMAB	HERCEPTIN	9220097	HERCEPTIN 150 MG INJ FL	ROCHE
ADALIMUMAB	HUMIRA	9251092	HUMIRA 40 MG INJ SRG 0,8 ML +T	ABBOTT FRANCE
TOPOTECAN	HYCANTIN	9187023	HYCANTIN 4 MG PERF FL 5 ML	GLAXOSMITHKLINE
IMMUNOGLOBULINE ANTI-HEPATITE B	IVHEBEX	9233208	IVHEBEX 5 000 UI INJ FV+FV	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
FACTEURS DE COAGULATION IX, II, VII ET X EN ASSOCIATION	KASKADIL	9170442	KASKADIL INJ FV+FV 10 ML	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
		9170459	KASKADIL INJ FV+FV 20 ML	

FACTEUR VIII DE COAGULATION	KOGENATE BAYER	9224758	KOGENATE BAY 1 000 UI INJ FL+FL	BAYER PHARMA
		9224764	KOGENATE BAY 250 UI INJ FL+FL	
		9224770	KOGENATE BAY 500 UI INJ FL+FL	
		9264686	KOGENATE BAY 250 UI INJ FL+S	
		9264692	KOGENATE BAY 500 UI INJ FL+S	
		9264663	KOGENATE BAY 1 000 UI INJ FL+S	
CLADRIBINE	LEUSTATINE	9168014	LEUSTATINE 10 MG INJ FV 10 ML	JANSSEN-CILAG
ESTERS ETHYLIQUES D'ACIDES GRAS IODES	LIPIOCIS	9177177	LIPIOCIS INJ FL 2 ML	CIS BIO INTERNATIONAL
IMMUNOGLOBULINE ANTILYMPHOCYTE	LYMPHOGLOBULINE (1)	9055511	LYMPHOGLOBULINE INJ FL 5 ML	IMTIX-SANGSTAT
ALEMTUZUMAB	MABCAMPATH	9236388	MABCAMPATH 10 MG/ML INJ AMP	SCHERING SA
RITUXIMAB	MABTHERA	9197702	MABTHERA 100 MG PERF FL 10 ML	ROCHE
		9197719	MABTHERA 500 MG PERF FL 50 ML	
89Sr-STRONTIUM CHLORURE	METASTRON	9160490	METASTRON INJ FL 4 ML	AMERSHAM HEATH SA
FACTEUR VIII DE COAGULATION	MONOCLATE	9169321	MONOCLATE 1 000 UI INJ F+F+NEC	AVENTIS BEHRING SA
		9169344	MONOCLATE 500 UI INJ FL+FL+NEC	
FACTEUR IX DE COAGULATION	MONONINE	9181670	MONONINE 1 000 UI INJ FL+FL+NEC	AVENTIS BEHRING SA
		9181687	MONONINE 500 UI INJ FL+FL+NEC	
FOTEMUSTINE	MUPHORAN	9137580	MUPHORAN 208 MG INJ FL+AMP	SERVIER MEDICAL
DOXORUBICINE	MYOCET	9233697	MYOCET 50 MG PERF FL+FL+FL	ĚLAN PHARMA

VINORELBINE	NAVELBINE	9137172	NAVELBINE 10 MG INJ FV 1 ML	PIERRE FABRE MÉDICAMENT
		9230380	NAVELBINE 20 MG CAPS	
		9230397	NAVELBINE 30 MG CAPS	
		9137189	NAVELBINE 50 MG INJ FV 5 ML	
ERYTHROPOÏËTINE	NĚORECORMON	9201094	NĚORECORMON 1 000 INJ SRG	ROCHE
		9193928	NĚORECORMON 10 000 INJ CART	
		9201102	NĚORECORMON 10 000 INJ SRG	
		9193940	NĚORECORMON 10 000 INJ FL+AMP	
		9201119	NĚORECORMON 2 000 INJ SRG	
		9199173	NĚORECORMON 20 000 INJ CART	
		9201125	NĚORECORMON 20 000 INJ SRG	
		9201131	NĚORECORMON 3 000 INJ SRG	
		9227900	NĚORECORMON 4 000 INJ SRG	
		9193992	NĚORECORMON 500 INJ FL+AMP	
		9201148	NĚORECORMON 500 INJ SRG	
		9201154	NĚORECORMON 5 000 INJ SRG	
		9194023	NĚORECORMON 50 000 INJ FL+AMP	
		9227917	NĚORECORMON 6 000 INJ SRG	
		9255718	NĚORECORMON 30 000 INJ SRG 1	
		9227923	NĚORECORMON 60 000 INJ CART	
PENTOSTATINE	NIPENT	9160509	NIPENT 10 MG INJ FL	WYETH-LĚDERLĚ

EPTACOG ALFA (ACTIVE)	NOVOSEVEN	9181753	NOVOSEVEN 120 K UI INJ FL+FL	NOVO NORDISK PHARMACEUTIQUE SA
		9181776	NOVOSEVEN 240 K UI INJ FL+FL	
		9181782	NOVOSEVEN 60 K UI INJ FL+FL	
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, pour administration intravasculaire	OCTAGAM	9212488	OCTAGAM 50 MG/ ML INJ FL 100 ML	OCTAPHARMA SAS
		9231669	OCTAGAM 50 MG/ML INJ FL 20 ML	
		9212494	OCTAGAM 50 MG/ML INJ FL 200 ML	
		9212502	OCTAGAM 50 MG/ML INJ FL 50 ML	
ACIDE PAMIDRONIQUE	OSTEPAM	9247601	OSTEPAM 15 MG/ML PERF AMP 1 ML	NORDIC PHARMA
		9247618	OSTEPAM 15 MG/ML PERF AMP 2 ML	
		9247624	OSTEPAM 15 MG/ML PERF AMP 4 ML	
		9247630	OSTEPAM 15 MG/ML PERF AMP 6 ML	
		9239984	PAMIDRONATE FDG 3 MG/ML FL 5 ML	
		9239978	PAMIDRONATE FDG 3 MG/ML FL 10 ML	
		9239990	PAMIDRONATE FDG 6 MG/ML FL 10 ML	
		ACIDE PAMIDRONIQUE	PAMIDRONATE DE SODIUM FAULDING	
9250141	PAMIDRONATE MKG 15 MG/ML 1 ML			
9250158	PAMIDRONATE MKG 15 MG/ML 2 ML			
9250170	PAMIDRONATE MKG 15 MG/ML 6 ML			
ACIDE PAMIDRONIQUE	PAMIDRONATE DE SODIUM MERCK	9250164	PAMIDRONATE MKG 15 MG/ML 4 ML	MERCK GÉNÉRIQUE

PACLITAXEL	PAXENE	9259001	PAXENE 6 MG/ML PERF FL 16, 7 ML	FAULDING
		9228555	PAXENE 6 MG/ML PERF FL 25 ML	
		9228561	PAXENE 6 MG/ML PERF FL 5 ML	
		9259018	PAXENE 6 MG/ML PERF FL 50 ML	
PORFIMER SODIUM	PHOTOBARR	9261920	PHOTOBARR 15 MG INJ FL	AXCAN
		9261937	PHOTOBARR 75 MG INJ FL	
PORFIMER SODIUM	PHOTOFRIN	9194046	PHOTOFRIN 15 MG INJ FL	ISOTEC
		9194052	PHOTOFRIN 75 MG INJ FL	
ALDESLEUKINE	PROLEUKIN	9141067	PROLEUKIN 18 M UI INJ/PERF FL	CHIRON FRANCE
PROTEINE C	PROTEXEL	9234047	PROTEXEL 50 UI/ML INJ FV+FV	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
153Sm-SAMARIUM - ACIDE	QUADRAMET	9202018	QUADRAMET INJ FL 15ML	CIS BIO INTERNATIONAL
FACTEUR VIII DE COAGULATION	RECOMBINATE	9250980	RECOMBINATE 1000UI INJ F+F+BJ	BAXTER
		9250997	RECOMBINATE 250UI INJ F+F+BJ	
		9251005	RECOMBINATE 500UI INJ F+F+BJ	
FACTEUR VIII DE COAGULATION	REFACTO	9210087	REFACTO 1000UI INJ FL+FL +NEC	WYETH-LEDERLE
		9250566	REFACTO 2000UI INJ FL+FL +NEC	
		9210093	REFACTO 250UI INJ FL+FL +NEC	
		9210101	REFACTO 500UI INJ FL+FL +NEC	
INFLIXIMAB	REMICADE	9213737	REMICADE 100MG PERF FL	SCHERING-PLOUGH
AGALSIDASE ALFA	REPLAGAL	9238861	REPLAGAL 1MG/ML PERF FL 3,5ML	TKT EUROPE 5S

IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, pour administration intravasculaire	SANDOGLOBULINE	9175511	SANDOGLOBULINE 1G INJ FL	OTL PHARMA
		9175528	SANDOGLOBULINE 12G INJ FL+FL	
		9175534	SANDOGLOBULINE 3G INJ FL+FL	
		9175540	SANDOGLOBULINE 6G INJ FL+FL	
PACLITAXEL	TAXOL	9189944	TAXOL 6MG/ML INJ FL 17ML	BRISTOL-MYERS-SQUIBB
		9163577	TAXOL 6MG/ML INJ FL 5ML	
		9219467	TAXOL 6MG/ML INJ FL 50ML	
		9262919	TAXOL 6MG/ML INJ FL 25ML	
DOCETAXEL	TAXOTERE	9178082	TAXOTERE 20MG INJ FL+FL	AVENTIS
		9178099	TAXOTERE 80MG INJ FL+FL	
IMMUNOGLOBULINES HUMAINES POLYVALENTES, pour administration intravasculaire	TEGELINE	9182824	TEGELINE 0,5G/10ML INJ FV+FV	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
		9182830	TEGELINE 10G/200ML INJ FV+FV	
		9182847	TEGELINE 2,5G/50ML INJ FV+FV	
		9182853	TEGELINE 5G/100ML INJ FV+FV	
PIRARUBICINE	THEPRUBICINE	9143534	THEPRUBICINE 10MG INJ FL+A	AVENTIS
		9143540	THEPRUBICINE 20MG INJ FL+A	
		9143557	THEPRUBICINE 50MG INJ FL+FL	
IMMUNOGLOBULINE ANTITHYMOCYTE	THYMOGLOBULINE (1)	9109000	THYMOGLOBULINE INJ FL+FL	IMTIX-SANGSTAT
THYROTROPHINE	THYROGEN	9206921	THYROGEN 0,9MG INJ FL	GENZYME
RALTITREXED	TOMUDEX	9182066	TOMUDEX 2MG INJ FL	ASTRA ZENECA

