

MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPÉES
Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
Sous-direction des affaires financières
Bureau du financement de l'hospitalisation publique et des activités spécifiques de soins
pour les personnes âgées - F 2
Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé - 1 A

**Circulaire DHOS-F2-O/DSS-1 A n° 2004-36 du 2 février 2004 relative à la
campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par
dotation globale**

SP 3 332
643

NOR : SANH0430031C
(Texte non paru au *Journal officiel*)

Références :

Code de la santé publique, notamment les articles L. 6145-1 et L. 6145-4 ;
Articles LO. 111-3 et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;
Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 et
notamment les articles 25 à 34 et l'article 54 ;
Instruction DHOS/F2 n° 2003/579 du 12 décembre 2003 relative à la campagne budgétaire
2004 des établissements financés par dotation globale.

Date d'application : immédiate.

Pièces jointes : 3 tableaux ; 7 annexes.

*Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées à Mesdames et Messieurs
les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour mise en oeuvre) ; Madame et
Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales [pour
information]) ; Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales
des affaires sanitaires et sociales [pour information])*

L'instruction du 12 décembre 2003 vous a présenté le déroulement de la campagne budgétaire
2004 et les modalités particulières de construction de vos dotations régionales, marquant le
passage à un nouveau mode de financement des établissements de santé, la tarification à
l'activité. La présente circulaire a pour objet de vous notifier les dotations régionales de
dépenses hospitalières à partir desquelles vous devrez approuver les budgets primitifs 2004 des
établissements sanitaires financés par dotation globale et de vous en préciser les modalités de
gestion.

La réforme du mode de financement des établissements de santé constitue un axe majeur de la
modernisation du système hospitalier engagée par le plan « Hôpital 2007 ». Les autres grands
chantiers de cette modernisation sont d'ores et déjà lancés : l'investissement hospitalier
bénéficiera sur cinq ans d'un effort exceptionnel de 10 milliards d'euros ; l'ordonnance de
simplification du 4 septembre 2003 a assoupli les règles d'organisation de l'offre de soins et
fourni de nouveaux outils juridique pour la réalisation des investissements ; la concertation sur
la réforme de la gouvernance vient d'aboutir. Dans ce cadre, l'application de la tarification à
l'activité à la campagne budgétaire 2004, dans les conditions que vient de fixer la loi de
financement de la sécurité sociale, constitue la première étape de l'instauration progressive d'un

mode de financement prenant mieux en compte l'activité médicale et le service rendu dans les établissements publics comme dans les établissements privés et garantissant en conséquence une allocation plus équitable des ressources.

Comme le prévoit la loi de financement de la sécurité sociale, la tarification à l'activité s'applique en 2004 dans le cadre budgétaire et financier inchangé de l'encadrement des dépenses et du financement par la dotation globale. Toutefois, pour la dernière campagne budgétaire se déroulant dans ce cadre, le mode de calcul des dépenses encadrées et de la dotation globale est profondément modifié pour les établissements entrant dans le champ de la réforme, ces éléments étant, pour chaque établissement, déterminés dans les mêmes conditions et avec les mêmes paramètres que le seront les composantes du futur système de financement qui sera applicable à partir de 2005 (dotation annuelle complémentaire, tarifs de prestations et enveloppes missions d'intérêt général pour l'activité de court séjour, dotations annuelles pour les autres activités). Ainsi, dès 2004, c'est l'activité réelle des établissements qui sera financée à hauteur de 10 % des tarifs cibles. De même, les dépenses réelles correspondant aux médicaments et dispositifs médicaux coûteux dont la liste est annexée à la présente circulaire seront intégralement financées.

Cet objectif de financement de l'activité réelle des établissements conduit à réaliser par la présente circulaire une première allocation de ressources qui doit vous permettre d'attribuer aux établissements les moyens nécessaires au déploiement de leur activité en début d'exercice, dans l'attente de la connaissance de son évolution réelle au cours de l'année 2004. Les dotations régionales de dépenses hospitalières qui vous sont ainsi notifiées sont destinées à être révisées dans le courant de l'année, en hausse ou en baisse, en fonction des résultats d'activité constatés. Afin de limiter le plus possible les ajustements à la baisse, cette première allocation est nécessairement limitée au regard de la progression des dépenses encadrées autorisée (+ 4,45 % en métropole) en application de l'ONDAM voté par le Parlement.

Cette nouvelle logique, dans laquelle les moyens dont disposeront les établissements ne seront plus déterminés a priori mais dépendront du volume de leur activité, modifie profondément la nature de la circulaire budgétaire de début de campagne. L'évolution des moyens qui en résulte ne peut, pour cette raison, être comparée à celle fixée au début des campagnes budgétaires précédentes. Vous veillerez à sensibiliser les établissements aux objectifs et aux conséquences de ce changement de perspectives.

La composition des dotations régionales initiales de dépenses hospitalières vous est détaillée ci-dessous.

I. - L'ÉVOLUTION DES DOTATIONS HOSPITALIÈRES

1. L'évolution des dépenses d'assurance maladie

Dans un contexte très difficile pour l'assurance maladie, le financement des établissements sous dotation globale a été préservé, le taux de progression des dépenses d'assurance maladie pour ce secteur ayant été fixé à 4,12 %, alors que les dépenses de l'ensemble des lignes de l'ONDAM doivent évoluer de 4 %. Sous réserve de la signature de l'arrêté prévu à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, l'objectif des dépenses d'assurance maladie, après prise en compte des transferts entre lignes de l'ONDAM, pour les établissements financés par dotation globale en 2004 est de 45,454 milliards d'euros (hors soins de longue durée et hors hôpitaux militaires et Institut national des Invalides).

En ce qui concerne les départements d'outre-mer, la progression des dépenses d'assurance maladie a été fixée à + 6 % par rapport à 2003, permettant ainsi la poursuite de la politique de rattrapage menée en faveur de ces départements.

2. L'évolution des dépenses hospitalières encadrées

L'objectif des dépenses hospitalières encadrées pour les établissements cités ci-dessus a été fixé en métropole à 48,9 milliards d'euros, soit une progression de 4,45 % et dans les départements d'outre-mer à 1,52 milliard d'euros, soit une progression de 6,33 %.

Les dépenses hospitalières encadrées progresseront ainsi en 2004 à un rythme plus rapide que les dépenses d'assurance maladie en raison de l'augmentation attendue des produits de l'activité hospitalière (recettes de groupe 2, principalement forfait journalier et ticket modérateur) facturés aux patients.

Le Gouvernement a en effet pris deux mesures qui entraîneront une forte augmentation de ces recettes en 2004 :

- le décret n° 2003-1207 du 18 décembre 2003 modifie et précise le régime des exonérations de ticket modérateur liées à des actes, dont la cotation à la NGAP est égale ou supérieure à 50, qui avait été appliqué au fil du temps de manière extensive et inégale. L'exonération est désormais réservée aux actes les plus coûteux et les consultations externes qui précèdent ou qui sont postérieures aux séjours hospitaliers devront désormais être facturées selon le droit commun ;
- l'arrêté du 18 décembre 2003 augmente le montant du forfait journalier hospitalier, dont la dernière revalorisation remontait à 1996. A compter du 1er janvier 2004, ce montant est porté à 13 euros (soit une augmentation de 2,33 euros). Toutefois pour ne pas pénaliser les patients hospitalisés en psychiatrie bénéficiaires d'une ALD, dont beaucoup alternent séjours à l'hôpital et retours en ville, le forfait hospitalier pour ces patients a été ramené à 9 euros (soit 1,67 euros de moins que précédemment).

L'augmentation de recettes liée à ces deux mesures a été évaluée à 169 millions d'euros en métropole et 5,16 millions d'euros dans les départements d'outre-mer, ce qui représente une augmentation des recettes de groupe 2 de 5,84 % (1) et un différentiel de 0,36 % entre le taux de progression de l'objectif de dépenses hospitalières exprimé en dépenses d'assurance maladie ou en dépenses autorisées des établissements. La progression des dépenses hospitalières fixée pour 2004 en tient compte, c'est pourquoi vous devez veiller à ce que les budgets que vous approuverez intègrent une augmentation des recettes de groupe 2 compatible avec ce différentiel, l'attribution de l'intégralité des mesures nouvelles prévues dans la campagne 2004 étant conditionnée par la réalisation effective de la recette supplémentaire. Il est donc impératif que vous procédiez aux recalages nécessaires dès l'approbation des budgets primitifs des établissements concernés. Si la recette de groupe 2 supplémentaire dépend naturellement de la nature et du volume de l'activité de chaque établissement, vous devez néanmoins impérativement constater à l'échelon régional une augmentation prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie (somme des dotations globales que vous aurez arrêtées) inférieure à celle des dépenses hospitalières autorisées (somme des dépenses encadrées résultant des budgets primitif arrêtés). Sauf dans les cas où la répartition entre les activités de court-séjour et les activités de psychiatrie s'écarte sensiblement de la moyenne nationale, ce différentiel devrait être de l'ordre de 0,36 %. Enfin, vous voudrez bien inciter les établissements à un effort particulier pour veiller à l'émission et au recouvrement adéquat de ces recettes propres. L'annexe 1 détaille l'ensemble de ce mécanisme.

II. - COMPOSITION ET GESTION DES DOTATIONS RÉGIONALES DES DÉPENSES HOSPITALIÈRES

1. La détermination des bases régionales pour 2004

Toutes les mesures allouées en 2003 ont été prises en compte dans les dotations régionales qui vous ont été notifiées par la circulaire du 3 décembre dernier. Vos bases régionales pour 2004 ont donc été calculées à partir des montants des crédits alloués à titre reconductible en 2003 indiqués dans la circulaire précitée corrigés des effets de champ effectués en fin d'exercice entre les différentes lignes de l'ONDAM tels qu'ils vous ont été communiqués par messagerie électronique fin décembre 2003. Le tableau 1 retrace le calcul de vos bases régionales à partir de ces éléments.

2. La détermination des dotations régionales selon le modèle tarification à l'activité

Les dotations régionales qui vous sont notifiées ont été calculées en intégrant les résultats du modèle d'allocation de ressources de la tarification à l'activité. Plus précisément, votre dotation régionale peut être décomposée en deux grandes catégories, la première constituée des ressources calculées en fonction de l'activité et la seconde des financements ne dépendant pas de celle-ci. Le tableau 2 détaille votre dotation régionale.

2.1. Les ressources dépendant de l'activité

La première catégorie regroupe les ressources calculées en application du modèle d'allocation de la tarification à l'activité et dont le montant évoluera au cours de la campagne, à proportion de l'évolution de l'activité des établissements. En 2004, la part des ressources allouée en fonction de l'activité représente, ainsi, en début de campagne, 8,9 % des dotations régionales en métropole et 7,7 % dans les DOM. Ce pourcentage encore limité permet cependant d'opérer d'ores et déjà des redistributions significatives entre les régions, fondées sur l'efficacité relative des établissements, marquant la poursuite de l'effort de correction des inégalités de ressources, opéré désormais directement entre établissements.

Ces ressources recouvrent trois sous-ensembles :

La valorisation de l'activité 2002 des établissements entrant dans le champ de la réforme sur la base des tarifs 2004 (ces tarifs intègrent donc à hauteur de 10 % l'impact des mesures nouvelles dont le financement relève de tarification à l'activité). Pour tenir compte des surcoûts, notamment en matière d'immobilier et de coût de personnel, les tarifs appliqués pour calculer le montant des ressources liées à l'activité ont été majorés (2) de 10 % pour les établissements de Paris et de sa petite couronne, de 5 % en Corse, de 25 % pour les départements français d'Amérique et de 30 % à la Réunion. Cette majoration constitue une première approche des surcoûts géographiques. Ces derniers feront l'objet en 2004 de travaux complémentaires et approfondis afin d'une mise en œuvre étendue en 2005. Le montant intégré à votre dotation régionale est égal à la somme des montants calculés par établissement. Les données d'activité 2003, puis 2004, seront prises en compte pour financer les ajustements budgétaires infrannuels (cf. III.1).

Les consultations, actes externes et forfaits techniques ont été valorisés sur la base des tarifs de la NGAP ou des forfaits techniques à partir de l'activité 2002. En ce qui concerne les examens ou les diagnostics effectués par les caméras à positons, le forfait technique est provisoirement fixé à 1 000 euros et s'agissant d'une activité dont le développement est très récent, elle a été valorisée sur la base d'une activité moyenne annuelle par appareil de 1 500 examens.

Par ailleurs, certains tarifs ont bénéficié de revalorisations particulières importantes correspondant aux crédits alloués pour le financement de mesures spécifiques. Le calcul des tarifs des GHS de radiothérapie a intégré les crédits destinés à financer le renforcement des équipes. De même les crédits correspondant au coût de la mise aux normes des activités de périnatalité en 2004 (33,5 millions d'euros en métropole et 4 millions d'euros dans les DOM) ont été inclus dans le calcul des tarifs de maternité et de néonatalité. Le montant des tarifs 2004 des GHS est joint en annexe 4.

De même, les tarifs de prestation de l'interruption volontaire de grossesse sont revalorisés de 29 % par rapport aux tarifs précédents. Un arrêté fixant ces nouveaux tarifs est en cours de signature.