BOSENTAN	TRACLEER	9240013	TRACLEER 125MG CPR	ACTELION
		9240036	TRACLEER 62,5MG CPR	
ARSENIC TRIOXYDE	TRISENOX	9242911	TRISENOX 1MG/ML INJ AMP10ML	CELL THERAPEUTICS
BORTEZOMIB	VELCADE °	9260010	VELCADE 3,5MG INJ FL 1	JANSSEN CILAG
ILOPROST	VENTAVIS	9256965	VENTAVIS 10MCG/ML NEB A 2ML	SCHERING AG
VORICONAZOLE	VFEND	9240131	VFEND200MG CPR	PFIZER
		9240125	VFEND200MG INJ FL	
		9240148	VFEND50MG CPR	
FACT VON WILLEBRAND HUMAIN	WILFACTIN	9255463	WILFACTIN 100UI/ML INJ FL+FL 1	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES
FACTEUR VON WILLEBRAND ET FACTEUR VIII DE COAGULATION EN ASSOCIATION	WILSTART	9255486	WILSTART 1000UI/ML INJ FL+FL 1	LABORATOIRE FRANÇAIS DU FRACTIONNEMENT ET DES BIOTECHNOLOGIES

(1) Ces spécialités ne sont facturables en sus des prestations d'hospitalisation que dans le cadre du traitement des affections cancéreuses.

DÉNOMINATION commune internationale	NOM COMMERCIAL de la spécialité	UCD	LIBELLÉ DE UCD	LABORATOIRE EXPLOITANT ou titulaire de l'autorisation de mise sur le marché
DROTRECOGINE ALFA	XIGRIS	9242348	XIGRIS 20MG INJ FL	LILLY
		9241604	XIGRIS 5MG INJ FL	
YTTRIUM CHLORIDE	YTRACIS	9251235	YTRACIS SOL FL 2ML	CIS BIO INTERNATIONAL
IDARUBICINE	ZAVEDOS	9208624	ZAVEDOS	10MG GELU PHARMACIA SAS
		9153395	ZAVEDOS 10MG LYOT INJ FL	
		9208630	ZAVEDOS 25MG GELU	
		9208647	ZAVEDOS 5MG GELU	
		9153403	ZAVEDOS 5MG LYOT INJ FL	

MIGLUSTAT	ZAVESCA	9246725	ZAVESCA 100MG GELU	ACTELION REGISTRATION LTD
IBRITUMOMAB-TIUXETAN	ZEVALIN	9258504	ZEVALIN 1,6MG/ML TROUS FL 4	SCHERING
ACIDE ZOLEDRONIQUE	ZOMETA	9228762	ZOMETA 4MG INJ FL+AMP	NOVARTIS PHARMA SAS

ANNEXE VI

Liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

RÉFÉRENCE DANS LA LPP	CODES	LIBELLÉ
Titre III, chapitre 1, section 1, sous-section 1	3144314, 3103769, 3189512, 3158440, 3198356, 3106437, 3136823, 3171200	Implants cardiaques
Titre III, chapitre 1, section 1, sous-section 2	3174628, 3133463, 3127400, 3171860, 3189423, 3122608, 3198267, 3128657, 3131949, 3190780, 3137998, 3155559, 3123536, 3160922, 3183604, 3159592, 3148677, 3113934, 3132475, 3178632, 3112892, 3165635, 3183194, 3115927, 3169679, 3163458, 3158055, 3135189, 3141020, 3175378, 3167491, 3123690, 3183142, 3162217, 3121661, 3106087, 3136378, 3131091, 3145035, 3184549, 3162482, 3107460, 3121030, 3104042, 3114862, 3110700, 3100392, 3135670, 3120897, 3148625, 3150579, 3182562	Implants vasculaires
Titre III, chapitre 1, section	2 3160017, 3142806	Implants digestifs
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 1	3127416, 3128226, 3108376, 3116588, 3102422, 3121684, 3146690, 3147850	Implants articulaires de coude
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 2	3113408, 3187045, 3115399, 3145785, 3114715, 3100469, 3120762, 3180215, 3107862, 3157831	Implants articulaires d'épaule
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 3	3124027, 3151662, 3127942, 3151047, 3110539, 3140931, 3104987, 3184058, 3101606, 3131990, 3100920, 3196133, 3181870, 3152319, 3191756, 3105811, 3175711, 3195375, 3157570, 3104830, 3173764, 3101405, 3187157, 3171110, 3142137, 3158776, 3152489, 3102008	Implants articulaires de genou

Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 4	3149323, 3199321, 3165517, 3144538, 3174960, 3163487, 3198528, 3135692, 3143148, 3122169, 3107916, 3111390, 3128290, 3133180, 3125305, 3155855, 3186293, 3135663, 3163300, 3170665, 3125104, 3161933, 3150450, 3120041, 3111480, 3167309, 3168042, 3100334, 3161130, 3140150, 3159942, 3191733, 3132446, 3198994, 3127988, 3142090, 3127847, 3158233, 3127161, 3148281, 3131903, 3112917, 3181203, 3133262, 3163659	Implants articulaires de hanche
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 5	3198764, 3131955, 3137283, 3181752, 3114939, 3123016, 3111556, 3122382, 3188560, 3127511, 3133032, 3187938, 3115583, 3188441, 3128976	Implants du rachis
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 6	3137484, 3109803, 3130476, 3131760, 3115465, 3100624, 3125529, 3128350, 3157386, 3164890, 3138437, 3140032,	Implants articulaires de poignet
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 7	3141801, 3112930, 3189200	Implants articulaires de cheville
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 1, paragraphe 8	3113561, 3192017, 3177800, 3186554, 3181232, 3143438, 3175131, 3163671, 3122583, 3115689, 3140049	Implants articulaires de doigt (mains et pieds)
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 2	3114684, 3154347, 3145928, 3104616, 3183165, 3195197, 3183633,	Ligaments artificiels
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 4	3104556, 3164140, 3159072, 3115028, 3193519, 3152897, 3117369, 3138420, 3142226, 3158724, 3158530, 3199456, 3134416, 3146655, 3169099, 3148476, 3122407, 3134126, 3151277, 3187944, 3121678, 3158368, 3170487, 3128309	Substituts osseux
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 5	3138160, 3124240, 3161465, 3133240, 3150697	Implants tendineux
Titre III, chapitre 1, section 5, sous-section 6	3182697, 3187097, 3198244	Implants sur mesure
Titre III, chapitre 1, section 6	3135746, 3182591, 3127994, 3174380, 3145242, 3171311, 3103077, 3123364, 3138650, 3197687, 3171587, 3111875	Implants otorhino-laryngologiques
Titre III, chapitre 1, section 8	3121402, 3174580, 3153299, 3163599,	Implants urogénitaux
Titre III, chapitre 1, section 10	3193057	Implants mammaires

Titre III, chapitre 1, section 11	3141592, 3195895, 3187915	Implant d'expansion cutanée gonflable
Titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 1	3243080, 3253865, 3280891, 3237211, 3262249, 3205197, 3239227, 3201199, 3251122, 3271426, 3259916, 3248404, 3217332, 3205820, 3271969, 3243631, 3225461, 3251910, 3288912, 3265147, 3231378, 3250358, 3286238, 3244620, 3219874, 3240176, 3219182, 3207687, 3218509, 3206995, 3234030, 3271159, 3201549, 3238660, 3210330, 3237369, 3213593, 3226360, 3215770, 3277469, 3267710, 3201733, 3210198, 3225662, 3237228, 3254735, 3237487, 3266840, 3282772, 3208385, 3249415, 3219265, 3298951, 3217651, 3265822	Valves cardiaques
Titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 2	3205406, 3269240, 3201584, 3281838, 3244837, 3280900, 3211298, 3296509, 3219839, 3240058, 3229022, 3249473, 3216172, 3273974, 3288119, 3249645, 3211192, 3223841, 3294858, 3236246, 3298862, 3244168, 3246925, 3233302, 3263289, 3251470, 3206452, 3233489, 3266661, 3294232, 3265957, 3251702, 3240199, 3278003, 3225219, 3277370, 3219680, 3263250, 3253641, 3225320, 3213819, 3206908, 3263668, 3257640, 3284676, 3212270, 3246026, 3252245, 3254818, 3209663, 3293333, 3265006, 3202129, 3227075, 3222422, 3252080, 3288562, 3212004, 3210070, 3277050, 3248723, 3298655, 3213469, 3285262, 3232343, 3204022, 3247876, 3268170, 3256668, 3235689, 3201236, 3228838, 3217326, 3278902, 3267407, 3221010, 3255893, 3232165, 3266276, 3208340, 3204140, 3242382, 3224148, 3209893	Plaques d'obturation et patchs

Titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 3	3243588, 3267318, 3215391, 3225343, 3262060, 3286936, 3282766, 3209806, 3220624, 3248278, 3234537, 3254988, 3236737, 3283317, 3233383, 3299525, 3236648, 3208310, 3238759, 3275878, 3280684, 3242011, 3250803, 3223775, 3264946, 3287924, 3226800, 3259603, 3231272, 3233845, 3205518, 3225811, 3210880, 3235152, 3262930, 3200053, 3259678, 3223640, 3212139, 3261451, 3208669, 3231674, 3285629, 3252481, 3294410, 3240472, 3206682, 3217450, 3233851, 3244487, 3272087, 3243803, 3226762, 3298431, 3295728, 3284216, 3270102, 3224059, 3245794, 3257596, 3289580, 3217220, 3237524, 3264567, 3287605, 3240727, 3281436, 3263875, 3289840, 3248947, 3218550, 3266508, 3206417, 3272555, 3261043, 3223249, 3296030, 3258236, 3238618, 3242092, 3244197, 3246724, 3208327, 3200774, 3275909, 3228413, 3250602, 3275364	Implants de pontage imprégnés de dérivés d'origine animale ou composés de tissus d'origine animale
Titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 4	3254468, 3268772,	Implant d'embolisation artérielle (pour anévrismes, fistules artérioveineuses, tumeurs...)
Titre III, chapitre 2, section 1, sous-section 5	3216367, 3257739, 3290004, 3273299, 3285434, 3288148	Implants endovasculaires dits « stents », couverts ou non couverts

<p>Titre III, chapitre 2, section 2, sous-section 1</p>	<p>3203689, 3287396, 3295591, 3269642, 3291653, 3228778, 3251056, 3277446, 3296343, 3216670, 3219561, 3267241, 3230924, 3271350, 3218395, 3226012, 3236861, 3214569, 3296580, 3240673, 3224160, 3216108, 3263310, 3206676, 3247563, 3200627, 3220920, 3263266, 3223002, 3240182, 3234371, 3283613, 3217993, 3232248, 3228360, 3295540, 3210206, 3273419, 3247681, 3276493, 3210873, 3240012, 3204772, 3236536, 3273804, 3292078, 3206860, 3235844, 3263243, 3224444, 3204039, 3239954, 3244613, 3242703, 3286971, 3285279, 3292747, 3266342, 3250890, 3257550, 3277854, 3279155, 3259098, 3290317, 3235270, 3239523, 3284363, 3211625, 3281287, 3235376, 3290211, 3272390, 3211230, 3227336, 3276694, 3221919, 3208913, 3290843, 3223143, 3204460, 3236163, 3200395, 3214658, 3258503, 3257722, 3236849, 3205895, 3285983, 3222735, 3251091, 3280106, 3261876, 3288310, 3294350, 3213044, 3245854, 3283866, 3266307, 3208617, 3257047, 3272093, 3205777, 3205323, 3220179, 3222250, 3285658, 3237412, 3271521, 3279600, 3212145, 3224310, 3253300, 3244731, 3216195, 3219087, 3245328, 3297740, 3216723, 3249792, 3231496, 3270987, 3250654, 3285285, 3298649, 3226348, 3292598, 3233331, 3295355, 3263237, 3204803, 3274420, 3222209, 3212895, 3233420, 3222913, 3246641, 3277802, 3202922, 3230723, 3270415, 3225225, 3299531, 3209746, 3226609, 3284038, 3226466, 3221150, 3209485, 3295310, 3246055, 3235703, 3229855, 3292730</p>	<p>Implants ou sub-stituts osseux</p>
<p>Titre III, chapitre 2, section 2, sous-section 2</p>	<p>3246919, 3250619, 3239517, 3210471, 3274749, 3206305, 3226785, 3261304, 3295042, 3290889, 3237620, 3238305, 3246747, 3234141</p>	<p>Obturateurs à ciment centro-médullaire pour pose d'implants articulaires</p>

Titre III, chapitre 3, section 1	3389961, 3301529, 3332576, 3385526, 3378035, 3388944, 3378584, 3331884, 3336574, 3301908, 3335273, 3327730, 3388045, 3396932, 3324358, 3379773, 3310907, 3353762, 3300470, 3345870, 3306047, 3317559, 3337705, 3315738	Greffons cornéens
----------------------------------	---	-------------------

Titre III, chapitre 3, section 2	<p>3366440, 3307621, 3362376, 3324631, 3365713, 3310899, 3393460, 3394979, 3354862, 3331358, 3396168, 3304137, 3367400, 3342161, 3310698, 3316554, 3389955, 3379879, 3362502, 3395341, 3330005, 3388039, 3374474, 3351036, 3363737, 3372564, 3369154, 3370996, 3343545, 3346727, 3390020, 3376711, 3352774, 3320544, 3384159, 3353532, 3327530, 3353414, 3387790, 3377142, 3325620, 3344020, 3338521, 3357783, 3389725, 3351540, 3348502, 3374178, 3323502, 3327569, 3357381, 3363513, 3340417, 3385443, 3337852, 3312697, 3350752, 3326937, 3342669, 3346325, 3340877, 3316583, 3387867, 3370909, 3368700, 3355940, 3397133, 3328149, 3349128, 3324766, 3386052, 3330821, 3375210, 3393690, 3351786, 3302925, 3362531, 3332464, 3368189, 3361454, 3324625, 3386218, 3326044, 3315833, 3370016, 3348755, 3362809, 3344409, 3355293, 3366279, 3334144, 3323347, 3380931, 3379276, 3373954, 3319950, 3339070, 3384449, 3374646, 3340890, 3370335, 3334871, 3318091, 3326340, 3377490, 3378851, 3350344, 3319535, 3305390, 3369272, 3398517, 3364990, 3391700, 3390935, 3304870, 3306923, 3354187, 3375634, 3348086, 3306515, 3302492, 3383361, 3383533, 3306538, 3356996, 3356134, 3338797, 3371636, 3325056, 3384573, 3357100, 3325085, 3306320, 3309809, 3334210, 3315980, 3383384, 3318688, 3307182, 3310178, 3377969, 3317980, 3369697, 3329433, 3321526, 3394519, 3303445, 3321124, 3341428, 3318286, 3352596, 3378555, 3319630, 3333883, 3320840, 3382835, 3322827, 3328818, 3349571, 3344119, 3342534, 3322402, 3304440, 3384136, 3332808, 3343574, 3312504, 3305125, 3377283, 3338857, 3375976, 3306372, 3372713, 3384811, 3367936, 3321070, 3316784, 3370269</p>	Greffons osseux
Titre III, chapitre 3, section 3	<p>3333073, 3363252, 3397593, 3338774, 3311083</p>	Greffons vasculaires

Titre III, chapitre 3, section 4	3314839, 3304924, 3365280, 3350930, 3306231, 3301328, 3373500, 3343232, 3347900, 3312355, 3396062, 3399480, 3355809, 3317890, 3341865, 3326498, 3322454, 3305817	Greffons tendineux
Titre III, chapitre 3, section 5	3346940, 3367244	Greffons valvulaires cardiaques, conduits valvulaires ou fragments valvulaires
Titre III, chapitre 4, section 1	3451714, 3442750, 3471970, 3491754, 3439618, 3444364, 3488864, 3405565, 3452412, 3492104, 3489875, 3442483, 3444766, 3480934, 3413910, 3490973, 3452553, 3409876, 3431491, 3482790, 3400792, 3464421, 3478854, 3408836, 3436896, 3400817	Stimulateurs cardiaques
Titre III, chapitre 4, section 2	3449858, 3445688, 3472716, 3415919, 3492239, 3402450, 3449657, 3453133, 3454641, 3407073, 3454977, 3430630	Sondes de stimulateur cardiaque
Titre III, chapitre 4, section 3	3461026, 3446771	Pompes implantables
Titre III, chapitre 4, section 4	3436749, 3420056, 3480294	Neurostimulateur médullaire quadripolaire implantable
Titre III, chapitre 4, section 5	3469648, 3462468	Neuromodulateur des racines sacrées (S3), implantable
Titre III, chapitre 4, section 6	3484085	Moniteurs ECG implantables
Titre III, chapitre 4, section 7	3426739, 3423830, 3486434, 3477240, 3472863, 3420228, 3407475, 3473288, 3437460, 3451499, 3421469, 3457510, 3434532, 3416681, 3427182, 3409356, 3473302, 3479948, 3409920, 3469170, 3427450, 3450614, 3421297, 3446713, 3481307, 3403431, 3434420, 3419870, 3478280, 3473800	Défibrillateur cardiaque implantable
Titre III, chapitre 4, section 8	3418823	Sondes de défibrillation cardiaque
Titre III, chapitre 4, section 9	3416066, 3477814	Neurostimulateur du nerf vague gauche
Titre III, chapitre 4, section 10	3469720, 3454463, 3441845	Sources radioactives implantables dites « grains » d'iode 125

ANNEXE VII

Arrêté pris pour l'application de l'article D. 162-8 du code de la sécurité sociale

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-13 et D. 162-6 à D. 162-8 ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu l'avis du conseil de l'hospitalisation en date du 21 décembre 2004 ;

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du..... ;
Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du.....,
Arrête :

Article 1er

Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 1o de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, outre les missions générales d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours faisant l'objet d'un financement forfaitaire globalisé, les structures, programmes, actions ainsi que les actes et produits suivants :

1° Au titre de la recherche médicale et de l'innovation :

- les centres d'investigation clinique ;
- les centres d'épidémiologie clinique ;
- les centres de ressources biologiques ;
- les centres d'investigation technologique ;
- les projets de recherche entrant dans le cadre du programme hospitalier de recherche clinique ;
- les actions de recherche faisant l'objet de contrat entre les établissements publics à caractère scientifique et technologique et les établissements de santé ;
- les programmes de soutien aux techniques innovantes et coûteuses ;
- la conservation des tissus, tumeurs et produits humains à des fins de recherche ;
- l'emploi de techniciens et d'assistants de recherche clinique pour la réalisation d'essais cliniques dans les services de soins prévu dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.

2° Au titre des missions d'enseignement et de formation des personnels médicaux et paramédicaux :

- les actions de téléenseignement et de téléformation ;
- les stages de résident de radiophysiciens prévus dans le cadre de la politique nationale de lutte contre le cancer.

3° Au titre des missions de recherche, d'enseignement, de formation, d'expertise, de coordination et d'évaluation des soins relatifs à certaines pathologies ainsi que des activités hautement spécialisées :

- les centres mémoire de ressource et de recherche ;
- les centres d'information et de soins de l'immunodéficience humaine ;
- les centres référents pour les troubles spécifiques d'apprentissage du langage ;
- les centres de référence pour la prise en charge des maladies rares ;
- les centres de référence sur l'hémophilie ;
- les centres de ressource et de compétences sur la mucoviscidose ;
- les centres de référence sur la sclérose latérale amyotrophique ;
- les centres de référence sur la mort subite du nourrisson ;
- les centres de ressource de l'autisme ;
- les centres de référence d'implantation cochléaire ;
- les centres de ressource sur les maladies professionnelles.