La valorisation des forfaits annuels urgences et de coordination des prélèvements d'organes. Ces montants ont également été calculés par établissement en fonction des données d'activité que vous avez communiquées (passages aux urgences) ou fournies par l'EFG (nombre de prélèvements). Je vous rappelle que les forfaits annuels financent dès 2004 l'intégralité de l'activité concernée.

Cette valorisation intègre les mesures nouvelles issues du plan urgences propres aux services d'accueil et de traitement des urgences. Un montant supplémentaire de 64,87 millions d'euros est ainsi alloué aux services d'urgences, se traduisant par une augmentation des forfaits annuels des services d'urgence de 12 % en moyenne, différenciée selon la tranche de fréquentation du service, par rapport au montant retenu pour le calcul des bases budgétaires en tarification à l'activité. Là encore, le montant régional est égal à la somme des montants calculés par établissement.

Le financement des médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux dont la liste figure en annexe. La base « médicaments et dispositifs médicaux implantables » représente 930 millions d'euros (France entière). Les montants alloués en début d'exercice sont égaux à 80 % des dépenses déclarées par les établissements au titre de l'année 2003 (dépenses estimées) au cours de l'enquête réalisée cet été (cf. circulaire DHOS/F1 du 28 juillet 2003). L'application d'un coefficient de 0,8 a pour but d'éviter le risque de devoir procéder en cours d'année à un ajustement négatif du budget de l'établissement (voir paragraphe III.1). La mise en œuvre de ce dispositif de précaution ne pénalisera pas les établissements, qui recevront au cours de l'année, par le moyen des décisions modificatives, les crédits correspondant à la totalité des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux, correspondant aux produits figurant sur les listes jointes en annexes 2 et 3. La constitution d'une réserve au niveau national au titre du plan « cancer » ou pour le financement de nouvelles molécules ou dispositifs innovants tient compte de la progression très rapide de ce poste de dépenses.

J'appelle votre attention sur la nécessité pour les établissements de s'engager dès à présent dans une démarche de bon usage de ces médicaments et dispositifs médicaux coûteux. Comme le prévoit en effet la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, leur financement intégral ne sera maintenu en 2005 que pour les établissements qui auront conclu avec vous un contrat de bon usage dont le contenu et les modalités de mise en œuvre vous seront précisés prochainement.

Pour l'ensemble de ces ressources, les moyens attribués aux établissements au budget primitif résultent mécaniquement de l'application du modèle sans possibilité de modulation par l'ARH. Les moyens alloués au titre de l'activité et des consommations de médicaments et DMI feront l'objet d'ajustements budgétaires en cours d'année selon des modalités décrites au paragraphe III.1.

L'outil ayant permis le calcul de ces éléments établissement par établissement vous sera remis sur support électronique en même temps que la présente circulaire. Il vous donnera pour chaque établissement concerné la part de sa dotation à attribuer au titre de l'activité et vous permettra également, si vous le souhaitez, de répartir les autres mesures dans la logique de la réforme de la tarification.

2.2. Les ressources ne dépendant pas de l'activité

La deuxième catégorie de ressources correspond à la partie de la dotation qui reste calculée hors activité. Elle repose sur une base constituée de l'ensemble des autres ressources disponibles en base 2004 avant attribution des crédits nouveaux 2004. Il s'agit donc de votre base budgétaire régionale dont ont été soustraites les ressources calculées en application du modèle de tarification à l'activité. Pour les établissements du champ (établissements MCO ayant produit en 2002 des données PMSI et des retraitements comptables), les montants correspondants sont décomposés en sous-ensembles virtuels reprenant les différents éléments constitutifs du modèle de la tarification à l'activité : dotation annuelle complémentaire, MIGAC, enveloppes « Soins de suite » et « Réadaptation et psychiatrie ». Pour les établissements hors champ de la tarification à l'activité en 2004, les ressources correspondant à leur base 2004 sont regroupées en un seul ensemble. En 2004, les établissements du champ de la réforme qui n'ont pas produit les éléments nécessaires sont exceptionnellement classés avec les établissements hors champ. Il vous appartient de rappeler à ces établissements qu'ils doivent impérativement fournir les éléments nécessaires à leur entrée dans la réforme en 2005. Vous pourrez éventuellement recourir à l'emploi de mécanismes incitatifs en ce sens lors de la campagne budgétaire en cours. Cette partie de vos dotations régionales reste nettement la plus importante en 2004 puisqu'elle représente en base moyenne 91,1 % de vos dotations en métropole et 92,3 % dans les DOM.

Les crédits supplémentaires qui peuvent être alloués au titre de la présente campagne budgétaire ont vocation à être alloués en fonction des règles et procédures habituelles. Par construction, ils ne peuvent être affectés qu'en majoration des ressources de la deuxième catégorie. Si vous pouvez les allouer par établissement de manière globale en début de campagne, il vous est rappelé qu'un travail par sous-enveloppe devra ensuite être engagé en cours d'année, afin d'évaluer précisément pour 2005 le montant des sous-enveloppes par région (cf. IV). Cette partie de votre dotation a donc été déterminée en fonction des priorités nationales et locales en matière de politique sanitaire. Sa répartition entre les établissements reste de votre responsabilité en fonction du schéma régional d'organisation sanitaire, des contrats d'objectifs et de moyens et de l'analyse de la situation particulière de chaque établissement. J'appelle cependant votre attention sur le fait que la répartition à laquelle vous allez procéder doit respecter la logique de la réforme de la tarification. Vous devez tout particulièrement veiller à préparer les établissements à s'adapter à leur niveau de ressources futur.

3. La poursuite nécessaire des efforts d'optimisation des ressources

Les établissements doivent poursuivre la recherche de mesures d'économies qui pourront être atteintes par la mise en place de mesures de rationalisation de la gestion, identifiables par les acteurs.

Les efforts faits par le monde hospitalier depuis plusieurs années ont déjà largement porté leurs fruits. Ils nécessitent cependant d'être prolongés localement dans certains secteurs ou pour certaines activités : à titre indicatif, le rapport « calcul des coûts par activité du groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique » établi à partir des données de la base de comptabilité analytique gérée par le CHU d'Angers met en évidence des écarts de coûts plus ou moins marqués sur certaines fonctions et pour certains établissements, méritant une étude afin d'identifier d'éventuels gisements d'économies (fonctions logistiques et administratives, par exemple).

Par ailleurs, les travaux réalisés par la DHOS et la mission ministérielle sur le médicament à l'hôpital sur la consommation et le prix d'achat des médicaments les plus coûteux, de même que les premiers résultats des travaux de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) sur les achats hospitaliers révèlent les marges d'économie importantes à attendre d'une meilleure organisation de la fonction achat et d'un regroupement des acheteurs hospitaliers. L'assouplissement des règles de la commande publique introduit par le décret du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics, notamment l'allègement des conditions de fonctionnement des groupements de commande, l'introduction des centrales d'achats publiques, la liberté d'organisation interne des acheteurs et la place plus grande donnée à la négociation, permettra aux établissements de bénéficier pleinement des effets positifs de cette meilleure organisation.

De même, les établissements disposent, avec les nouveaux outils de réalisation des investissements hospitaliers introduits par l'ordonnance de simplification du 4 septembre 2003, d'instruments favorisant une allocation optimale des moyens. Ainsi, les modalités d'externalisation de la réalisation des opérations d'investissement doivent conduire les établissements à exprimer leurs besoins en termes de fonctionnalités et de performances attendues, y compris vis-à-vis des coûts d'exploitation des équipements, et à imposer au prestataire une conception des ouvrages économe en moyens de fonctionnement. Le recours à des marchés globaux de conception, réalisation et maintenance, que l'ordonnance a considérablement assoupli pour les établissements de santé, doit également permettre, par l'association du concepteur et du constructeur dès la genèse du projet, de prendre en compte au plus tôt les contraintes de réalisation et d'exploitation des ouvrages afin d'en minimiser les coûts.

Afin de déterminer les secteurs d'activité et les établissements méritant un suivi particulier ainsi que les objectifs d'amélioration de la gestion, vous pourrez utiliser, à titre indicatif :

- les données de l'Analyse de la gestion hospitalière nationale (AGHN) au niveau régional ou l'échelle de coûts PMSI qui donnent des bases de référence pouvant être comparées dans les établissements au moyen d'éléments de la comptabilité analytique ;
- les ratios par fonction issus de la base de comptabilité analytique gérée par le CHU d'Angers, qui peuvent également vous servir de référentiels. L'analyse comparée de certaines activités est ainsi de nature à impulser des économies substantielles dans certains établissements. Sous réserve des spécificités locales que vous êtes à même d'apprécier, il vous est demandé d'attirer l'attention des établissements sur les fonctions caractérisées par un coefficient de variation très élevé et de demander aux établissements une analyse détaillée justifiant des écarts constatés afin de dégager des pistes d'économies à concrétiser par des plans d'action, dans un calendrier qu'il vous appartiendra de préciser. Si les informations fournies sont délibérément « économiques », et n'ont pas prétention à indiquer un coût de référence pour un niveau de qualité donné, elles doivent constituer des pistes de travail en vue d'une efficacité accrue permettant les redéploiements nécessaires sur d'autres postes de dépenses prioritaires ;
- les résultats des audits et les références et recommandations de bonne gestion hospitalière publiés par la MEAH, qui devraient vous permettre d'élaborer des pistes d'amélioration de la productivité. La MEAH poursuivra notamment, en 2004, les travaux engagés en 2003 sur les achats hospitaliers avec l'objectif de réalisation immédiate d'économies sur six catégories de biens ;
- les données collectées, pour l'ensemble des postes de dépenses comportant des achats, comme pour le poste médicaments évoqué ci-dessus, qui devraient permettre, entre autres, d'analyser les disparités de prix entre les établissements de santé, soit dans leur ensemble, soit en tenant compte des catégories d'établissements, et d'analyser les prix et les volumes de manière à repérer les marges potentielles d'économies que pourrait

apporter la constitution de groupements d'achats. La vigilance sur les conditions d'achats doit donc être maintenue et accrue.

J'appelle votre attention sur l'importance de la concertation avec les professionnels de santé, seule de nature à identifier les gisements d'économies, qu'il s'agisse d'exploiter les études menées localement ou d'animer une réflexion partagée entre hospitaliers sur ces sujets au travers de groupes de travail thématiques, rencontres professionnelles...

Ces outils doivent permettre de favoriser d'une part des principes de réorganisation interne des établissements autour de la logique de pôles fonctionnels interdisciplinaires, de restructuration de plateaux techniques, mais également de redéfinition de l'offre de soins, notamment dans le cadre d'une coopération interhospitalière élargie, voire, si nécessaire au travers de réorganisations structurelles.

4. Les mesures financées dans le cadre de la campagne

La progression du taux des dépenses hospitalières encadrées s'explique par le financement de trois séries de mesures : l'augmentation du coût des facteurs en raison de mesures relatives au personnel (salariales et catégorielles) et à l'inflation, la poursuite du plan Hôpital 2007 et le lancement de quatre grands plans de santé publique, dont deux ne sont pas définitivement finalisés. Les mesures financées en début de campagne (par le biais des tarifs ou sous forme traditionnelle) correspondent à une progression moyenne des dotations régionales de 2,61 % en métropole et de 3,03 % dans les DOM. Le tableau 3 regroupe les mesures nouvelles par grande catégorie.

4.1. Les mesures en faveur des personnels

a) Les mesures de personnel générales progressent en moyenne de 0,35 % pour tenir compte de l'augmentation des traitements dans la fonction publique de 0,5 % à compter du 1er janvier 2004 et son éventuelle transposition 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, corrigé pour tenir compte du poids relatif des établissements privés. Les résultats de la dernière enquête « coûts et carrières » disponible montrent que le taux de GVT est actuellement nul, c'est pourquoi aucun crédit n'a été alloué à ce titre.

b) Les dotations régionales comprennent les crédits nécessaires à la poursuite de la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les personnels médicaux des établissements publics de santé, conformément aux protocoles des 27 septembre 2001 (personnels de la fonction publique hospitalière) et 22 octobre 2001 (personnel médical).

Afin de vous permettre de tenir les engagements triennaux pris auprès des établissements, ces crédits ont été intégrés en totalité dans la dotation « hors tarifs » et leur affectation est laissée à votre libre appréciation. Je vous demande toutefois d'appeler l'attention des établissements sur le fait qu'à partir de 2005 le financement de ces postes ne sera plus intégralement garanti, une partie des dépenses devant être couverte par les tarifs.

Concernant les personnels non médicaux, les dotations régionalisées comprennent les crédits destinés au financement de la dernière tranche de créations d'emplois (372,716 millions d'euros), soit la totalité des emplois de jour (6560 ETP) et de nuit (3264), ce qui porte le cumul d'emplois financés sur trois ans à 34 600 ETP.

Concernant les personnels médicaux, les dotations régionales sont majorées, d'une part de l'enveloppe initialement prévue au titre du financement du volet 2003 des créations de postes destinés à la mise en œuvre de la RTT et, d'autre part, de l'intégration des gardes dans le temps de travail, soit 69,42 millions d'euros. Cette première enveloppe comprend le 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) et le financement des indemnités de sujétion qui seront versées aux personnels nouvellement recrutés au titre de l'intégration des gardes dans le temps de travail.