4° Au titre des activités de soins réalisées à des fins expérimentales ou de la dispensation des soins non couverts par les nomenclatures ou les tarifs :

- les laboratoires d'oncogénétique, de génétique moléculaire, de cytogénétique et de neurogénétique ;
- les centres de référence pour le traitement de l'hypercholestérolémie majeure par épuration extracorporelle ;
- les médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation en application des dispositions de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique ;
- les actes dentaires, les actes de biologie et les actes d'anatomo-cyto-pathologie non inscrits sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale ;
- les stimulateurs corticaux profonds ;
- les implants cochléaires ;
- les organes artificiels.

Article 2

Peuvent être pris en charge au titre des missions mentionnées au 2° de l'article D. 162-6 du code de la sécurité sociale, les structures, programmes, et actions suivants :

1° Au titre des missions de vigilance, de veille épidémiologique, d'évaluation des pratiques et d'expertise :

- les comités régionaux chargés du suivi et de l'analyse des pratiques de prescription régionales en matière de médicaments et de produits et prestations ;
- les centres de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales mentionnés à l'article 6 de l'arrêté du 3 août 1992 modifié relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales ;
- les centres nationaux de référence pour la lutte contre les maladies transmissibles mentionnés à l'article L. 1413-4 du code de la santé publique ;
- les centres régionaux de pharmacovigilance et les centres d'étude et d'information sur la pharmacodépendance mentionnés aux articles R. 5144-14 et R. 5219-11 du code de la santé publique ;
- les coordonnateurs régionaux d'hémovigilance mentionnés aux articles R. 1221-36 à 1221-39 du code de la santé

publique ;

- les centres antipoison mentionnés à l'article L. 6141-4 du code de la santé publique ;
- les registres à caractère épidémiologique mentionnés à l'article 2 de l'arrêté du 6 novembre 1995 modifié relatif au comité national des registres ;

- les centres et cellules de coordination des soins en cancérologie.

2° Au titre des missions de formation, de soutien, de coordination et d'évaluation des besoins du patient :

- les équipes hospitalières de liaison en addictologie ;
- les équipes mobiles de gériatrie ;
- les équipes mobiles de soins palliatifs ;
- les équipes de cancérologie pédiatrique ;
- les équipes mobiles de lutte contre la douleur.

3° Au titre des missions de collecte, de conservation et de distribution des produits d'origine humaine :

- les lactariums mentionnés à l'article L. 2323-1 du code de la santé publique ;
- le recueil, le traitement et la conservation des gamètes ainsi que la conservation des embryons dans les conditions prévues aux articles L. 1244-5 et R. 152-5-5 du code de la santé publique ;
- les banques de tissus ;
- la consultation du fichier national ou des fichiers internationaux de greffe de moelle et le typage des donneurs potentiels.

4° Au titre de la mission d'assistance aux patients pour l'accès aux droits sociaux et des dispositifs ayant pour objet de faciliter le maintien des soins de proximité et l'accès à ceux-ci :

- les permanences d'accès aux soins de santé mentionnées à l'article L. 6112-6 du code de la santé publique ;
- l'accompagnement social des patients en situation précaire ;
- les maisons médicales mentionnées à l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale
- les réseaux de télésanté, notamment la télémédecine.

5° Au titre de l'activité de dépistage anonyme et gratuit, les consultations destinées à effectuer la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine mentionnées à l'article L. 3121-2 du code de la santé publique ;

6° Au titre des missions de prévention et d'éducation thérapeutique, les actions de prévention et d'éducation thérapeutique relatives notamment à la nutrition, à l'asthme et au diabète ;

7° Au titre de la mission de conseil des équipes hospitalières en matière d'éthique, de bioéthique et de protection des personnes, les centres d'éthique ;

8° Au titre des missions de veille sanitaire, de prévention et de gestion des risques, les actions de prévention et gestion des risques liés à des circonstances exceptionnelles et les structures spécialisées dans la gestion du risque nucléaire, radiologique, bactériologique et chimique ou d'une crise sanitaire majeure ;

9° Au titre de l'intervention des équipes pluridisciplinaires pour la prise en charge de certaines pathologies :

- les consultations mémoire ;
- les services de court séjour gériatrique ;
- les consultations hospitalières de tabacologie ;
- l'emploi de psychologues dans les services de soins prévu par les plans nationaux de santé publique ;
- les structures spécialisées dans la prise en charge de la douleur chronique rebelle ;
- les consultations hospitalières de génétique ;
- la nutrition parentérale à domicile, à l'exception des cas où le patient est pris en charge par une structure d'hospitalisation à domicile ;
- les structures pluridisciplinaires spécialisées dans la prise en charge des adolescents ;
- les consultations de suivi postgreffe.

10° Au titre de l'aide médicale urgente :

- les services d'aide médicale urgente mentionnés à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique, y compris les centres d'enseignement aux soins d'urgence ;
- les services mobiles d'urgence et de réanimation mentionnés à l'article R. 712-71-1 du code de la santé publique ;
- le centre de consultations médicales maritimes mentionné à l'arrêté du 10 mai 1995 relatif à la qualification du centre de consultations médicales maritimes de Toulouse comme centre de consultations et d'assistance télé-médicales maritimes dans le cadre de l'aide médicale en mer.

Article 3

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées au 3° de l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale les actions suivantes :

1° La contribution aux actions expérimentales et à l'élaboration des outils de régulation, notamment les études nationales de coûts ;

2° La mise à disposition de personnels auprès des services de l'Etat chargés de la définition et de la mise en oeuvre de la politique hospitalière ;

3° La coordination des instances nationales de représentation des directeurs d'établissements hospitaliers et des présidents de commission médicale d'établissement et de conférence médicale mentionnées aux articles L. 6144-1, L. 6161-8 et L. 6161-2 du code de la santé publique ;

4° La mise à disposition de personnels auprès des organisations nationales représentatives des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ;

5° Les actions de coopération internationale.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Article 4

Peuvent être prises en charge au titre des missions mentionnées à l'article D. 162-7 du code de la sécurité sociale les structures suivantes :

- 1° Les centres périnataux de proximité mentionnés à l'article R. 712-88 du code de la santé publique ;
- 2° Les unités hospitalières sécurisées interrégionales ;
- 3° Les unités de consultations et de soins ambulatoires ;
- 4° Les chambres sécurisées pour détenus.

Article 5

Le montant de la dotation annuelle de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation de chaque établissement est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en fonction des engagements relatifs à chacune des missions ou activités prévues aux articles 1 à 4 du présent arrêté figurant au contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement ou, à défaut, dans un engagement contractuel spécifique et dans la limite du montant de la dotation régionale fixé en application des dispositions de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère des solidarités, de la santé et de la famille est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille

ANNEXE VIII

Voir Bulletin officiel n° 2005-4 du 15 mai 2005

ANNEXE VIII

Voir Bulletin officiel n° 2005-4 du 15 mai 2005

ANNEXE IX

FICHE

Missions d'enseignement, recherche, référence, innovation (MERRI) et de recours

Le principe a été de répartir entre les établissements concernés une enveloppe de l'ordre de 2,3 milliards d'euros (correspondant au montant retenu en 2004 à ce titre) en deux parties :

- un socle fixe, forfaitaire, modulé selon la catégorie d'établissements ;
- une part variable, issue des déclarations en section d'imputation II des retraitements comptables au titre d'activités relevant de la recherche et de l'innovation (les 4 premières catégories projet de décret sur les MIGAC), après corrections éventuelles du fait des contrôles de cohérence des déclarations.

Pour les CHU, trois catégories ont été retenues, à partir du rapport de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) de 2004. Ce classement a été opéré sur la base des indicateurs habituellement reconnus comme traceurs des activités de recherche (nombre d'essais cliniques et nombre de recherches biomédicales dont les CHU sont promoteurs, nombre de PHRC, nombre de structures labellisées : instituts fédératifs de recherche, unités INSERM) :

- groupe des CHU « forts chercheurs » : Paris, Lyon, Marseille, Lille, Montpellier, Strasbourg, Bordeaux, Toulouse, qui regroupent près des trois quarts des capacités de recherche fondamentale, dans tous les domaines ;
- groupe intermédiaire de CHU intermédiaires actifs sur un ou deux secteurs seulement : Nantes, Grenoble, Nice, Rennes, Nancy ;
- groupe des CHU à activité parfois émergente, parfois inexistante.

Il a été retenu comme socle fixe pour chacune de ces catégories les taux de 10,5 %, 12 % et 13,5 %, respectivement (taux appliqués sur le budget des activités MCO, hors médicaments et DMI en sus). Pour éviter des variations par établissement trop fortes cette première année de modulation, un plancher de 12 % pour le total « fixe + variable » a été appliqué.

Pour les CLCC, un raisonnement du même ordre a été tenu, les critères disponibles étant le nombre d'unités INSERM ou <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

CNRS sur site, et le nombre de patients inclus dans des essais cliniques. Là encore, trois catégories ont été définies :

- groupe des CLCC « forts chercheurs » : IGR, Curie, Lyon, Marseille ;
- groupe intermédiaire : Nice, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Nancy, Lille, Clermont-Ferrand ;
- troisième groupe : Saint-Cloud, Rouen, Caen, Strasbourg, Reims, Angers, Rennes, Montpellier, Dijon.

Ces catégories se sont vu appliquer les taux de 8 %, 11 % et 13,5 %, respectivement, avec un plancher à 12 %, et un plafond respectivement de 16 %, 18 % et 20 % pour le total « fixe+variable ».

Pour les autres établissements, les choix opérés les années précédentes ont été pérennisés en créant trois catégories avec socle fixe de 10,5 %, 8 % et 2 %, sauf cas particuliers (dans les cas où des audits ont été effectués ou lorsque les déclarations de la SI 2 semblaient pouvoir expliquer les choix précédents).

Sur l'île de la Réunion, un taux de 6 % est appliqué pour les deux établissements de référence.

En perspective, il s'agira de diminuer progressivement la part fixe pour accroître la part variable objectivée sur base contractuelle.

ANNEXE X ADAPTATIONS APORTEES EN 2005 AU CADRE BUDGETAIRE

Les principales modifications apportées dans ce domaine en 2005, portant sur le calendrier budgétaire et les nouvelles modalités d'approbation des budgets, sont décrites dans le paragraphe IV de la présente circulaire. Toutefois certaines précisions complémentaires doivent être apportées.