D'autre part, des crédits supplémentaires vous sont alloués (54,38 millions d'euros) afin de financer la revalorisation des plages additionnelles effectuées la nuit, les dimanches et jours fériés ou de permettre l'intégration d'un plus grand nombre de gardes dans le temps de travail selon la situation des établissements. Au total, le montant des crédits attribués au titre de la RTT et de l'intégration des gardes dans le temps de travail s'élève à 123,8 millions d'euros.

L'ensemble des crédits distribués depuis 2003 au titre de l'intégration des gardes, y compris la dotation exceptionnelle de 82 millions d'euros attribuée en fin d'année 2003 (3), doit permettre aux établissements d'intégrer les gardes dans les obligations de services.

Il est rappelé par ailleurs que les droits à congés acquis au titre de la RTT en 2002 et 2003 par les personnels non médicaux et en 2002, 2003, 2004 par les personnels médicaux, qui n'ont pu être pris ou portés dans un compte épargne temps, seront financés par le fonds pour l'emploi hospitalier.

Suite au décret n° 2004-73 du 19 janvier 2004, relatif au financement du CET par le FEH, les arrêtés fixant la répartition régionale des crédits seront publiés prochainement. Des instructions vous préciseront leurs modalités d'utilisation.

c) Le taux de cotisation des employeurs à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), est passé depuis le 1er janvier 2004 de 26,50 % à 26,90 % (cf. article 1^{er} du décret n° 2003-51 du 17 janvier 2003). Les crédits nécessaires au financement de cette mesure vous ont été alloués en fonction du poids des dépenses de personnel des établissements publics.

d) L'article 37 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que les aides-soignants de la fonction publique hospitalière bénéficient à partir du 1er janvier 2004 de la prise en compte de la prime spéciale de sujétion, dans la limite de 10 % de leur traitement indiciaire, pour le calcul de la pension de retraite ainsi que pour les retenues pour pension. Les collectivités employeurs supportent pour ces personnels une contribution supplémentaire. Cette mesure sera mise en place progressivement sur cinq ans dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat en cours de préparation. Les crédits alloués correspondent donc au cinquième du coût estimé de la mesure.

e) Les autres mesures relatives au personnel non médical intégrées dans vos dotations régionales correspondent à des financements en année pleine ou à de nouvelles tranches de mesures financées en 2003 (protocole filières du 14 mars 2001, promu-promouvables, rémunérations des étudiants sage-femmes, transposition du protocole filières pour la convention collective nationale de 1951). Les moyens nécessaires au renforcement des instituts de formation en soins infirmiers à la suite de l'augmentation du quota à la rentrée de 2003, qui avaient été financés à titre exceptionnel sur des crédits du FMES l'an passé sont désormais intégrés dans vos dotations régionales.

f) Les mesures relatives au personnel médical sont également des effets report (redéploiement de postes d'universitaires et création de postes de consultants) ou une nouvelle tranche de mesures antérieures (transformation des postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers et rénovation du statut des attachés). Cette dernière mesure a été étalée à parts égales sur 3 ans à partir de 2003, mais la comptabilisation de l'ancienneté acquise durant la montée en charge du dispositif n'intervenant qu'en 2005, je vous invite à demander aux établissements qui n'utiliseraient pas tous les crédits distribués à ce titre en 2004 de les provisionner en prévision de 2005.

4.2. L'effet prix

L'inflation constatée en 2003 sur les dépenses de groupe 3 a été prise en compte dans le calcul de vos dotations régionales, une majoration de 0,05 % vous étant accordée à ce titre.

4.3. Le volet investissement du plan Hôpital 2007

La modernisation de l'hôpital passe d'abord par la poursuite de la relance sans précédent de l'investissement hospitalier. En dégagant un financement supplémentaire de 6 milliards d'euros d'ici à 2007 (pour la réalisation de 10 M EUR d'investissements), le Gouvernement a amplifié de près d'un tiers le rythme naturel des investissements hospitaliers. Cet effort d'investissement permet d'accompagner les priorités sanitaires nationales (cancer, urgences et périnatalité) et toutes les autres priorités de santé publique, telles que la prise en charge des personnes âgées ou la psychiatrie.

Après une première tranche en 2003 de plus d'un milliard d'euros financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) (300 millions d'euros) et par la dotation globale des établissements (70 millions d'euros), cet effort est poursuivi en 2004.

L'attribution des crédits 2004 est subordonnée au bilan de la réalisation de la tranche 2003. Toutefois, pour favoriser la mise en œuvre rapide des opérations, un « acompte » représentant 50 % de l'enveloppe prévue pour 2004 vous est alloué dès maintenant. À partir des informations qu'il vous a été demandé de transmettre pour le 15 février prochain (courrier DHOS/MAINH de janvier 2004), le bilan 2003 et les perspectives de réalisation 2004 seront examinés lors d'une rencontre ARH/DHOS/MAINH. Le complément de la dotation allouée au titre du plan Hôpital 2007 vous sera notifié à l'issue de cette réunion.

De même, 50 % de la tranche 2004 des crédits FMESPP, qui vous ont été notifiés par lettre du 12 septembre 2003, vous seront prochainement alloués par une notification spécifique. Comme les crédits intégrés dans vos dotations régionales, le montant définitif pour 2004 de votre allocation de crédits FMESPP sera fixé après examen de l'exécution de la tranche 2003 de votre programme régional.

4.4. Les plans de santé publique

Quatre grands plans de santé publique, impliquant majoritairement l'hôpital, doivent être mis en œuvre en 2004. Deux d'entre eux, le plan « cancer » et le plan « urgence », ont été lancés ; les deux autres, le plan « périnatalité » et le plan « santé mentale », sont en cours de finalisation.

4.4.1. Le plan cancer, annoncé par le Président de la République le 24 mars 2003, prévoit, pour ce qui concerne l'hôpital, des moyens spécifiques consacrés d'une part, à des mesures visant à renforcer les moyens des équipes médicales et soignantes, à améliorer l'accès aux traitements innovants et coûteux et à favoriser une meilleure coordination des soins pour le patient, ainsi que, d'autre part, à des mesures de remise à niveau des équipements lourds, intégrés dans l'appui spécifique apporté par le plan « Hôpital 2007 ». L'ensemble des mesures fait l'objet d'un financement pluriannuel sur 5 ans (2003/2007). Le plan « cancer » privilégie également les mesures d'organisation et de coordination des soins en cancérologie : elles feront l'objet d'une actualisation de la circulaire de 1998.

En 2004, les moyens alloués, dont vous trouverez en annexe 6 le détail pour les mesures déléguées dès le début de campagne à l'hôpital, doivent permettre aux ARH, aux établissements de santé et aux réseaux de cancérologie d'accompagner la mise en œuvre concrète du plan « cancer » dans leur région et de répondre à l'augmentation régulière des besoins de soins en cancérologie. Les mesures suivantes seront prioritairement accompagnées :

Mesures nouvelles, introduites par le plan national
de lutte contre le cancer 2003-2007

a) Renforcement des moyens médicaux et soignants de coordination : l'identification de moyens humains spécifiques, soignants et médicaux, consacrés, totalement ou en partie, à la coordination des soins a pour objectif d'améliorer et de simplifier le parcours des patients au sein du système de soins et de soulager les équipes curatives en leur redonnant plus de temps. Cette mesure fera l'objet d'une délégation en mi-campagne.

b) Renforcement de la cancérologie pédiatrique : ce renforcement accompagnera, à partir de 2004, l'identification par les ARH des centres spécialisés en cancérologie pédiatrique. La circulaire d'organisation des soins en cancérologie pédiatrique est en cours de finalisation : elle apportera aux ARH des éléments pour identifier les centres qui répondent au cahier des charges et pourront bénéficier de moyens nouveaux. L'évaluation des moyens nécessaires à la mise à niveau de la cancérologie pédiatrique sera réalisée régionalement, voire à un niveau interrégional, et pourra faire l'objet d'une montée en charge sur 2 ou 3 campagnes budgétaires, en s'appuyant sur les recommandations de la circulaire. Cependant, les équipes les plus en difficulté devront être prioritaires dès 2004. Cette mesure fera l'objet d'une délégation à mi-campagne.

c) Amélioration de l'accès aux traitements innovants et coûteux : le dispositif de financement de la tarification à l'activité prévoit le financement, en sus des GHS, des médicaments onéreux sur la base d'une liste de médicaments disposant de l'AMM. Les ATU nominatives ou de cohorte relèvent d'un financement spécifique. Chaque région devra se doter d'un système d'évaluation permettant de suivre les consommations des molécules inscrites sur la liste et d'évaluer les prescriptions réalisées dans le respect des bonnes pratiques. Ces éléments seront précisés dans le cadre du contrat de bon usage des médicaments.

d) Appui à la mise en place des nouveaux équipements lourds de cancérologie : les TEP qui seront installés en 2004 dans les six régions qui en sont dépourvues et les machines supplémentaires de radiothérapie, qui seront mises en fonctionnement en 2004, bénéficieront d'un appui spécifique pour renforcer les ressources humaines des établissements de santé concernés. Les plans régionaux pluriannuels d'investissement que vous avez arrêtés identifient ces équipements.

e) Appui à la généralisation du dépistage organisé du cancer du sein : les établissements agréés pour participer au dépistage et ayant reçu un avis favorable de l'ARH bénéficieront d'un financement à compter de 2004 pour cette activité nouvelle, comme précisé dans la note conjointe DHOS/DGS du 3 novembre 2003. Cette mesure fera l'objet d'une délégation à mi-campagne.

f) Indemnisation du stage des radiophysiciens : les établissements de santé, qui participent à la formation des radiophysiciens, reçoivent une dotation pour permettre l'indemnisation des stagiaires présents en 2003-2004. Cette mesure vise à renforcer l'attrait de la filière et à favoriser le recrutement dans les établissements de santé des radiophysiciens, dont les effectifs sont globalement insuffisants.

g) Appui à la création de postes d'internes, chefs de clinique et hospitalo-universitaires : l'augmentation des capacités d'encadrement des services formateurs en cancérologie a pour objet de favoriser la formation d'un plus grand nombre de professionnels compétents dans la prise en charge du cancer. Cette mesure fera l'objet d'une délégation à mi-campagne.

Mesures reconduites en 2004 pour poursuivre le renforcement des actions

a) Développement du soutien psychologique : les patients atteints de cancer et leurs proches doivent pouvoir bénéficier de consultations de soutien. Un état des lieux de la psycho-oncologie est en cours au sein de la mission interministérielle pour la lutte contre le cancer. Il devrait être disponible à compter de la mi-février et vous sera alors adressé.

Le renforcement des effectifs en psycho-oncologues est une des priorités du plan « cancer ». Les moyens mis à disposition dès cette campagne budgétaire seront poursuivis jusqu'en 2007 mais doivent très clairement permettre des recrutements dès 2004 et contribuer à concrétiser cette mesure.

b) Renforcement des équipes de radiothérapie : la mise à niveau des plateaux techniques de radiothérapie a pour objectif à la fois de rendre effective et rapidement opérationnelle l'augmentation attendue du parc d'accélérateurs, pour réduire les délais d'attente et permettre l'accès à des techniques de traitement plus modernes, mais aussi de mettre à niveau les équipes des centres de radiothérapie.