Elaboration du budget sur la base des recettes prévisionnelles

La nouvelle rédaction de l'article R. 714-3-7, introduite par le décret du 14 janvier 2005 susmentionné, tire les conséquences de la réforme du régime de financement des établissements de santé, introduite par la LFSS pour 2004, sur le contenu et la signification donnés au budget. Si le budget demeure, fondamentalement, un acte de prévision et d'autorisation, le rôle prépondérant conféré aux prévisions de recettes dans la nouvelle logique de financement à l'activité est ici réaffirmé. Le raisonnement sur lequel repose la construction même du budget est renversé par rapport à celui qui prévalait dans le système de financement par dotation globale. La référence à la notion de dépenses encadrées disparaissant, le budget n'est plus construit sur la base d'un niveau de dépenses autorisé dont la couverture était assurée par le financement de l'assurance maladie d'une part (recettes de groupe 1) et celui provenant de la facturation de la part des frais laissée à la charge de l'assuré d'autre part (recettes de groupe 2). Il est élaboré à partir des recettes prévisionnelles de l'établissement, pour l'exercice concerné, permettant l'ouverture à due concurrence de crédits de dépenses. Les recettes inscrites au budget résultent pour partie d'une évaluation réalisée par l'établissement à partir de son activité prévisionnelle et pour partie d'un arrêté pris par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. Cet arrêté fixe, s'il y a lieu, distinctement chacun des éléments suivants :

1° Le montant de la dotation annuelle de financement pour les activités ou établissements ne relevant pas de la tarification à l'activité ;

2° Pour les activités ou établissements financés à l'activité :

- a) Le montant des forfaits annuels d'accueil et de traitement des urgences et/ou de prélèvements d'organes et/ou de transplantations d'organes, majorés le cas échéant du coefficient géographique ;
- b) La dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation ;
- c) La dotation annuelle complémentaire.

Il convient de préciser que seuls les établissements réalisant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie et qui relèvent du champ de la tarification à l'activité peuvent bénéficier des financements mentionnés au 2° ci-dessus.

Les recettes évaluatives sont constituées :

- 1° Des produits attendus de la facturation à l'assurance maladie des séjours (GHS et suppléments éventuels, prestations de dialyse, d'HAD et de prélèvement d'organes), consultations et actes externes, passages aux urgences non suivis d'hospitalisation, médicaments coûteux et dispositifs médicaux facturables en sus des séjours. Elles reposent sur une évaluation préalable de l'activité de l'établissement valorisée en fonction des tarifs nationaux arrêtés pour 2005, majorés le cas échéant du coefficient géographique, et, pour les consultations et actes externes, des tarifs NGAP ou CCAM en vigueur ;
- 2° Des produits provenant de la facturation de la part restant à la charge des assurés sociaux ou de la facturation des frais aux non-assurés sociaux ;
- 3° Des produits accessoires et des activités subsidiaires.

Maintien en 2005 des groupes fonctionnels

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Provisoirement, en 2005, les groupes fonctionnels sont maintenus comme niveau de présentation, de vote et d'approbation du budget. La présentation du budget par groupes fonctionnels s'accompagne également du maintien des règles de gestion attachées à cette présentation. L'ordonnateur peut ainsi procéder à des virements de crédits entre les comptes d'un même groupe fonctionnel mais doit présenter aux instances une décision modificative, soumise à approbation, pour toute modification affectant soit le montant de chacun des groupes fonctionnels approuvés, soit la simple répartition entre les groupes fonctionnels du montant total des dépenses.

De même, la répartition des dépenses et des recettes entre les comptes composant les groupes fonctionnels doit intervenir dans les 15 jours suivant la date à laquelle le budget devient exécutoire, selon la même nomenclature que celle en vigueur en 2004 et actualisée par la circulaire DGCP/5C/DHOS/F4/2004 n° 509 du 26 octobre 2004 portant modifications du plan comptable hospitalier. Cette répartition est transmise, sans délai, au comptable de l'établissement puis, pour information, au conseil d'administration.

Adaptation de la nomenclature budgétaire et comptable

Les modifications de la nomenclature budgétaire et comptable, nécessaires en 2005, ont été portées à la connaissance des établissements par la circulaire n° 509 du 26 octobre 2004 complétée par la circulaire n° 632 du 27 décembre 2004. Les aménagements ainsi apportés au plan comptable hospitalier ont pour objectif principal de permettre l'intégration, dans la comptabilité et le budget des établissements, des nouvelles modalités de financement sans pour autant nécessiter une maintenance lourde des applications de gestion. Dans l'attente d'une refonte complète du plan comptable hospitalier prévue pour 2006, le décret du 14 janvier 2005 susmentionné modifie à l'article R. 714-3-12 du CSP l'intitulé du groupe 1 de recettes qui devient « Produits versés par l'assurance maladie ».

Par ailleurs, à compter de cette année, un nouveau forfait annuel couvrant les charges transversales liées aux transplantations d'organes est instauré. En l'absence de compte spécifique ouvert à la nomenclature pour enregistrer cette recette, il est demandé aux établissements de l'imputer au compte 706215 « Forfait annuel prélèvements d'organes et de tissus ».

Il convient également de souligner que le compte 706514 « Participation forfaitaire de 1 euro » a été créé, par précaution, avant que le dispositif de recouvrement de cette participation forfaitaire, mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, ne soit définitivement arrêté. Le dispositif retenu prévoyant que l'assurance maladie est chargée des opérations de recouvrement, le compte nouvellement créé ne présente plus d'utilité. Néanmoins, cette mesure nécessitera la transmission aux caisses, par les établissements, d'informations permettant la comptabilisation de la participation forfaitaire. Les modalités d'application de cette disposition font l'objet d'une instruction particulière.

Couverture du besoin de trésorerie pour 2005

Les modalités particulières de valorisation de l'activité applicables en 2005 se traduisent par un décalage pouvant atteindre plusieurs mois entre la réalisation d'un séjour et le versement par l'assurance maladie de la part correspondant à la fraction financée par les tarifs de GHS. Un double dispositif est prévu pour couvrir ce besoin de trésorerie :

- d'une part, l'article 13 du décret du 14 janvier 2005 sus mentionné indique que les acomptes mensuels versés par l'assurance maladie au titre des mois de janvier et de février seront égaux au douzième du montant de la dotation globale de l'année 2004. La part représentative de l'activité facturable à l'assurance maladie versée au sein de ces douzièmes de dotation globale ne fera pas l'objet d'une compensation immédiate lors du paiement du premier trimestre d'activité 2005. L'avance ainsi consentie en début d'exercice sera maintenue tout au long de l'année 2005. La compensation ne s'effectuera que lors du paiement du 4e trimestre d'activité 2005, intervenant en début d'année 2006.
- d'autre part, un arrêté à paraître précise que les versements mensuels dus, à compter du mois de mars 2005, au titre de la dotation annuelle complémentaire, de la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et des forfaits annuels seront effectués en une seule fois, le 25 du mois, au lieu des trois versements précédemment effectués pour la dotation globale. La dotation annuelle de financement demeure versée selon un échéancier identique à celui qui existait dans le système de financement par dotation globale (60 % le 25 du mois puis 15 % le 5 et 25 % le 15 du mois suivant).

L'article 13 du décret proroge par ailleurs, pour 2005, les dispositions de l'article R. 174-1-9 du code de la sécurité sociale prévoyant que le règlement du solde de la dotation globale de l'exercice précédent vient en déduction des versements effectués au titre de l'exercice en cours (imputation de la créance dite de « l'article 58 »).

Transmission des informations de séjour

Sans préjudice des dispositions particulières qui seront mises en place en application de la loi sur l'assurance maladie (participation forfaitaire de 1 euro, médecin traitant, ...), les informations de séjour ainsi que celles relatives aux consultations et actes externes sont transmises à la caisse pivot dans les mêmes conditions que celles en vigueur en 2004.

L'article 10 du décret du 14 janvier 2005 précise par ailleurs que les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier ainsi que ceux ayant opté pour la dotation

globale transmettront à la caisse pivot les informations relatives aux consultations et actes externes, y compris les actes et consultations dont la part prise en charge par l'assurance maladie est couverte par la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Les modalités d'application de cette disposition font l'objet d'une instruction particulière.

Demande de prise en charge

Afin de simplifier la gestion des dossiers des patients avec la caisse pivot, la demande de prise en charge des frais d'hospitalisation et de soins (cf. ancien article R. 174-1-8 du code de la sécurité sociale) est supprimée pour les patients qui présentent une pièce d'identité et une carte vitale à jour (cf. nouvel article R. 174-4 du code de la sécurité sociale introduit par l'article 8 du décret du 14 janvier 2005).

Ecoles paramédicales et de sages-femmes

Le transfert du financement aux régions des écoles paramédicales et de sages-femmes interviendra à compter du 1er juillet 2005. Dans l'attente, il est rappelé qu'il convient d'ouvrir, dès le 1er janvier, un budget annexe dans les conditions précisées par les circulaires n° 509 du 26 octobre 2004 et n° 632 du 27 décembre 2004.

ANNEXE XI

LES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

I. - LE PLAN CANCER

La mise en oeuvre du plan national de lutte contre le cancer 2003-2007 se poursuit. L'année 2005 devra constituer une année majeure pour la concrétisation de mesures essentielles du plan, concernant les soins et les innovations, au sein des établissements de santé et des réseaux de cancérologie.

A cet effet, des moyens spécifiques nouveaux viennent compléter les financements déjà attribués en 2003 et 2004. Ils doivent permettre, en cohérence en particulier avec les nouvelles recommandations concernant l'organisation des soins en cancérologie, de poursuivre le renforcement des équipes médicales et soignantes, d'améliorer encore davantage l'accès aux traitements innovants et coûteux, et de structurer la cancérologie pédiatrique. Ils doivent également appuyer la modernisation du parc d'équipements lourds en imagerie et radiothérapie.

Vous veillerez à vous appuyer sur les deux circulaires relatives à l'organisation des soins en cancérologie (cf. note 5) pour affecter les moyens délégués au titre du plan cancer.

Les mesures qui devront être prioritairement accompagnées sont les suivantes :

Le renforcement des moyens médicaux et soignants nécessaires pour améliorer la qualité des prises en charge et la coordination des soins autour du patient

L'objectif est à la fois de renforcer les moyens dédiés à la mise en oeuvre de la pluridisciplinarité et de permettre la structuration des centres ou cellules de coordination des soins en cancérologie afin de soulager les équipes et d'améliorer la qualité des pratiques et le parcours des patients.

Le renforcement de la cancérologie pédiatrique

Les ARH ont identifié les centres spécialisés en cancérologie pédiatrique et les moyens nécessaires à leur mise à niveau, en cohérence avec la circulaire du 29 mars 2004. Le renforcement des moyens engagés en 2004 se poursuit en 2005 ; il s'inscrit dans une programmation pluriannuelle jusqu'en 2007.

Le renforcement de la radiothérapie

La mise à niveau des plateaux techniques de radiothérapie doit se poursuivre pour accompagner leur modernisation et réduire les délais d'attente, le suivi de ces délais devant constituer un élément de référence régional pour l'affectation des moyens. Tous les professionnels des centres de radiothérapie sont concernés : radiothérapeutes, radiophysiciens et manipulateurs d'électroradiologie.

L'indemnisation du stage des radiophysiciens est poursuivie. En intégrant cette mesure dans la MIGAC des établissements formateurs, il est attendu que le nombre de radiophysiciens continue d'augmenter (32 stagiaires dans la promotion 2005 à comparer à 19 en 2004) pour permettre un réel renforcement de ces professionnels au sein des structures.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Le renforcement des soins de support

L'accès aux soins de support s'inscrit dans la prise en charge de tout patient atteint de cancer. Des crédits sont délégués pour augmenter prioritairement les moyens en psycho-oncologie au sein des établissements de santé et améliorer la couverture nationale en structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle.

La poursuite du développement des soins palliatifs

Le renforcement attendu dans ce domaine concerne prioritairement la création de lits identifiés de soins palliatifs, qui donnera lieu à une contractualisation entre l'ARH et l'établissement de santé. Une augmentation importante de cette offre spécifique est donc attendue en 2005. Aucun moyen nouveau n'est prévu cette année pour la création d'unités de soins palliatifs dans l'attente de la publication en 2005 d'un cahier des charges relatif aux unités régionales de soins palliatifs, lié à l'accès au GHS 3. L'objectif national dans le cadre du plan cancer est d'atteindre une unité de soins palliatifs par pôle régional de cancérologie. Le financement des équipes mobiles de soins palliatifs financés jusqu'en 2004 a été intégré dans la base de la dotation MIGAC sous forme forfaitaire.

Le renforcement de la tabacologie hospitalière

Des moyens sont délégués à toutes les régions en 2005 pour leur permettre d'affecter, en fonction de leurs priorités et par l'intermédiaire d'un appel à projets régional, des financements à la tabacologie hospitalière.

Le renforcement des CECOS

Un financement est affecté en 2005 aux CECOS (centres d'études et de conservation des oeufs et du sperme) afin de renforcer leurs équipes dans leur activité de prévention des risques d'infertilité liés aux traitements anticancéreux.

L'appui à la mise en place des nouveaux équipements lourds

Deux types d'équipements lourds sont ciblés en cohérence avec les priorités cancer dégagées dans le plan d'investissement hôpital 2007. Les nouvelles TEP et les machines supplémentaires de radiothérapie, qui seront installées en 2005, bénéficient d'un appui spécifique destiné à renforcer les ressources humaines des établissements concernés.

L'amélioration de l'accès aux traitements innovants et coûteux

Les médicaments onéreux et les dispositifs médicaux utilisés dans le traitement des cancers sont financés dans le cadre de la liste réglementaire des médicaments facturés en sus des GHS pour favoriser leur accessibilité à tous les patients qui en ont besoin. Le développement des OMIT en 2005 et le contrat de bon usage permettront d'évaluer l'impact de cette mesure.

La majorité des crédits du plan cancer sont délégués dès ce début de campagne pour permettre leur affectation rapide dans les établissements. Les crédits restant à déléguer concernent principalement des mesures réparties nationalement par appel à projets :

- renforcement de l'oncogénétique (laboratoires et consultations) ;
- renforcement des tumorothèques ;
- programme hospitalier de recherche clinique et programme de soutien aux innovations thérapeutiques.

A ces mesures s'ajoutera en mi - campagne une dotation pour améliorer les modalités de préparation centralisée des cytostatiques.

II. - LE PLAN « URGENCES »

Le plan « urgences » annoncé le 30 septembre 2003 a connu une première phase de mise en oeuvre en 2004, dont le suivi a fait l'objet d'une mission confiée au Dr Pierre Mardegan. Une mission plus spécifique sur le suivi du volet relatif à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées a été confiée aux professeurs Claude Jeandel, chef de service de gériatrie clinique du CHU de Montpellier et Pierre Pfitzenmeyer, chef de service de l'unité de médecine gériatrique du CHU de Dijon.

Le bilan réalisé montre que les services concernés ont connu des renforcements significatifs et que de nombreuses capacités d'hospitalisation ont été créées pour améliorer la chaîne de prise en charge en aval des urgences.

S'agissant d'un plan pluri-annuel (2004-2008), certaines mesures du plan connaissent une montée en charge progressive. Des moyens sont ainsi attribués aux services d'urgences pour la dernière fois en 2005, bien que l'extension en année pleine de leur financement intervienne en 2006 ; la mesure relative au renforcement des infirmiers dans les SMUR verra sa dernière tranche réalisée en 2006.

Les travaux préparatoires à la définition des « volets urgences » des SROS de 3e génération doivent vous conduire à une évaluation de l'implantation des sites et des moyens nécessaires pour y assurer la qualité et la sécurité des soins qu'exige la médecine d'urgence. Dans cette perspective, vous veillerez à soutenir les organisations qui s'inscrivent véritablement dans une dynamique d'amélioration de la prise en charge fondée sur une évaluation de l'organisation des services d'urgences pré-hospitaliers et hospitaliers, comme le développement d'équipes communes au sein de fédérations ou la mise en place d'équipes d'organisation interne aux urgences (cf. mesure 10 du plan « urgences » : « Organiser l'accueil aux urgences » par des équipes comportant un médecin senior, un infirmier organisateur et un travailleur social, dont le rôle sera d'assurer une orientation adaptée pour chaque patient).

Les objectifs régionaux prévisionnels pour la mise en oeuvre du plan en 2005, tant pour les mesures financées par le forfait annuel des urgences que pour celles financées par les MIGAC et la DAC, sont déclinés régionalement, mesure par mesure, selon des critères qui vous sont explicités ci-dessous. Néanmoins, je vous précise à nouveau qu'il vous appartient de mettre en oeuvre les différentes mesures du plan en fonction de l'appréciation que vous portez sur les priorités au sein de votre région, tout en veillant à ce que chacune d'entre elles fasse l'objet d'une application effective. Ainsi, il vous est possible, dans un même domaine d'action, d'adapter, en accord avec les professionnels concernés, les répartitions des mesures telles qu'elles vous sont notifiées. Par exemple, si les moyens prévus pour les zones de surveillance de courte durée ne se justifient pas dans votre région, il vous est possible d'utiliser ces financements pour renforcer les équipes des SAMU ou des SMUR.

Vous adresserez une instruction aux établissements de votre région précisant les modalités de déclinaison du plan par établissement et pour l'ensemble des mesures. Pour les mesures dont vous assurez les notifications (MIGAC, DAC et hors T2A), il conviendra de déléguer les crédits dès le budget primitif et de vous assurer que les établissements engagent immédiatement les actions prévues.

Mesures financées dans le cadre des MIGAC

SAMU

Le plan « urgences » prévoyait de consolider les équipes SAMU-SMUR par un renfort en permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM) et en praticiens hospitaliers. Ces mesures ont été mises en oeuvre en 2004 et ont permis la création de 159 PARM et de 85 postes médicaux (35 en SAMU et 44 en SMUR).

Ces services ne bénéficient a priori pas de moyens spécifiques en 2005 au titre du plan urgences. Néanmoins, en fonction des besoins constatés dans votre région et après concertation des professionnels concernés, il vous appartient de proposer le renforcement des moyens consacrés à la régulation, notamment lorsqu'une progression significative de leur activité est constatée du fait de la mise en place de la garde ambulancière et de la régulation des appels relevant de la permanence des soins par les médecins libéraux.

SMUR

Le plan « urgences » prévoit également un renfort des SMUR en personnel infirmier, soit 200 postes chaque année sur 3 ans (2004-2006).

La mise en oeuvre du plan en 2004 a montré un besoin de souplesse pour permettre à chaque région, en concertation avec les professionnels concernés, d'ajuster les mesures pour mieux répondre aux besoins effectivement constatés. C'est ainsi que 44 postes d'ambulanciers et 55 postes non médicaux non-infirmiers ont pu être créés.

Il convient cette année de poursuivre l'effort pour assurer une médecine d'urgence de proximité, qui doit s'inscrire dans une démarche de sécurité, de qualité et d'égalité. A cet égard vous veillerez à organiser la présence d'un infirmier au côté du médecin dans les SMUR. Il est également essentiel de veiller à la situation des SMUR « de proximité » dont l'activité, si elle est modérée, n'en est pas moins indispensable à la prise en charge des patients en tout point du territoire.

Les moyens consacrés à cette mesure ont été répartis en fonction du nombre de sorties SMUR terrestres moyennées sur <https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

les années 2000, 2001 et 2002 (source SAE).

Le renforcement bénéficiera, en accord avec les professionnels concernés, aux établissements dont l'activité et les besoins justifient de conforter, notamment, la présence infirmière dans les SMUR. Vous veillerez à garantir aux SMUR de proximité les moyens nécessaires pour assurer leurs missions dans des conditions satisfaisantes.

Les moyens nécessaires au financement du SMUR géré par un établissement anciennement sous OQN ainsi que les aides contractuelles accordées à certains POSU des mêmes établissements sont ajoutés à la dotation MIGAC de la région concernée.