Les ARH bénéficient d'une vision actualisée, qui s'appuie sur les SROS arrêtés en 2003, l'activité PMSI et les travaux régionaux menés dans le cadre d'« Hôpital 2007 ». Tous les professionnels intervenant en radiothérapie sont concernés par ce renforcement : radiothérapeutes, radiophysiciens et manipulateurs d'électroradiologie. La circulaire du 3 mai 2002 donne des recommandations en termes d'équipes qui permettront aux ARH de cibler concrètement les besoins et d'accorder les moyens nécessaires. Ces renforcements sont d'autant plus attendus qu'ils doivent permettre de contrebalancer une situation tendue au sein des centres de radiothérapie dans de plus en plus de régions. Deux éléments supplémentaires sont à prendre en compte dans la priorité accordée aux demandes des établissements : les centres de radiothérapie où les temps d'attente sont supérieurs à la moyenne régionale et la nécessaire promotion de l'accès aux techniques innovantes et spéciales.

c) Développement des soins palliatifs : l'effort de développement des soins palliatifs doit être poursuivi, notamment dans les établissements de santé, en lien avec le domicile, en identifiant des lits de soins palliatifs, là où cette activité est importante, et en créant ou en renforçant des équipes mobiles de soins palliatifs qui doivent à terme assurer la couverture du territoire. De plus, quatre régions, actuellement dépourvues d'unités de soins palliatifs, bénéficient d'un financement à ce titre. La création de ces unités dans les pôles régionaux de référence en cancérologie permettra d'assurer une triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Le développement des soins palliatifs à domicile sera impulsé par la création de nouveaux réseaux et par le développement de la prise en charge de ces malades dans le cadre de l'hospitalisation à domicile.

d) Développement des structures de lutte contre la douleur : la poursuite de la création de consultations de prise en charge de la douleur chronique rebelle s'inscrit en cohérence avec le plan quadriennal de lutte contre la douleur (2002-2005), qui a permis l'identification de 169 structures. Pour remédier aux disparités régionales, la dotation 2004 permettra de financer la création d'une consultation de prise en charge pluridisciplinaire dans les 16 départements qui en sont aujourd'hui dépourvus.

e) Renforcement de l'oncogénétique : la structuration de cette discipline se poursuit en 2004 et concerne :

- les laboratoires : un nouvel appel à projets, d'un montant de 2 millions d'euros, concernant les laboratoires des établissements de santé sous dotation globale qui

effectuent des examens d'oncogénétique moléculaire constitutionnelle sera lancé en 2004, afin de parfaire et de compléter l'action entreprise en 2002 et 2003. Une première analyse de l'activité des laboratoires précédemment soutenus sera effectuée à partir des rapports adressés par les établissements le 31 janvier 2004 ;

- les consultations : un appel d'offres national 2004 d'un montant de 1 million d'euros complétera les financements alloués en 2003. Il sera lancé mi-2004 et permettra de lisser les écarts inter-régions, d'assurer en intrarégional un maillage plus important, et d'expérimenter des filières de soins spécifiques aux pathologies rares ;

Ces deux mesures feront l'objet d'une délégation à mi-campagne.

f) Renforcement des tumorothèques : cette mesure d'un montant prévisionnel de 4,25 millions d'euros en 2004 a fait l'objet d'un appel à projet (cf. circulaire DHOS-OPRC/2003 n° 334 du 7 juillet 2003). Les établissements devront déposer leurs dossiers de candidature avant le 1er mars 2004, selon les modalités figurant dans la circulaire précitée.

Les établissements déjà soutenus lors des phases précédentes pourront déposer un nouveau dossier, dans la mesure où ils démontreront une montée en charge substantielle de leur activité prévisionnelle ou une extension à de nouveaux champs. L'objectif poursuivi est de disposer dans notre pays de 80 tumorothèques réparties sur le territoire national, et d'encourager en lien avec les cancéropoles, les structures gérées en commun par les CHU et les Centres de lutte contre le cancer, et dans la mesure du possible avec les autres établissements fortement impliqués par les analyses moléculaires en matière de cancérologie. Une étude sera entreprise auprès de tous les établissements soutenus depuis 2001, afin de faire le bilan des actions menées à bien. Cette mesure fera l'objet d'une délégation en mi-campagne.

g) Renforcement des consultations de tabacologie

Les mesures gouvernementales de lutte contre le tabagisme et la mise en œuvre du plan cancer ont eu pour conséquence une demande accrue d'aide au sevrage chez les fumeurs. Un grand nombre de consultations hospitalières de tabacologie rencontrent des difficultés à répondre à la demande et leur délai de premier rendez-vous de consultation s'est considérablement rallongé. Les crédits 2004 vont permettre d'installer au moins une consultation par département et de mettre en place à titre expérimental vingt sites d'accueil sans rendez-vous dans des consultations de tabacologie.

4.4.2. Le plan urgences

L'amélioration du fonctionnement des urgences, dont l'épisode dramatique de la canicule a mis en évidence les difficultés, appelle une réponse globale. Le plan urgences, dont vous trouverez le détail en annexe VII, annoncé par le Ministre le 30 septembre 2003, prévoit donc des moyens spécifiques consacrés à des mesures prises pour assurer un maillage médical du territoire et optimiser le recours aux urgences en assurant une meilleure coordination avec la médecine de ville et les différentes structures de soins du territoire de santé. Le plan vise également à améliorer le fonctionnement interne des urgences et à mieux organiser la fluidité des passages, notamment par l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées.

Les objectifs nationaux du plan ont été déclinés régionalement, mesure par mesure, selon les critères développés en annexe VII. Il est ainsi obtenu des objectifs régionaux prévisionnels pour la mise en œuvre du plan en 2004, tant pour les mesures financées par la T2A que pour celles financées par les MIGAC et la DAC.

La répartition des moyens doit tenir compte des orientations retenues par les travaux préparatoires à la révision des schémas régionaux d'organisation sanitaire. Dans cette

perspective, les ARH veilleront à soutenir les organisations opérationnelles participant à améliorer la prise en charge des urgences préhospitalières et hospitalières.

En particulier, vous vous assurerez que les moyens supplémentaires issus du plan urgences sont effectivement attribués aux services concernés et vous ferez un état de la situation au 15 mars 2004 selon le tableau défini en annexe VII en justifiant les écarts entre les crédits alloués et les objectifs prévisionnels définis pour votre région (cf. annexe VII).

Pour ce faire, 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 et hors T2A), il conviendra de déléguer les crédits dès le budget primitif et que les établissements engagent immédiatement les actions prévues. Pour les mesures financées par la T2A, les forfaits urgences ont été calculés de manière à financer les mesures concernant les services des urgences. Il conviendra d'engager les établissements à ce que les moyens obtenus grâce à l'activité des services des urgences bénéficient effectivement à ces derniers.

Mesures financées dans le cadre de la TAA (MIGAC)

SAMU :

La régulation médicale est un élément essentiel de l'organisation de l'accès aux soins non programmés et urgents. Les SAMU ont connu ces dernières années une progression importante de leur l'activité, qui va s'amplifier du fait, d'une part, de la mise en place de la garde ambulancière régulée par le SAMU et d'autre part, de la mise en place de la régulation des appels relevant de la permanence des soins en médecine ambulatoire par les médecins libéraux, installés dans la mesure du possible dans les locaux du SAMU. Ces missions impliquent de renforcer ces services par des praticiens hospitaliers et des permanenciers auxiliaires de régulation médicale (PARM).

Les postes devront être prioritairement attribués aux établissements dont les services sont caractérisés par un faible ratio activité (nombre d'appel et nombre d'affaires traitées) / effectif médical et non médical. À ce critère sera ajouté la population du département. Vous veillerez également à renforcer en PARM les SAMU dans lesquels les médecins libéraux participent, au cours des périodes où la permanence des soins ambulatoires doit être organisée, à la régulation des appels relevant de la médecine de ville.

SMUR :

L'implantation des SMUR doit permettre de garantir un accès aux soins en tout point du territoire. Le regroupement des plateaux techniques génère une activité supplémentaire des SMUR. Les SMUR connaissent des besoins en personnels soignants qui justifient un renforcement des équipes en personnel non médical.

Le renforcement bénéficiera aux établissements dont l'activité et les besoins justifient notamment de conforter une seconde ligne de SMUR.

Mesures financées dans le cadre de la TAA (forfaits annuels urgence)

Équipes d'organisation interne dans les services d'urgences :

L'organisation interne des urgences incluant l'accueil, les soins et examens et l'unité d'hospitalisation de courte durée doit pouvoir être gérée par une équipe composée par exemple d'un médecin sénior, d'un infirmier et d'un travailleur social. En effet, l'amélioration du fonctionnement des services d'urgences passe d'abord par une organisation plus opérationnelle de l'accueil des patients qui permette l'orientation adaptée de chaque patient.

Cette mesure est financée dans le cadre du forfait urgences et est attribuée de façon modulée aux établissements connaissant une activité supérieure ou égale à 17 500 passages.

Renforcement des capacités logistiques :

Il est essentiel que les équipes soignantes se consacrent aux patients et non comme cela est souvent le cas, à la recherche de lits d'hospitalisation. À cette fin, le fonctionnement des services d'urgences sera facilité par l'appui logistique de secrétaires médicales.

Tous les services d'urgences, quelle que soit leur autorisation (SAU/UPATOU/POSU) bénéficient de cette mesure, incluse dans le forfait annuel.

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.

Les 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 postes médicaux bénéficient de manière modulée aux services d'urgences connaissant une activité égale ou supérieure à 17 500 passages.

- 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. Dans les faits, 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. Il vous appartient de vous assurer de la mise en place effective de ces zones dans tous les services d'urgences.

Cette mesure est incluse dans le forfait urgences et sera attribuée à tous les services d'urgences quelle que soit leur autorisation (SAU/UPATOU/POSU).

Mesures non financées dans le cadre de la TAA

HAD :

Le développement de l'hospitalisation à domicile est un des axes du plan Urgences et doit désormais se traduire par une augmentation significative de places d'ici à 2005 pour atteindre le doublement des capacités actuelles soit 8 000 places.

En terme organisationnel, ce développement, que vous pilotez, s'appuie sur les orientations ministérielles données par circulaire.

En terme d'accompagnement budgétaire, la somme de 66 millions d'euros est consacrée à ce développement selon le schéma suivant : 16 millions d'euros en 2004 et 50 millions d'euros en 2005, ce qui permet la création de plus de 1 200 places.

Précisément, les 16 millions d'euros doivent prioritairement permettre de créer ou renforcer des structures d'HAD dans les zones actuellement dépourvues ou sous-dotées (33 départements en 2002 ne comptent encore aucune place d'HAD) afin d'assurer une couverture équitable de la population et renforcer les prises en charge de proximité.

Cet objectif de renforcement ou « rattrapage » des régions sous-équipées se traduit dans la répartition régionale pour 2004 qui se fonde sur 1° l'équipement existant, 2° les projets 2004 (qui sont ou vont passer en CROSS en 2004).

Le nouveau cadre légal et réglementaire de l'HAD, la nouvelle tarification, la circulaire d'orientation pour les prochains SROS produiront leurs pleins effets en fin d'année 2004 : de nombreux projets sont ainsi à échéance de 2005. Par conséquent, l'ensemble des régions participera pleinement à ce développement sur la base des 50 millions d'euros identifiés en 2005 : les résultats de l'étude régionale de besoins en HAD conduite actuellement à titre expérimentale, permettra de disposer de critères de répartition régionale plus prospectifs.

Création de lits de soins de suite et de réadaptation :

Le vieillissement de la population et la prise en charge des personnes âgées dans des conditions satisfaisantes impliquent de développer le nombre de lits de soins de suite. Ainsi, le plan Urgences prévoit la création de 15 000 lits de soins de suite médicalisés (dont 8 000 dans le secteur sous dotation globale) pour assurer la fluidité de l'organisation et éviter l'encombrement des services d'urgences.

Ces lits pourront être créés ex nihilo mais surtout par reconversion de lits occupés actuellement par des patients ne relevant pas du secteur sanitaire et par transformation de lits de chirurgie pour le secteur public (1 000 environ). L'enquête GAIN de l'assurance maladie identifie en effet 25 000 lits de SSR inadéquats sur l'ensemble du territoire, la charge en soins des patients ne justifiant pas cette prise en charge. La reconversion des lits occupés par des patients ne relevant pas du secteur sanitaire suppose que soient transférés vers le secteur médico-social les moyens nécessaires à la création des structures adéquates. Le nombre de forfaits soins, correspondant aux places qui doivent être créées les 5 prochaines années dans le secteur médico-social, à financer à partir des crédits mal utilisés aujourd'hui dans le secteur sanitaire, a été évalué à 17 500 pour l'ensemble des établissements sous dotation globale soit une moyenne annuelle de 3 500.

Ces crédits représentent 29,7 % du coût net lié à la création des lits : lorsque vous financez, grâce à ces crédits, 100 euros de lits SSR, vous devez faire 71,3 euros d'économies générées par ces transformations. En d'autres termes, chaque euro qui vous est délégué doit vous permettre, grâce à l'effet de levier de la transformation des lits, de mobiliser un peu plus de trois euros pour la création de lits SSR.

Seules ces transformations et transferts permettront de créer le nombre de lits nécessaires au désengorgement de l'aval des urgences.

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.

Vous veillerez à répartir les lits médicalisés en fonction des besoins estimés, notamment au vu des files d'attente des services de soins de suite et de réadaptation. Le cas échéant, il vous appartient de réviser l'indice régional ou, si l'indice est déjà saturé et que des besoins sont avérés, d'utiliser la procédure des besoins exceptionnels prévue à l'article L. 6122-2 du code de la santé publique, qui vous permet de déroger à l'indice fixé dans la carte sanitaire.

Par ailleurs, il vous appartient de veiller à ce que les SSR disposent d'un niveau de présence médicale en cohérence avec leurs missions de prise en charge globale du patient.

Hôpitaux locaux :

Le développement des hôpitaux locaux fait l'objet d'un plan pluriannuel sur la période 2004-2007 intégrant des mesures budgétaires pour un montant total de 88,8 millions d'euros. L'objectif est de re-médicaliser ces établissements, notamment en réintroduisant des lits de court séjour de médecine, afin de leur permettre d'assurer un rôle de premier niveau de prise en charge de proximité, en application de la circulaire du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Précisément, les 88,8 millions d'euros doivent permettre de :

Renforcer la présence soignante, prioritairement en Infirmiers diplômés d'Etat et dans les hôpitaux locaux qui comptent un service de médecine. 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. Or, les profils de patients accueillis dans un service de médecine en hôpital local et en centre hospitalier sont les mêmes. C'est pourquoi, il est prévu sur la période 2004-2007, de renforcer chaque hôpital local qui compte un service de médecine, (soit 247 sur 350), d'1 ETP d'IDE.