Renforcement de la compétence gériatrique

Des crédits sont intégrés pour le déploiement de la compétence gériatrique dans une logique de proximité des soins. Il s'agit de la 2e tranche d'un programme quinquennal, visant à :

- développer des équipes mobiles de gériatrie dans les établissements sièges de SAU ;
- renforcer le dispositif ambulatoire d'évaluation fondé soit sur des consultations gériatriques avancées, soit sur des pôles d'évaluation gériatriques, auxquels les médecins généralistes peuvent adresser les patients vivant à domicile qui le nécessitent ;
- favoriser l'accès à des compétences gériatriques, au-delà des seuls établissements sièges de SAU, notamment dans les établissements disposant de lits de médecine, dans une logique de proximité des soins. Les moyens humains mis à disposition doivent ainsi permettre de constituer des équipes pluridisciplinaires composées de personnels médical, paramédical et social, formés à la gériatrie.

Mesures financées dans le cadre des forfaits annuels des services d'urgences

Bien que n'étant pas intégrées dans les dotations mais prises en compte dans le calcul des forfaits, ces mesures vous sont rappelées ci-dessous :

Le plan « urgences » avait vocation à bénéficier à l'ensemble des services d'urgences, certaines mesures étant plus spécifiquement destinées aux services à forte activité. Il concernait également les services assurant la prise en charge des urgences pédiatriques, qui doivent également bénéficier de moyens dans ce cadre. Le plan périnatalité annoncé par le ministre en novembre dernier, doit également être l'occasion d'une réflexion visant à mieux articuler les services d'urgences et ceux de pédiatrie, notamment s'agissant de l'organisation des transports pédiatriques.

En 2005, il est souhaitable que la mise en oeuvre du plan conduise les établissements à faire évoluer l'organisation interne de leur service et d'envisager, par exemple, la mutualisation des équipes SAMU, SMUR et service d'urgence ou la mise en place d'équipes d'organisation interne pour améliorer la fluidité de la prise en charge aux urgences.

Équipes d'organisation interne dans les services d'urgences

Le plan « urgences » poursuivait l'ambition d'améliorer le fonctionnement des services d'urgences à forte activité, en organisant la prise en charge aux urgences, de l'accueil du patient à son orientation dans le système de soins et, le cas échéant, à son hospitalisation. A cette fin, l'effort commencé en 2004, qui a permis la création de 139 postes médicaux, 248 infirmiers et 264 personnels non médicaux pour les services d'urgences, doit être poursuivi en 2005. Néanmoins, il convient que les renforts en personnel ne se fassent pas nécessairement à organisation constante mais qu'ils s'accompagnent d'une réflexion des services concernés sur leur organisation et leur fonctionnement interne et les améliorations à y apporter.

Cette mesure, dont une part importante a été mise en oeuvre en 2004, est financée dans le cadre du forfait urgences et est attribuée de façon modulée aux établissements dont l'activité en 2004 est supérieure ou égale à 17 500 passages non suivis d'hospitalisation.

Renforcement des capacités logistiques

L'effort commencé en 2004 pour doter les services d'urgences en moyens logistiques, notamment en postes de secrétaires médicales, doit être poursuivi.

Comme en 2004, tous les services d'urgences, quelle que soit leur autorisation (SAU/UPATOU/POSU), bénéficient de cette mesure, incluse dans le forfait annuel. Les moyens consacrés à cette mesure sont donc répartis uniformément sur les forfaits applicables aux services d'urgences.

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

Personnels de remplacement

Pour adapter les effectifs à l'activité, dont les variations sont importantes, les services d'urgences pourront renforcer les équipes en remplaçant les personnels absents ou en accordant des heures supplémentaires.

Cette mesure est financée dans le cadre du forfait « urgences ». Comme en 2004, les remplacements de postes non médicaux attribués au titre de cette mesure bénéficient à tous les services d'urgences, quelle que soit leur autorisation (SAU/UPATOU/POSU). Les remplacements de postes médicaux bénéficient de manière modulée aux services d'urgences dont l'activité en 2004 est égale ou supérieure à 17 500 passages non suivis d'hospitalisation.

Mesure financée dans le cadre de la dotation annuelle complémentaire (DAC)

Zones de surveillance de très courte durée

Les zones de surveillance de très courte durée ont été rendues obligatoires par le décret du 9 mai 1995. Le constat de l'an passé reste toujours d'actualité (ces zones ne sont pas toujours opérationnelles, soit qu'elles n'aient pas été créées, soit qu'elles ne soient pas situées à proximité du service des urgences).

Cette mesure est financée, d'une part, par les tarifs et, d'autre part, par la dotation annuelle complémentaire (DAC), qui est répartie en fonction du nombre de passages en 2002 aux urgences, qu'ils soient ou non suivis d'hospitalisation (source SAE). Il vous appartient de répartir ces crédits au sein de votre région afin d'assurer de la mise en place effective de ces zones dans tous les services d'urgences en 2005 et, le cas échéant, d'en faire bénéficier les établissements connaissant des besoins en termes de personnel affecté à cette zone.

La création de places d'HAD

Le développement de l'HAD fait l'objet d'un accompagnement budgétaire depuis 2004. L'objectif en 2005 est d'atteindre une capacité totale de 8 000 places d'HAD afin d'améliorer l'accès à ce dispositif. Un recensement précis au 30 septembre 2004 avec votre concours fait apparaître une augmentation de 1 000 places autorisées par rapport aux données 2002, ce qui porte la capacité actuelle à plus de 5 700 places. A cette date, sont recensées 143 structures d'HAD sur le territoire et ce ne sont plus « que » 22 départements qui ne compte aucune place. La majeure partie de ces créations se concentre sur 2004 compte tenu du nouveau contexte légal plus incitatif et fondée sur la fin du « taux de change ».

Cela témoigne d'une montée en charge significative du développement de l'HAD, d'un phénomène de rattrapage et d'un rééquilibrage territorial malgré le temps de maturation inhérent à ce type de dispositif. Le recensement des projets en janvier 2005 fait apparaître un potentiel de développement de plus de 1 700 places tout promoteur confondu.

Les projets passés ou inscrits en CROSS 2005 portent sur 1 621 places.

L'HAD étant financée à l'activité, les crédits prévus devraient être intégrés dans les DAC. Toutefois pour permettre le démarrage de nouveaux services un montant de 22 millions d'euros a été intégré dans vos dotations régionales MIGAC à titre exceptionnel. En 2006, ces crédits devront être transférés dans vos dotations DAC à hauteur de la fraction supportée par la DAC en 2006. Ils s'agit de donner aux nouveaux promoteurs les moyens de mettre en place cette activité. Par conséquent, il vous est demandé de contractualiser avec le promoteur concerné afin de lui fournir une « avance sur activité » en permettant le recrutement de personnels et des moyens de coordination, locaux, matériels...

Une instruction aux ARH relative au développement de l'HAD viendra accompagner l'utilisation de ces crédits afin de s'assurer du caractère substitutif de l'HAD-moyens d'hospitalisation traditionnelle. Elle permettra également de préciser les modalités du bilan en fin d'année 2005. Pour l'évaluation des besoins, seuls les projets inscrits en CROSS 2005 ou déjà passés en CROSS 2004 sont retenus.

Mesures financées dans le cadre des DAF

Augmentation de la capacité de prise en charge en soins de suite ou de réadaptation

L'amélioration de la prise en charge des personnes âgées et des patients atteints de polyopathologies implique le développement du nombre de lits de soins de suite et de réadaptation. Ainsi le plan urgence prévoyait pour les années 2004-2008 la création de 15 000 lits de soins de suite médicalisés.

Il était prévu que ces lits puissent être à la fois créés ex-nihilo et par transformation de lits d'autres disciplines. En 2004, la

création de 1 600 nouveaux lits était prévue au titre du plan urgences. 915 ont été réalisés (689 lits en créations nettes, 226 lits en transformation de lits de court séjour en lits de SSR). Par ailleurs, la médicalisation des lits a eu pour conséquence la création de 506 ETP dont 48 médicaux et 458 non médicaux.

Pour 2005, les montants alloués ont été répartis comme suit : 50 % en fonction de la population totale, 30 % en fonction de la population des plus de 75 ans, 20 % en fonction de l'indice comparatif de mortalité par tumeurs (métropole) et en fonction de la prévalence du diabète pour les départements d'outre-mer.

Il vous est demandé d'augmenter les capacités soit en poursuivant la médicalisation, soit par la création de nouveaux lits, soit par transformation de lits d'autres disciplines. Comme pour 2004, les crédits qui vous sont alloués pour la médicalisation de lits de soins de suite représentent le solde net entre le coût des lits médicalisés à créer et les économies réalisées à partir de la suppression des lits occupés de manière inadéquate après transfert vers le secteur médico-social des financements nécessaires aux forfaits soins des places créées dans ce secteur.

Le degré de médicalisation doit être suffisant pour permettre une prise en charge globale du patient. Par ailleurs, il conviendra de veiller tout particulièrement à l'articulation en amont avec les services de médecine et de chirurgie et en aval avec les structures du secteur médico-social.

La médicalisation des hôpitaux locaux

Le développement des hôpitaux locaux fait l'objet d'un plan pluriannuel sur la période 2004-2007.

L'objectif de remédicalisation de ces établissements passe de la même façon qu'en 2004, prioritairement par la réintroduction des lits de court séjour de médecine afin de leur permettre de remplir leur rôle de niveau de prise en charge de proximité en application de la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local, et le renforcement de la présence soignante (en IDE).

Les crédits prévus correspondent à la création d'ici à 2007 de 247 ETP d'IDE et de 1 350 lits de médecine.

Ainsi en 2004, ce sont 8,8 millions d'euros qui sont venus en appui des orientations ministérielles.

88 % des crédits fléchés au national pour le renforcement en IDE ont été consacrés à la réalisation de cette mesure.

80 % des crédits fléchés en national pour le développement des lits de médecine ont été consacrés à la réalisation de cette mesure.

En 2005, l'enveloppe spécifique correspond aux objectifs suivants :

Le financement de 82 ETP d'IDE. L'effort accompli en 2004 doit être poursuivi afin d'améliorer le temps de présence soignante auprès des patients accueillis en hôpital local. Pour rappel, il y a 0,26 ETP d'IDE en service de médecine à l'hôpital local contre 0,43 dans un service de médecine d'un centre hospitalier de taille moyenne.