Le rythme de création des 247 postes est le suivant : 82 ETP en 2004 et 2005, 83 en 2006. Ainsi en 2004 ce sont 3,3 millions d'euros qui sont consacrés à cette mesure. Le critère de répartition de ces crédits est le poids de chaque région en hôpitaux locaux par rapport à la capacité nationale.

Créer des lits de médecine prioritairement dans les hôpitaux locaux qui en sont actuellement totalement dépourvus (soit 103). La montée en charge est progressive et tient compte de la capacité d'émergence des projets. Les forums régionaux des hôpitaux locaux organisés en 2004 (cf. instructions du 21/11/03) ont d'ailleurs pour objet de favoriser de tels projets.

Cette mesure représente 5,5 millions d'euros en 2004 et 73,2 millions sur 2005-2007. Le critère de répartition des crédits en 2004 est le poids régional des hôpitaux locaux sans médecine, par rapport au poids national.

Personnes âgées :

Au-delà des mesures relatives à l'hôpital local, à l'hospitalisation à domicile et aux soins de suite et de réadaptation, le plan Urgences, repris par le plan Dépendance (vieillesse et solidarités), justifie, dans la continuité de la circulaire du 18 mars 2002, la poursuite et l'amplification d'un effort engagé depuis 2002, afin d'améliorer la filière de soins gériatriques.

Deux axes d'amélioration sont particulièrement visés :

- l'accélération et l'aboutissement, en 2004, du programme de développement du court séjour gériatrique dans les établissements sièges de SAU, initialement prévu jusqu'en 2005, par redéploiement et renforcement de moyens en moyens spécialisés. Cet objectif s'inscrit également en cohérence avec les orientations de la circulaire du 16 avril 2002 relative à la prise en charge des urgences.

Le déploiement de la compétence gériatrique dans une logique de proximité des soins. Il s'agit de la première 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.

En 2004, ces deux mesures relatives aux personnes âgées sont financées dans le cadre des MIGAC, pour les établissements rentrant effectivement dans le champ de la TAA.

4.4.3. Autres mesures de santé publique

Les personnes détenues : les crédits nécessaires au fonctionnement des nouvelles UCSA et des UHSI dont l'ouverture est prévue avant la fin du premier trimestre ont été intégrés à vos dotations régionales. Des notifications individuelles vous donneront les précisions nécessaires à leur attribution effective.

III. - LES PHASES ULTÉRIEURES DE LA CAMPAGNE 2004

1. Les ajustements budgétaires liés à l'activité

Outre la détermination des budgets primitifs, les données d'activité et les consommations de médicaments et dispositifs médicaux figurant en annexe sont pris en compte pour fixer le niveau des ajustements budgétaires infra-annuels (article 34 - C de la LFSS pour 2004).

Les données sont transmises trimestriellement à l'ARH un mois après la fin du trimestre considéré :

- pour les données PMSI (RSA), leur contenu et les modalités de leur transmission sont fixées dans l'arrêté du 31 décembre 2003 (référence...) ;
- pour les données d'activité autre que celles issues du PMSI (actes et consultations externes, y compris les forfaits techniques scanner, IRM et PET-SCAN, passages aux urgences non suivis d'une hospitalisation dans une unité MCO de l'établissement et IVG), ainsi que pour les consommations de médicaments et dispositifs médicaux leur contenu et les modalités de leur transmission sont indiqués dans l'annexe 5.

Pour exploiter les données transmises par les établissements un logiciel sera mis à votre disposition par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) avant le 30 juin 2004 (4). Cet applicatif dérivé de MAHOS assurera la valorisation des données d'activité et procédera à une extrapolation sur l'ensemble de l'année de l'activité et des consommations de médicaments et DMI.

Les données d'activité 2004 collectées par cet outil et centralisées par l'ATIH seront utilisées pour déterminer les majorations de vos dotations régionales correspondant à l'activité produite. Il est donc essentiel que vous vous assuriez auprès des établissements de votre région de la production des informations demandées aux échéances prescrites.

À partir de la comparaison entre le montant inscrit au BP et le résultat de l'extrapolation, il vous appartiendra de demander ou pas à l'établissement de vous soumettre une décision modificative, dans la limite de vos dotations régionales.

En pratique, deux voire trois échéances peuvent être d'ores et déjà annoncées :

- après la transmission à l'ARH du compte administratif 2003, soit au plus tard le 30 juin 2004, il vous sera possible de prendre en compte les données PMSI de l'ensemble de l'année 2003 qui vous auront été transmises avant le 1er mars 2004 en application des dispositions de l'arrêté du 31 décembre 2003. Si la valorisation de l'activité fait apparaître un écart positif significatif avec l'activité 2002 prise en compte pour l'élaboration du BP, une décision modificative pourra être proposée. En revanche, dans la mesure où vous ne disposerez à ce moment que d'un trimestre de consommation de médicaments et DMI, il ne vous sera pas possible de construire à partir de ces seules données une extrapolation annuelle fiable ;
- à partir du 1er septembre 2004, une deuxième décision modificative pourra être adoptée portant sur l'activité 2004 (deux trimestres étant à ce moment disponibles pour fonder une extrapolation annuelle fiable) et sur les consommations de médicaments et DMI.

Enfin, le cas échéant, une troisième décision modificative pourra intervenir en fin d'année sur la base des données d'activité et de consommation des trois premiers trimestres.

2. Les mesures intégrées ultérieurement

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

- les éventuelles mesures de revalorisation salariale pour lesquelles nous ne disposons d'aucun élément à ce jour et les mesures catégorielles pour lesquelles les textes réglementaires ne sont pas encore pris ;
- les mesures du plan cancer qui concernent la cancérologie pédiatrique, la coordination des soins, le dépistage hospitalier du cancer du sein, les soins palliatifs, les PU-PH et internes ;

- les mesures relatives aux deux plans de santé publique en cours de préparation (plan périnatalité et plan santé mentale) ;
- les mesures du plan urgences relatives à la revalorisation des PARM et à l'informatisation des services ;
- le complément de la tranche 2004 du plan d'investissement Hôpital 2007.

Par ailleurs, les effets reports des mesures ponctuelles qui vous ont été accordées l'an passé et les nouvelles tranches du PHRC et du programme « innovations diagnostiques et thérapeutiques » qui vous ont déjà été notifiés seront intégrés dans une circulaire ultérieure.

IV. - LE SUIVI DE CAMPAGNE

Comme chaque année, un suivi de la campagne par mesure sera réalisé à partir des remontées d'informations saisies dans GEODE. Cette saisie doit être faite sans délai, dès lors que les crédits sont notifiés aux établissements. Une nouvelle version de l'application GEODE, disponible dans les régions au plus tard le 15 février 2004, doit permettre également de suivre les ajustements infra-annuels liés à l'activité et à la consommation des médicaments et dispositifs médicaux implantables, et leur impact sur les dotations régionales. Dès la livraison de l'applicatif dérivé de MAHOS, une interface entre cet outil et la nouvelle version GEODE sera activée afin d'alimenter automatiquement la base de données GEODE et de limiter les saisies successives.

Pour les besoins propres de la tarification à l'activité, une remontée d'information devra être organisée afin de préparer la deuxième phase de mise en œuvre de la réforme. Celle-ci consistera en effet en 2005 à distinguer des enveloppes de financement distinctes constituant autant d'agrégats de l'ONDAM : objectif de dépenses d'activité et de forfaits annuels commun aux secteurs public et privé, enveloppe des dotations annuelles complémentaires, enveloppe des dotations annuelles de financement et enveloppe de financement des MIGAC. Pour ce faire, vous serez amenés à indiquer pour chaque établissement les modifications éventuelles apportées au découpage de sa base 2004 et la répartition des crédits nouveaux attribués en 2004 pour chacune des sous-enveloppes citées au-dessus.

La remontée des données à la DHOS s'opérera sur la base d'un tableau de reporting qui vous sera communiqué ultérieurement. Cependant, pour vous permettre d'identifier dès maintenant les différentes enveloppes auxquelles il conviendra de rattacher les mesures nouvelles octroyées en 2004, un projet de tableau figure dans les trois derniers onglets du fichier Excel destiné au calcul des BP qui vous a été transmis parallèlement.

Le reporting de l'affectation des mesures nouvelles sur les différentes sous-enveloppes nécessitant également la collaboration des établissements, qui seront seuls en mesure de préciser l'affectation de certains crédits, il conviendra de les sensibiliser à cette opération dès la notification du budget primitif. Dans la perspective de construction des enveloppes 2005, un groupe de travail, comportant des représentants des ARH, des services déconcentrés, de l'ATIH et de l'administration centrale, a parallèlement été créé fin 2003, afin de rénover le guide des retraitements comptables et d'adapter ceux-ci au passage à la tarification à l'activité. Les outils utilisés jusqu'à présent pour effectuer les retraitements comptables vont évoluer de façon importante. Il est donc indispensable que les établissements attendent la transmission du nouveau guide, avant de commencer à retraiter leur compte administratif.

*
* *

La réforme de la tarification engagée avec la campagne budgétaire 2004 est un enjeu majeur de la modernisation de l'hôpital et je compte sur votre engagement pour en faciliter sa mise en œuvre 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 directeur de la sécurité sociale, D. Libault

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, E. Couty

TABLEAU I
Établissements publics et privés participant au SPH

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	DOTATIONS au 1/12/03	DONT CRÉDITS reconductibles	EFFETS de champs sur 2003	TRANSFERTS interrégionaux	DOTATIONS régionales finales 2003	DONT CRÉDITS reconductibles	EFFETS de champs au 01/01/04	BASE pour 2004	RÉINTRO- DUCTION médicaments coûteux NR en 2003	BASES pour 2004 corrigées
Alsace	1 626 766,57	1 619 579,20	- 43,45	56,78	1 626 779,91	1 619 592,54	- 1 290,15	1 618 302,39	-	1 618 302,39
Aquitaine	2 133 721,02	2 127 221,45	- 50,47		2 133 670,56	2 127 170,98	- 355,52	2 126 815,46	15,60	2 126 831,06
Auvergne	1 065 630,84	1 062 171,27	0,00	- 98,57	1 065 532,27	1 062 072,70	- 286,41	1 061 786,29	197,85	1 061 984,14
Bourgogne	1 186 632,60	1 183 268,08	- 183,53	- 144,22	1 186 304,85	1 182 940,32	- 668,17	1 182 272,15	244,91	1 182 517,07
Bretagne	2 359 939,70	2 355 114,85	- 338,81	74,85	2 359 675,74	2 354 850,89	3 394,86	2 358 245,75	179,19	2 358 424,93
Centre	1 593 586,75	1 588 404,05	- 777,63	- 12,45	1 592 796,68	1 587 613,98	- 2 782,05	1 584 831,92	191,13	1 585 023,05
Champagne- Ardenne	1 006 396,59	1 004 105,99	0,00		1 006 396,59	1 004 105,99	- 1 163,15	1 002 942,84	-	1 002 942,84
Corse	195 145,62	188 635,67	0,00		195 145,62	188 635,67	0,00	188 635,67	-	188 635,67
Franche- Comté	915 546,80	912 196,91	- 535,01		915 011,79	911 661,91	307,72	911 969,63	768,40	912 738,02
Ile-de-France	10 182 756,10	10 134 065,87	521,86	3 913,00	10 187 190,96	10 138 500,72	1 309,00	10 139 809,72	4 876,83	10 144 686,56
Languedoc- Roussillon	1 606 857,94	1 598 679,91	- 715,21	- 3 926,00	1 602 216,74	1 594 038,71	- 396,69	1 593 642,02	318,56	1 593 960,57
Limousin	674 375,99	672 932,97	- 938,28	66,92	673 504,64	672 061,61	990,00	673 051,61	-	673 051,61
Lorraine	2 097 406,80	2 092 849,24	- 2 737,74		2 094 669,06	2 090 111,50	491,09	2 090 602,59	71,67	2 090 674,27
Midi-Pyrénées	1 866 172,75	1 853 699,55	38,22		1 866 210,97	1 853 737,77	- 2 098,90	1 851 638,86	-	1 851 638,86
Nord - Pas-de- Calais	2 956 298,99	2 948 351,60	1 300,33		2 957 599,33	2 949 651,93	0,00	2 949 651,93	761,45	2 950 413,38
Basse- Normandie	1 223 754,96	1 220 677,15	- 470,40		1 223 284,57	1 220 206,75	440,87	1 220 647,61	399,39	1 221 047,00

RÉGIONS	DOTATIONS au 1/12/03	DONT CRÉDITS reconductibles	EFFETS de champs sur 2003	TRANSFERTS interrégionaux	DOTATIONS régionales finales 2003	DONT CRÉDITS reconductibles	EFFETS de champs au 01/01/04	BASE pour 2004	RÉINTRO- DUCTION médicaments coûteux NR en 2003	BASES pour 2004 corrigées
Haute-Normandie	1 224 047,87	1 220 066,63	0,00	69,36	1 224 117,23	1 220 135,99	0,00	1 220 135,99	-	1 220 135,99
Pays de la Loire	2 176 647,65	2 169 439,91	127,15	25,45	2 176 800,25	2 169 592,50	1 199,96	2 170 792,46	874,00	2 171 666,45
Picardie	1 456 658,44	1 453 742,62	- 239,82		1 456 418,63	1 453 502,80	- 715,67	1 452 787,13	275,86	1 453 063,00
Poitou-Charentes	1 209 970,65	1 207 510,98	- 1 020,26	- 25,13	1 208 925,26	1 206 465,59	- 3 651,69	1 202 813,90	470,00	1 203 283,90
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 593 498,95	3 574 577,35	563,54		3 594 062,48	3 575 140,88	5 280,51	3 580 421,39	2 414,92	3 582 836,32
Rhône-Alpes	4 464 926,32	4 440 904,95	- 11 527,72		4 453 398,60	4 429 377,23	1 829,21	4 431 206,45	1 851,38	4 433 05,83
France métropolitaine	46 816 739,94	46 628 196,18	- 17 027,22	0,00	46 799 712,72	46 611 168,96	1 834,82	46 613 003,78	13 911,14	46 626 914,93
Guadeloupe	329 434,09	321 880,44	0,00		329 434,09	321 880,44	0,00	321 880,44	-	321 880,44
Guyane	151 342,75	146 577,75	0,00		151 342,75	146 577,75	0,00	146 577,75	-	146 577,75
Martinique	402 407,38	400 240,38	0,00		402 407,38	400 240,38	0,00	400 240,38	-	400 240,38
Réunion	483 469,94	479 013,44	0,00		483 469,94	479 013,44	0,00	479 013,44	-	479 013,44
DOM	1 366 654,16	1 347 712,01	0,00	0,00	1 366 654,16	1 347 712,01	0,00	1 347 712,01	-	1 347 712,01
France entière	48 183 394,09	47 975 908,19	- 17 027,22	0,00	48 166 366,88	47 958 880,97	1 834,82	47 960 715,79	13 911,14	47 974 626,93

TABLEAU II
Campagne budgétaire 2004. - Dotations régionales

(Les montants sont en milliers d'euros.)

RÉGIONS	MONTANT TOTAL NON SOUMIS AUX FLUCTUATIONS DE L'ACTIVITÉ					MONTANT TOTAL SOUMIS AUX FLUCTUATIONS DE L'ACTIVITÉ				
	DAC (90%) (1)	Base MIGAC totale (2)	Établissements ou Activités hors T2 A (3)	Montant total non soumis à l'activité (4)=(1)+(2)+(3)	Mesures nouvelles 2004 (5)	Activités 2004 (hors forfaits, médicaments et DMI) (6)	Forfaits 2004 (7)	Médicaments et DMI (8)	Montants soumis à l'activité (9)=(6)+(7)+(8)	DOTATIONS régionales (10)=(4)+(5)+(9)
Alsace	979 151,41	115 034,69	360 354,44	1 454 540,54	36 806,64	109 144,53	20 330,86	29 542,30	159 017,69	1 650 364,87
Aquitaine	1 182 876,76	139 766,95	606 624,30	1 929 268,01	50 769,29	135 485,34	24 075,08	35 613,50	195 173,91	2 175 211,21
Auvergne	570 644,59	75 309,81	319 404,77	965 359,17	25 515,95	65 158,68	13 095,68	17 039,14	95 293,50	1 086 168,62
Bourgogne	687 879,52	84 143,90	296 796,65	1 068 820,08	31 086,73	80 906,10	16 820,30	17 438,56	115 164,96	1 215 071,77
Bretagne	1 252 089,97	140 903,97	753 263,60	2 146 257,53	54 054,92	147 082,31	30 785,83	36 244,75	214 112,89	2 414 425,34
Centre	909 991,23	108 367,50	409 067,31	1 427 426,04	40 165,31	104 089,29	25 885,52	26 461,05	156 435,86	1 624 027,20
Champagne- Ardenne	590 585,83	94 335,87	216 963,29	901 884,99	27 278,62	66 457,81	15 679,63	16 966,56	99 104,01	1 028 267,62
Corse	103 373,80	7 680,63	60 271,13	171 325,56	6 072,41	9 977,22	2 968,11	2 492,10	15 437,43	192 835,41
Franche- Comté	505 501,96	73 477,85	243 708,83	822 688,63	23 331,52	60 064,07	12 565,15	17 928,63	90 557,85	936 578,00
Ile-de-France	5 601 390,59	1 019 579,65	2 583 789,82	9 204 760,06	222 050,81	565 345,88	141 526,04	154 233,79	861 105,72	10 287 916,59
Languedoc- Roussillon	864 805,36	140 169,92	445 817,80	1 450 793,08	36 861,28	97 688,83	17 629,75	25 056,80	140 375,38	1 628 029,73
Limousin	363 446,47	53 568,25	195 380,32	612 395,04	23 312,40	42 744,96	6 542,90	11 415,70	60 703,56	696 411,01
Lorraine	1 227 392,42	124 107,83	545 969,53	1 897 469,78	47 522,82	135 264,67	21 019,51	30 153,93	186 438,11	2 131 430,71
Midi-Pyrénées	996 166,45	159 468,35	536 508,05	1 692 142,84	42 552,08	104 978,79	22 606,16	22 580,78	150 165,73	1 884 860,65
Nord - Pas-de- Calais	1 677 846,50	160 572,93	832 940,81	2 671 360,24	72 625,40	189 539,81	41 943,74	44 307,94	275 791,50	3 019 777,13

RÉGIONS	MONTANT TOTAL NON SOUMIS AUX FLUCTUATIONS DE L'ACTIVITÉ					MONTANT TOTAL SOUMIS AUX FLUCTUATIONS DE L'ACTIVITÉ				
	DAC (90%) (1)	Base MIGAC totale (2)	Établissements ou Activités hors T2 A (3)	Montant total non soumis à l'activité (4)=(1)+(2)+(3)	Mesures nouvelles 2004 (5)	Activités 2004 (hors forfaits, médicaments et DMI) (6)	Forfaits 2004 (7)	Médicaments et DMI (8)	Montants soumis à l'activité (9)=(6)+(7)+(8)	DOTATIONS régionales (10)=(4)+(5)+(9)
Basse-Normandie	712 321,08	89 957,55	297 171,67	1 099 450,30	31 595,58	76 863,94	15 317,77	21 116,15	113 297,86	1 244 343,74
Haute-Normandie	682 910,53	112 555,22	306 217,48	1 101 683,24	34 481,73	79 850,28	19 381,86	20 052,07	119 284,20	1 255 449,17
Pays de la Loire	1 140 106,42	146 096,00	690 939,43	1 977 141,85	51 815,49	133 624,49	28 175,53	34 142,12	195 942,15	2 224 899,48
Picardie	786 087,36	88 831,87	449 327,86	1 324 247,09	39 250,70	84 770,58	21 799,88	17 551,10	124 121,56	1 487 619,35
Poitou-Charentes	693 142,37	63 869,00	327 081,91	1 084 093,28	31 080,80	77 917,59	16 190,03	21 896,85	116 004,48	1 231 178,55
Provence - Alpes-Côte d'Azur	2 108 800,47	289 529,98	818 647,38	3 216 977,83	77 837,07	232 728,36	53 940,64	66 398,61	353 067,60	3 647 882,50
Rhône-Alpes	2 423 469,49	399 255,92	1 211 548,41	4 034 273,81	99 917,93	268 686,91	58 017,76	61 993,30	388 697,96	4 522 889,70
France métropolitaine	26 059 980,57	3 686 583,62	12 507 794,80	42 254 358,99	1 105 985,48	2 868 370,42	626 297,74	730 625,74	4 225 293,90	47 585 638,37
Guadeloupe	162 219,44	42 758,91	92 663,80	297 642,15	8 933,60	16 483,79	5 079,27	1 290,63	22 853,69	329 429,43
Guyane	0,00	0,00	146 577,75	146 577,75	3 437,38	0,00	0,00	0,00	0,00	150 015,13
Martinique	228 063,74	34 337,87	103 182,91	365 584,52	11 831,35	21 695,12	4 909,89	3 885,36	30 490,37	407 906,24
Réunion	326 372,58	23 695,34	77 339,53	427 407,45	12 289,52	37 507,73	8 995,27	5 788,45	52 291,46	491 988,43
DOM	716 655,75	100 792,12	419 763,99	1 237 211,87	36 491,85	75 686,64	18 984,43	10 964,44	105 635,51	1 379 339,23
France entière	26 776 636,33	3 787 375,74	12 927 558,80	43 491 570,86	1 142 477,32	2 944 057,06	645 282,17	741 590,18	4 330 929,41	48 964 977,60

TABLEAU III
Campagne budgétaire 2004. - Synthèse des mesures nouvelles

RÉGIONS	BASE budgétaire totale	BASE budgétaire (hors partie soumise à l'activité)	MESURES d'évolution du coût des facteurs	PLAN Cancer (délégation initiale hors molécules)	PLAN Urgences (hors revalorisation des forfaits)	AUTRES mesures (UHSI et H2007)	TOTAL des mesures nouvelles (hors partie soumise à l'activité)	DOTATION régionale (hors partie soumise à l'activité)	DOTATION régionale (incluant la partie soumise à l'activité)
Alsace	1 618 302,39	1 453 212,98	31 423,87	987,51	3 122,41	1 272,85	36 806,64	1 490 019,62	1 650 364,87
Aquitaine	2 126 831,06	1 929 268,01	42 320,06	952,75	4 843,54	2 652,95	50 769,29	1 980 037,30	2 175 211,21
Auvergne	1 061 984,14	965 359,17	21 433,53	684,16	2 458,58	939,69	25 515,95	990 875,12	1 086 168,62
Bourgogne	1 182 517,07	1 068 820,08	25 704,70	251 81	4 080,64	1 049,58	31 086,73	1 099 906,81	1 215 071,77
Bretagne	2 358 424,93	2 144 017,31	46 852,31	489,52	4 845,78	1 867,31	54 054,92	2 198 072,23	2 414 425,34
Centre	1 585 023,05	1 427 426,04	34 937,81	1 334,85	2 507,14	1 385,51	40 165,31	1 437 591,34	1 624 027,20
Champagne- Ardenne	1 002 942,84	901 884,99	23 250,32	366,04	2 484,18	1 178,07	27 278,62	929 163,61	1 028 267,62
Corse	188 635,67	171 325,56	4 626,28	117,32	1 164,29	164,52	6 072,41	177 397,97	192 835,41
Franche-Comté	912 738,02	822 688,63	19 558,88	261,79	2 748,40	762,45	23 331,52	846 020,15	936 578,00
Ile-de-France	10 144 686,56	9 204 760,06	194 183,18	1 790,44	15 657,75	10 419,44	222 050,81	9 426 810,87	10 287 916,59
Languedoc- Roussillon	1 593 960,57	1 450 793,08	30 595,95	1 141,26	3 660,81	1 463,26	36 861,28	1 487 654,35	1 628 029,73
Limousin	673 051,61	612 395,04	19 326,06	1 232,29	1 985,02	769,04	23 312,40	635 707,45	696 411,01
Lorraine	2 090 674,27	1 897 469,78	39 747,50	410,31	4 922,77	2 442,24	47 522,82	1 944 992,60	2 131 430,71
Midi-Pyrénées	1 851 638,86	1 692 142,84	36 136,91	1 113,03	3 719,70	1 582,45	42 552,08	1 734 694,93	1 884 860,65
Nord - Pas-de- Calais	2 950 413,38	2 671 360,24	57 243,57	683,67	6 456,47	8 241,69	72 625,40	2 743 985,63	3 019 777,13
Basse- Normandie	1 221 047,00	1 108 204,09	25 812,13	384,06	4 349,97	1 049,42	31 595,58	1 139 799,67	1 244 343,74

RÉGIONS	BASE budgétaire totale	BASE budgétaire (hors partie soumise à l'activité)	MESURES d'évolution du coût des facteurs	PLAN Cancer (délégation initiale hors molécules)	PLAN Urgences (hors revalorisation des forfaits)	AUTRES mesures (UHSI et H2007)	TOTAL des mesures nouvelles (hors partie soumise à l'activité)	DOTATION régionale (hors partie soumise à l'activité)	DOTATION régionale (incluant la partie soumise à l'activité)
Haute-Normandie	1 220 135,99	1 101 683,24	27 717,58	1 844,29	3 895,30	1 024,55	34 481,73	1 136 164,97	1 255 449,17
Pays de la Loire	2 171 666,45	1 977 141,85	45 280,29	670,95	3 910,37	1 953,88	51 815,49	2 028 957,34	2 224 899,48
Picardie	1 453 063,00	1 324 695,07	32 267,37	861,79	4 166,94	1 954,61	39 250,70	1 363 945,77	1 487 619,35
Poitou-Charentes	1 203 283,90	1 084 093,28	26 294,76	897,98	3 033,40	854,66	31 080,80	1 115 174,08	1 231 178,55
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3 582 836,32	3 216 977,83	65 468,39	1 977,82	6 308,47	4 082,38	77 837,07	3 294 814,90	3 647 882,50
Rhône-Alpes	4 433 057,83	4 034 273,81	83 875,37	1 653,24	6 416,37	7 972,95	99 917,93	4 134 191,74	4 522 889,70
France métropolitaine	46 626 914,93	42 259 992,99	934 056,82	20 106,88	96 738,29	55 083,49	1 105 985,48	43 365 978,46	47 585 638,37
Guadeloupe	321 880,44	297 642,15	7 718,70	289,60	925,31		8 933,60	306 575,75	329 429,43
Guyane	146 577,75	146 577,75	2 626,56	155,02	655,79		3 437,38	150 015,13	150 015,13
Martinique	400 240,38	365 584,52	9 674,35	1 284,39	872,61		11 831,35	377 415,87	407 906,24
Réunion	479 013,44	427 407,45	10 566,13	484,08	1 239,31		12 289,52	439 696,97	491 988,43
DOM	1 347 712,01	1 237 211,87	30 585,74	2 213,09	3 693,02		36 491,85	1 273 703,71	1 379 339,23
France entière	47 974 626,93	43 497 204,85	964 642,55	22 319,97	100 431,32	55 083,49	1 142 477,32	44 639 682,18	48 964 977,60

ANNEXE I ÉVOLUTION DES RECETTES DE GROUPE 2

I. - LIMITATION DE L'EXONÉRATION DU TICKET MODÉRATEUR AUX ACTES DONT LA COTATION EST SUPÉRIEURE (OU ÉGALE) À K 50

Pour les actes cotés K 50 ou plus, l'exonération du ticket modérateur est désormais limitée à la période d'hospitalisation. Les actes ou prestations effectués avant ou après le séjour hospitalier, s'ils n'ouvrent pas droit par eux-mêmes à l'exonération du ticket modérateur ne sont plus exonérés. Pour le secteur de l'hôpital sont surtout concernés les consultations et examens pré et post-opératoires dont les produits figurent au compte 706 512. L'augmentation de recettes escomptée a été évaluée à 50 M EUR.