La réintroduction des lits de court séjour de médecine (environ 400 lits) dans les hôpitaux locaux qui en sont dépourvus. Il s'agit d'amplifier le mouvement amorcé en 2004 et d'accroître la re-médicalisation des prises en charges dispensées à l'hôpital local prioritairement par le développement du court séjour de médecine. C'est en disposant de ce type de service, aux côtés de SSR, de SLD et de l'hébergement que l'hôpital local peut devenir une véritable plate-forme de soins et d'activités de proximité au bénéfice du patient.

Le critère de ventilation de ces crédits est le poids régional en hôpital local par rapport au poids national.

III. - LE PLAN PÉRINATALITÉ

Le plan périnatalité, annoncé par le ministre des solidarités, de la santé et de la famille le 10 novembre 2004, comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

Le coût des mesures prévues dans le cadre de ce plan s'élève à 274 millions d'euros sur trois ans.

Mesures financées dans le cadre des DAC

Mise aux normes des établissements (mesure n° 3.1 du plan périnatalité)

La mise aux normes des établissements, en application des décrets n° 98-899 et n° 98-900 du 9 octobre 1998 et de

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

l'arrêté du 25 avril 2000, devra être respectée dans les délais prévus par le décret du 16 octobre 2003 soit, selon les régions, entre fin octobre 2005 et fin décembre 2006. La mise aux normes des maternités devra se faire en conformité avec les SROS 3 sur lesquels vous travaillez en ce moment.

Vous veillerez à répartir les moyens alloués en visant plus particulièrement les établissements pour lesquels l'écart par rapport aux normes réglementaires est important, les restructurations déjà engagées ou prévues, et dans ce cadre, les maternités amenées à prendre en charge l'activité d'autres maternités ayant déjà ou devant prochainement fermer et celles qui connaissent une surcharge d'activité chronique, les établissements ayant réalisé des efforts, par redéploiement interne, pour doter les services concernés en personnel médical et non médical.

La dotation financière est versée intégralement en dotation annuelle complémentaire, compte tenu de l'effort spécifique qui doit être réalisé pour la mise aux normes en 2005. Je vous rappelle que l'enveloppe « mise aux normes » n'est pas pluriannuelle, il importe donc que l'essentiel des recrutements soit engagé sur l'année 2005. Comme indiqué en introduction sur les plans de santé publique, les recrutements pourront commencer au deuxième trimestre 2005.

La répartition régionale est basée sur le nombre moyen d'accouchements en 2000, 2001 et 2002 (Source SAE). La part des tarifs s'appliquant aux GHS correspondants d'obstétrique et de néonatalogie sera mécaniquement augmentée en 2006.

Mise en place d'un entretien individuel de préparation à la naissance au cours du 4e mois (mesure n° 1.1 du plan périnatalité)

Il est prévu dans le plan périnatalité un entretien individuel et/ou en couple, qui sera systématiquement proposé au cours du 4e mois à toutes les femmes enceintes, afin de préparer avec elles les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Il sera réalisé sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent. Ces entretiens pourront avoir lieu en maternité ou en secteur libéral.

Des recommandations de bonnes pratiques cliniques en matière de préparation à la naissance ont été d'ores et déjà demandées à l'Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé (désormais Haute Autorité en santé) et devraient être rendues publiques en 2005.

Pour l'année 2005, les crédits sont répartis entre les structures antérieurement financées par dotations globales autorisées pour l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale, en tenant compte de l'activité des maternités (nombre d'accouchements moyen en 2000, 2001 et 2002 dans les établissements, source SAE). Il conviendra de procéder aux recrutements à partir du début du deuxième trimestre. L'extension en année pleine sera réalisée en 2006.

Mesures financées dans le cadre des MIGAC

Meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance (mesure n° 1.2 du plan périnatalité)

Cette démarche vise à renforcer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents, notamment par des collaborations médico-psychologiques en maternité.

Il vous appartient d'apprécier les besoins identifiés localement pour le recrutement des psychologues. Il conviendra également de vérifier, d'une part, que l'objectif de couverture de tout le territoire sera bien pris en compte et, d'autre part, que des collaborations médico-psychologiques seront organisées, en lien avec les réseaux de périnatalité. À ce titre, un projet de circulaire relatif à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, qui doit être prochainement signé, prévoit qu'il soit établi un état des lieux à la fois quantitatif et qualitatif, et développe des recommandations en terme de mutualisation des moyens et de promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

Le plan périnatalité prévoit pour la mise en oeuvre de cette mesure un financement de 12 millions d'euros sur 3 ans, en mesures MIGAC, pour l'ensemble des établissements auparavant sous dotation globale autorisés pour l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

Pour l'année 2005, la répartition régionale des crédits attribués aux hôpitaux publics a été calculée sur le critère de l'activité en nombre d'accouchements.

Amélioration et la structuration des transports des mères, des nouveau-nés et des enfants (mesure n° 3.2 du plan périnatalité)

Afin de mieux organiser les transports sanitaires des nouveau-nés, des nourrissons, et des enfants, la circulaire DHOS/O1/2005/67 du 7 février 2005 prévoit trois modalités de prise en charge : SMUR pédiatrique, SMUR « pédiatrisé » ou transport par le SMUR avec protocoles spécifiques à la prise en charge des enfants.

Vous veillerez à définir les besoins en matière de transport d'enfants dans votre région selon les modalités décrites dans cette circulaire. Vous veillerez également à ce que la répartition des crédits au sein de votre région tienne compte des évolutions d'activité et notamment des restructurations ayant un impact potentiel sur les transports pédiatriques.

Dans ce cadre, et pour le renforcement des SMUR pédiatriques, le plan périnatalité prévoit une enveloppe de 9 millions d'euros dont la part assurance maladie est financée dans la dotation MIGAC. La notification d'une partie de cette enveloppe dès 2005 doit vous permettre, compte tenu des délais nécessaires à la mise en oeuvre, de procéder aux recrutements nécessaires à partir du deuxième trimestre, étant entendu que l'extension en année pleine sera réalisée en 2006.

La répartition régionale est établie pour 2005 en fonction de l'activité (nombre d'accouchements moyen en 2000, 2001 et 2002 dans les établissements publics - Source SAE) et de la situation régionale en terme de transports pédiatriques (structures existantes et orientations souhaitées en application de la circulaire DHOS/O1/2005 : 67 du 7 février 2005 relative à l'organisation des transports médicalisés inter-hospitaliers de nouveau-nés, nourrissons et enfants).

Les PASS

Par ailleurs le renforcement de trois pôles d'accès aux soins de santé (PASS) est financé dans le cadre de ce plan pour améliorer la prise en charge des femmes enceintes en situation de précarité.

IV. - LES AUTRES MESURES DE SANTÉ PUBLIQUE

Le plan d'Alzheimer :

Des crédits sont intégrés dans vos dotations MIGAC pour le développement des « consultations Mémoire » : ils ont été répartis entre toutes les régions en fonction de la population âgée de 75 ans et plus pour le renforcement des consultations mémoire existantes et en fonction du bilan de la situation existante pour la création de consultations mémoire en priorité dans les 15 régions n'ayant pas atteint l'objectif en 2005 d'une consultation pour 20 000 personnes âgées de 75 ans et plus. L'objectif en 2007 étant d'avoir une consultation pour 15 000 patients âgés de 75 ans et plus. Le coût d'une consultation mémoire ayant une file active de 200 à 400 patients est estimée à 120 000 euros.

Des crédits sont également intégrés à vos dotations MIGAC pour les centres mémoires de ressource et de recherche, ils ont été répartis entre les 18 CMRR labellisés.

Les « consultations cannabis » :

La création des consultations cannabis fait partie des mesures du plan gouvernemental de lutte contre les drogues 2004-2008. La mission interministérielle de lutte contre la drogue et les toxicomanies (MILDT) a assuré le financement des consultations cannabis pour le dernier trimestre 2004 sur des crédits d'État. Au 1er janvier 2005, il est demandé à l'assurance maladie d'assurer ce financement. Les consultations implantées dans les établissements de santé, sont en conséquence financées par la dotation MIGAC des établissements.

La répartition des crédits est régionalisée et repose sur la distribution de la population des jeunes âgés de 15 à 25 ans (source Insee).

La prise en charge des personnes en état végétatif chronique ou pauci relationnels :

En références aux données épidémiologiques, 1 200 personnes actuellement en France relèvent d'EVC ou EPR, et doivent disposer de lits sanitaires destinés à ce type de prise en charge, très spécifique. Les personnes en EVC ou en EPR, généralement âgées de moins de 60 ans, sont actuellement prises en charge de façon ponctuelle et dérogatoire dans des services de médecine, de réanimation, de soins de suite et de réadaptation ou de long séjour, dans des conditions qui ne sont pas adaptées à leurs besoins. Certaines d'entre elles sont même maintenues à domicile, faute de possibilités d'accueil en milieu hospitalier ; ce qui pose des problèmes de qualité de la prise en charge et de retentissement sur l'entourage familial. Des crédits d'un peu plus de 4 millions d'euros sont intégrés dans vos dotations DAF pour permettre aux personnes en EVC ou en EPR d'accéder à des soins appropriés à leurs états, dans des unités de 6 à 8 lits qui leurs seront spécifiquement dédiées afin de faire face à une charge en soins et à une surveillance médicale importantes, tout en constituant des lieux de vie.

NOTE (S) :

<https://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dhos-f-odss-1a-n-2005-119-du-1er-mars-2005-relative-a-la-campagne-tarifaire-2005-des-etablissements-de-sante-anterieurement-finances-par-dotation-globale/>

- (1) Arrêté du 31 décembre 2004 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement.
- (2) Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.
- (3) Pour les données relatives aux actes et consultations externes, aux forfaits techniques, aux passages aux urgences, aux IVG, aux prélèvements d'organes et aux nouvelles prestations de dialyse, ainsi que pour les données relatives à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux faisant l'objet d'une facturation en sus
- (4) Un arrêté en cours de publication viendra préciser l'ensemble de ces opérations de valorisation ainsi que le calendrier des versements.
- (5) Circulaire de 2005 relative à l'organisation des soins en cancérologie et celle de mars 2004 relative à la cancérologie pédiatrique