Le montant (données 2002) de ce compte pour l'ensemble des établissements financés par dotation globale est estimé à 304 M EUR. Le compte 706 512 des établissements de court séjour devrait donc en moyenne progresser de 16,5 % en 2004.

II. - FORFAITS JOURNALIERS HOSPITALIERS

Le forfait journalier pour les séjours hospitaliers effectués en court séjour ou en soins de suite passe de 10,67 EUR à 13 EUR à compter du 1er janvier 2004, soit une augmentation de 21,8%.

Le forfait journalier pour les séjours effectués en psychiatrie passe de 10,67 EUR à 9 EUR à compter du 1er janvier 2004, soit une diminution de 15,7%.

Le gain attendu de cette mesure est pour la métropole de 119 M EUR.

Le montant du forfait journalier s'imputant sur le ticket modérateur, en pratique, celui-ci n'est supporté que par les patients exonérés du ticket modérateur. Les documents comptables ne permettent pas de distinguer dans le montant inscrit en recettes de groupe 2 (compte 70 627) les recettes liées aux séjours psychiatriques et celles liées aux autres séjours.

À partir des données DGCP sur les centres hospitaliers spécialisés et des travaux conduits dans le cadre de la mise en œuvre de la tarification à l'activité, on peut estimer que les recettes du compte 70 627 provenant des séjours de psychiatrie représentent 20,7% du total de ce compte et que celles des autres séjours représentent 79,3 %.

Sur la base d'une telle structure, l'augmentation du compte 70 627 a été évaluée au niveau national à + 14 %.

L'évolution du compte 70 627 de chaque établissement de votre région peut être calculée en pondérant les deux taux d'évolution des forfaits (+ 21,8 % pour le court séjour et soins de suite et - 5,7 % pour la psychiatrie) de la part respective du nombre de forfaits journaliers en psychiatrie et du nombre de forfaits journaliers pour les autres séjours supportant ce forfait.

ANNEXE II
LISTE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
Amphotericine B	Abelcet	9196246	Abelcet 5 mg/ml perf fl. 20ml	Elan Pharma
Antithrombine III	Aclotine	9211371	Aclotine 100 ui inj fv + fv10ml	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
		9211388	Aclotine 100ui inj fv+fv5ml	
Laronidase	Aldurazyme	9249907	Aldurazyme 100u/ml inj fl	Genzyme
Amphotericine B	Ambisome	9218261	Ambisome 50mg perf fl. 15ml	Gilead Sciences
Phenylbutyrate sodique	Ammonaps	9232309	Ammonaps 500 mg cpr	Orphan Europe
		9232315	Ammonaps 940mg/g buv fl. 266g	
Darbepoetine alfa	Aranesp	9233237	Aranesp 10 mcg inj srg, 4 ml	AMGEN
		9233243	Aranesp 100 mcg inj srgo, 5 ml	
		9233272	Aranesp 15 mcg inj srgo, 375 ml	
		9233289	Aranesp 150 mcg inj srgo, 3 ml	
		9233295	Aranesp 20 mcg inj srgo, 5 ml	
		9233326	Aranesp 30 mcg inj srgo, 3 ml	
		9233332	Aranesp 300 mcg inj srgo, 6 ml	
		9233355	Aranesp 40 mcg inj srgo, 4 ml	
		9233361	Aranesp 50 mcg inj srgo, 5 ml	
		9233384	Aranesp 60 mcg inj srgo, 3 ml	
		9233390	Aranesp 80 mcg inj srgo, 4 ml	
Nonacog alfa	Benefix	9200982	Benefix 1000 ui inj fl+fl	Baxter
		9200999	Benefix 250 ui inj fl+fl	

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9201007	Benefix 500 ui inj fl+fl	
Facteur IX de coagulation	Betafact	9232120	Betafact 50 ui/ml inj fv+fv10 ml	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
		9232137	Betafact 50 ui/ml inj fv+fv20 ml	
		9232143	Betafact 50 ui/ml inj fv+fv5 ml	
Carmustine	Bicnu	9010750	Bicnu inj fl+amp	Bristol-Myers-Squibb
Busulfan	Busilvex	9253381	Busilvex 6 mg/ml inj amp10 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/2ml perf fl	
Caspofungin	Cancidas	9249089	Cancidas 50mg inj fl	Merck Sharp & Dohme-Chibret
		9249103	Cancidas 70mg inj fl	
Carglutamique acide	Carbaglu	9234053	Carbaglu 200mg cpr disp	Orphan Europe
Dexrazoxane	Cardioxane	9179029	Cardioxane 500mg inj fl	Chiron France
Proteine C	Ceprotrin	9231818	Ceprotrin 1000ui/10ml inj f+f	Baxter
		9231824	Ceprotrin 500ui/5ml inj fl+fl	
Imiglucerase	Cerezyme	9219740	Cerezyme 400u inj fl	Genzyme
Daunorubicine	Daunoxome	9184467	Daunoxome 50mg/25ml perf fl	Gilead Sciences
Oxaliplatine	Eloxatine	9183077	Eloxatine 100mg perf fl	Sanofi-Synthelabo France
		9183083	Eloxatine 50mg perf fl	
Ethancercept	Enbrel	9242615	Enbrel. 25mg inj fl+srg +nec	Wyeth-Lederle
Immunoglobulines humaines polyvalentes pour administration intravasculaire	Endobuline	9234219	Endobuline 50mg/ml fl+fl. 10ml	Baxter

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9234225	Endobuline 50mg/ml fl+fl. 100ml	
		9234248	Endobuline 50mg/ml fl+fl. 200ml	
		9234254	Endobuline 50mg/ml fl+fl. 50ml	
Erythropoietine	Eprex	9160314	Eprex 1000u inj fl. 05ml	Janssen-Cilag
		9165168	Eprex 1000u inj srg 05ml	
		9147934	Eprex 10000u inj fl. 1ml	Janssen-Cilag
		9226303	Eprex 10000u/ml inj srg 05ml	
		9226326	Eprex 10000u/ml inj srg 06ml	
		9226332	Eprex 10000u/ml inj srg 07ml	
		9226349	Eprex 10000u/ml inj srg 08ml	
		9226355	Eprex 10000u/ml inj srg 09ml	
		9167440	Eprex 10000u/ml inj srg 1ml	
		9147940	Eprex 2000u inj fl. 1ml	
		9165174	Eprex 2000u inj srg 05ml	
		9165180	Eprex 3000u inj srg 03ml	
		9147957	Eprex 4000u inj fl. 1ml	
		9165197	Eprex 4000u inj srg 04ML	
		9207719	Eprex 40000u inj fl. 1ml	
Inhibiteur C 1	Esterasine	9179644	Esterasine 50u/ml fl+fl. 10ml	Baxter
Amifostine	Ethyol	9219390	Ethyol. 50mg/ml inj fl	Schering-Plough
		9172607	Ethyol. 500mg inj fl	
Agalsidase beta	Fabrazyme	9235058	Fabrazyme 35mg perf fl. 20ml	Genzyme
Facteur VIII de coagulation	Factane	9225918	Factane 100ui/ml fv+fv10ml	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9225924	Factane 100ui/ml fv+fv25ml	
		9225930	Factane 100ui/ml fv+fv5ml	
Facteur VII de coagulation	facteur VII LFB	9170169	Facteur VII LFB 500ui fv+fv	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
Facteur Von Willebrand et facteur VIII de coagulation en association	Facteur Willebrand LFB	9169864	Facteur Von Wil LFB 1000 f+f	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
Epirubicine	Farmorubicine	9145332	Farmorubicine 10mg lyot dr fl	Pharmacia SAS
		9202834	Farmorubicine 10mg sol fp5ml	
		9145349	Farmorubicine 10mg sol fv5ml	
		9153857	Farmorubicine 150mg lyot fl	
		9202840	Farmorubicine 20mg sol fp10ml	
		9145355	Farmorubicine 20mg sol fv10ml	
		9202857	Farmorubicine 200mg fp100ml	
		9182480	Farmorubicine 200mg fv100ml	
		9145361	Farmorubicine 50mg lyot dr fl	
		9202863	Farmorubicine 50mg sol fp25ml	
		9145378	Farmorubicine 50mg sol fv25ml	
Rasburicase	Fasturtec	9239116	Fasturtec 15mg/ml fl+a.1ml	Sanofi-Synthelabo France
		9239381	Fasturtec 15mg/ml fl+a.5ml	
Complexe prothrombique active	Feiba	9179650	Feiba 1000u inj fl+fl +nec	Baxter
		9179667	Feiba 500u inj fl+fl +nec	
Epoprostenol	Flolan	9184881	Flolan 05mg inj fl+fl	Glaxosmithkline
		9202886	Flolan 15mg inj fl+fl	
Fludarabine	Fludara	9240757	Fludara 10mg cpr	Schering SA

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9171341	Fludara 50mg inj fl	
Immunoglobulines humaines polyvalentes pour administration intravasculaire	Gammagard	9199049	Gammagard 50mg/ml fl+fl. 10ml	Baxter
		9199078	Gammagard 50mg/ml fl+fl. 100ml	
		9199055	Gammagard 50mg/ml fl+fl. 200ml	
		9199061	Gammagard 50mg/ml fl+fl. 50ml	
Gemcitabine	Gemzar	9182190	Gemzar. 1000mg lyot inj fl	Lilly France SAS
		9182209	Gemzar. 200mg lyot inj fl	
Facteur VIII de coagulation	Helixate nexgen	9224988	Helixate nexgen 250ui f+f+nec	Aventis Behring SA
		9224994	Helixate nexgen 500ui f+f+nec	
		9224971	Helixate nexgen1000ui f+f+nec	
Facteur VIII de coagulation	Hemofil M	9173400	Hemofil M 1000 inj fl+fl + nec	Baxter
		9173417	Hemofil M 250 inj fl+fl +nec	
		9173423	Hemofil m 500 inj fl + + nec	
Facteur XI humainhemoleven	Hemoleven	9170175	Hemoleven 1000 u inj fv + fv	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
Trastuzumab	Herceptin	9220097	Herceptin 150 mg inj fl	Roche
Topotecan	Hycamtin	9187023	Hycamtin 4 mg perf fl. 5ml	Glaxosmithkline
Facteur von Willebrand et facteur VIII de coagulation en association	Innobranduo	9235064	Innobranduo inj fv + fv	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
Immunoglobuline anti hépatite 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 + fv10 ml	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
		9170459	Kaskadil inj fv + fv 20 ml	

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
Facteur VIII de coagulation	Kogenate Bayer	9224758	Kogenate Bay 1000 ui inj fl + fl	Bayer Pharma
		9224764	Kogenate Bay 250 ui inj fl + fl	
		9224770	Kogenate Bay 500 ui inj fl + fl	
Cladribine	Leustatine	9168014	Leustatine 10 mg inj fv 10 ml	Janssen-Cilag
Esters éthyliques d'acides gras iodés	Lipiocis	9177177	Lipiocis inj fl. 2 ml	Cis bio international
Immunoglobuline antilymphocyte	Lymphoglobuline	9055511	Lymphoglobuline inj fl. 5 ml	Imtix-Sangstat
Alemtuzumab	Mabcampath	9236388	Mabcampath 10 mg/ml inj amp	Roche
Rituximab	Mabthera	9197702	Mabthera 100 mg perf fl. 10 ml	Schering SA
		9197719	Mabthera 500 mg perf fl. 50 ml	
⁸⁹ Sr-Strontium chlorure	Metastron	9160490	Metastron inj fl. 4 ml	Amersham Heath SA
Facteur VIII de coagulation	Monoclata	9169321	Monoclata 1000 ui inj f + f + nec	Aventis Behring SA
		9169344	Monoclata 500 ui inj fl + fl + nec	
Facteur IX de coagulation	Mononine	9181670	Mononine 1000 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 médical
Doxorubicine	Myocet	9233697	Myocet 50 mg perf fl + fl + fl	Elan Pharma
Vinorelbine	Navelbine	9137172	Navelbine 10 mg inj fv 1 ml	Pierre Fabre Medicament
		9230380	Navelbine 20 mg caps	
		9230397	Navelbine 30 mg caps	
		9137189	Navelbine 50 mg inj fv 5 ml	
Erythropoïétine	Neorecormon	9201094	Neorecormon 1 000 inj srg	Roche
		9193928	Neorecormon 10 000 inj cart.	
		9201102	Neorecormon 10 000 inj srg	
		9193940	Neorecormon 100 000 inj fl + amp	

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9201119	Neorecormon 2 000 inj srg	
		9199173	Neorecormon 20 000 inj cart.	
		9201125	Neorecormon 20 000 inj srg	
		9201131	Neorecormon 3 000 inj srg	
		9227900	Neorecormon 4 000 inj srg	
		9193992	Neorecormon 500 inj fl + amp	
		9201148	Neorecormon 500 inj srg	
		9201154	Neorecormon 5 000 inj srg	
		9194023	Neorecormon 50 000 inj fl + amp	
		9227917	Neorecormon 6 000 inj srg	
		9227923	Neorecormon 60 000 inj cart.	
Pentostatine	Nipent	9160509	Nipent 10 mg inj fl	Wyeth-Lederle
Eptacog Alfa (active)	Novoseven	9181753	Novoseven 120 kui inj fl + fl	Novo Nordisk Pharmaceutique SA
		9181776	Novoseven 240 kui inj fl + fl	
		9181782	Novoseven 60 kui 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	
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

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
Protéine C	Protexel	9234047	rotexel. 5uiml injfv + fvV	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies
153Sm-Samarium-Acide	Quadramet	9202018	Quadramet inj fl. 15 ml	Cis Bio International
Facteur VIII de coagulation	Recombinat	9250980	Recombinat 1 000 UI inj f + f + bj	Baxter
		9250997	Recombinat 250 ui inj f + f + bj	
		9251005	Recombinat 500 ui inj f + f + bj	
Facteur VIII de coagulation	Refacto	9210087	Refacto 1 000 ui inj fl + fl + nec	Wyeth-Lederle
		9250566	Refacto 2 000 ui inj fl + fl + nec	
		9210093	Refacto 250 ui inj fl + fl + nec	
		9210101	Refacto 500 ui inj fl + fl + nec	
Infliximab	Remicade	9213737	Remicade 100 mg perf fl	Schering-Plough
Agalsidase Alfa	Replagal	9238861	Replagal. 1 mg/ml perf fl. 3,5ml	TKT Europe 5S
Immunoglobulines humaines polyvalentes pour administration intravasculaire	Sandoglobuline	9175511	Sandoglobuline 1 g inj fl	OTL Pharma
		9175528	Sandoglobuline 12 g inj fl + fl	
		9175534	Sandoglobuline 3 g inj fl + fl	
		9175540	Sandoglobuline 6 g inj fl + fl	
Paclitaxel	Taxol	9189944	Taxol. 6 mg/ml inj fl. 17 ml	Bristol-Myers-Squibb
		9163577	Taxol. 6 mg/ml inj fl. 5ml	
		9219467	Taxol. 6 mg/ml inj fl. 50 ml	
Docetaxel	Taxotere	9178082	Taxotere 20 mg inj fl + fl	Aventis
		9178099	Taxotere 80 mg inj fl + fl	
Immunoglobulines humaines polyvalentes pour administration intravasculaire	Tegeline	9182824	Tegeline 0,5 g/10 ml inj fv + fv	Laboratoire français du fractionnement et des biotechnologies

DÉNOMINATION commune internationale	NOM commercial de la spécialité	UCD	LIBELLÉ UCD	LABORATOIRE exploitant
		9182830	Tegeline 10 g/200 ml inj fv + fv	
		9182847	Tegeline 2,5 g/50 ml inj fv + fv	
		9182853	Tegeline 5 g/100 ml inj fv + fv	
Pirarubicine	Theprubicine	9143534	Theprubicine 10 mg inj fl +a.	Aventis
		9143540	Theprubicine 20 mg inj fl +a.	
		9143557	Theprubicine 50 mg inj fl + fl	
Immunoglobuline antithymocyte	Thymoglobuline	9109000	Thymoglobuline inj fl + fl	Imtix-Sangstat
Thyrotrophine	Thyrogen	9206921	Thyrogen 0,9 mg inj fl	Genzyme
Raltitrexed	Tomudex	9182066	Tomudex 2 mg inj fl	Astra Zeneca
Bosentan	Tracleer	9240013	Tracleer. 125 mg cpr	Actelion
		9240036	Tracleer. 62,5 mg cpr	
Arsenic trioxyde	Trisenox	9242911	Trisenox 1 mg/ml inj amp 10 ml	Cell Therapeutics
Iloprost	Ventavis	9256965	Ventavis 10 mcg/ml neb a.2 ml	Schering AG
Voriconazole	Vfend	9240131	Vfend 200 mg cpr	Pfizer
		9240125	Vfend 200 mg inj fl	
		9240148	Vfend 50 mg cpr	
Drotrecogine alfa	Xigris	9242348	Xigris 20 mg inj fl	Lilly
		9241604	Xigris 5 mg inj fl	
Idarubicine	Zavedos	9208624	Zavedos 10 mg gelu	Pharmacia SAS
		9153395	Zavedos 10 mg lyot inj fl	
		9208630	Zavedos 25 mg gelu	
		9208647	Zavedos 5 mg gelu	
		9153403	Zavedos 5 mg lyot inj fl	

ANNEXE III
LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS

1. Produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables

- Valves cardiaques
- Anneaux valvulaires
- Tubes ou conduits valvés
- Implants vasculaires de pontage droits
- Implants de pontage bifurqués ou multifurqués
- Implants endovasculaires coronariens
- Implants endovasculaires coronariens à libération de principe actif
- Implants endovasculaires pour lésions artérielles aortiques, rénales, iliaques ou fémorales
- Implants vasculaires d'embolisation artérielle
- Implants exovasculaires (type ombrelle) de fermeture de malformations congénitales
- Stimulateurs cardiaques simple chambre
- Stimulateurs cardiaques simple chambre à fréquence asservie
- Stimulateurs cardiaques double chambre
- Stimulateurs cardiaques double chambre à fréquence asservie
- Stimulateurs cardiaques triple chambre (multisite) à stimulation bi-ventriculaire
- Sondes de stimulation cardiaque.

2. Produits soumis ou à soumettre à la procédure d'inscription sur la liste des produits et prestations remboursables

- Implants endovasculaires aortiques abdominaux
- Implants pour lésions carotidiennes
- Endoprothèses cérébrales
- Défibrillateurs cardiaques simple chambre
- Défibrillateurs cardiaques double chambre
- Défibrillateurs cardiaques triple chambre
- Sondes de défibrillation cardiaque
- Cœurs artificiels
- Implants pour lésions artérielles rénales
- Implants pour lésion artérielle aortique abdominale ou thoracique.

ANNEXE IV
TARIFS DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION
1. - Tarifs des prestations de séjour et de soins

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1	01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS	2	95	14 159,52	430,79
2	01C02Z	Craniotomies, âge inférieur à 18 ans	2	40	8 879,86	587,44
3	01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	35	6 384,33	464,01
4	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	78	12 647,41	430,54
5	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1	35	9 357,63	638,23
6	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	3	79	14 644,56	506,61
7	01C05V	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques sans CMA	2	25	5 666,48	541,01
8	01C05W	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques avec CMA	2	44	9 915,42	588,96
9	01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA	2	19	4 879,50	587,15
10	01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA	2	27	6 246,10	564,04
11	01C07Z	Libérations du canal carpien	2	11	1 564,25	476,52
12	01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	3 326,16	630,41
13	01C08W	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	40	6 477,70	491,30
150	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	2	57	6 807,53	315,69
151	01M02Z	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18 ans	2	13	2 016,55	464,46
152	01M03V	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 911,06	329,91
153	01M03W	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	26	3 207,32	297,82
154	01M04Z	Méningites virales	2	18	2 256,65	363,15
155	01M05V	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1	27	4 219,84	378,12

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
156	01M05W	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	50	6 818,44	340,44
157	01M06V	Tumeurs du système nerveux sans CMA	1	32	3 994,30	325,96
158	01M06W	Tumeurs du système nerveux avec CMA	2	43	5 739,23	328,65
159	01M07Z	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 80 ans	1	38	4 137,39	269,73
160	01M08V	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	1	27	3 070,30	294,27
161	01M08W	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	2	44	4 941,34	283,39
162	01M09Z	Affections et lésions du rachis et de la moelle	2	35	3 746,93	335,51
163	01M10V	Autres affections cérébrovasculaires sans CMA	1	30	4 124,05	350,69
164	01M10W	Autres affections cérébrovasculaires avec CMA	2	44	5 563,40	308,82
165	01M11V	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 473,70	332,16
166	01M11W	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	31	3 896,08	306,81
167	01M12V	Autres affections du système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 202,08	383,98
168	01M12W	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	33	3 862,13	282,19
169	01M13Z	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	1	19	2 747,75	417,70
170	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	1	35	4 127,69	288,81
171	01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	2	45	5 204,48	282,20
172	01M15Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 80 ans	2	26	3 179,43	286,66
173	01M16Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 81 ans	1	21	2 837,48	318,33
174	01M17V	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 029,89	319,85
175	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	36	4 080,40	301,26
176	01M18V	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1	25	3 356,47	377,27

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
177	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	41	5 664,05	343,10
178	01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 554,95	355,51
179	01M19W	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	34	4 452,66	316,07
180	01M20V	Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	11	1 342,35	377,14
181	01M20W	Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	20	2 598,60	316,56
400	02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	16	3 071,51	624,48
401	02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	3 885,17	555,38
402	02C03Z	Interventions sur l'orbite	2	18	3 486,22	558,98
403	02C04Z	Autres interventions intraoculaires	2	18	3 197,62	537,34
404	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	2	5	2 294,24	793,49
405	02C06Z	Interventions primaires sur l'iris	2	18	2 243,31	438,04
406	02C07Z	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans	2	5	1 871,04	652,76
407	02C08V	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	10	1 877,10	559,68
408	02C08W	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	18	3 321,31	444,48
500	02M02Z	Hyphéma	2	18	1 929,25	337,67
501	02M03Z	Infections oculaires aiguës sévères	1	20	3 192,77	363,35
502	02M04Z	Affections oculaires d'origine neurologique	2	18	2 360,93	353,74
503	02M05Z	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 231,18	446,73
504	02M06V	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	18	2 229,97	347,48
505	02M06W	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	27	3 597,78	321,48
600	03C02V	Interventions majeures sur la tête et le cou sans CMA	1	43	10 418,65	594,68
601	03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA	3	76	14 672,45	466,25

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
602	03C03Z	Exérèses de glandes salivaires	2	11	3 193,99	584,73
603	03C04Z	Interventions sur les glandes salivaires autres que les exérèses	2	10	3 385,58	709,88
604	03C05Z	Réparations de fissures labiale et palatine	2	14	3 748,14	610,34
605	03C06Z	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans	2	18	3 323,73	585,81
606	03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	12	2 844,76	660,01
607	03C07W	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3	18	3 856,06	573,49
608	03C08V	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou sans CMA	2	8	2 390,03	616,91
609	03C08W	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou avec CMA	2	24	4 490,25	534,19
610	03C09Z	Rhinoplasties	2	6	2 253,01	597,55
611	03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	2	6	1 629,73	540,94
612	03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	2	6	1 713,40	443,93
613	03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	2	14	2 141,45	548,28
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	18	2 048,08	396,53
615	03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 214,21	454,70
616	03C15Z	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	2	18	1 911,06	429,56
617	03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	3 654,77	627,81
618	03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	37	6 266,71	484,13
619	03C17Z	Interventions sur la bouche	2	18	2 626,49	517,78
800	03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	2	7	2 052,93	673,66

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
801	03M02Z	Traumatismes et déformations du nez	2	15	1 778,88	400,25
802	03M03Z	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	2	12	1 717,04	427,16
803	03M04V	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	13	1 605,48	347,19
804	03M04W	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	23	3 063,03	322,58
805	03M05Z	Troubles de l'équilibre	2	18	2 263,92	315,36
806	03M06Z	Epistaxis	2	16	1 924,39	340,08
807	03M07V	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 369,42	432,50
808	03M07W	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	36	4 790,98	366,51
809	03M08Z	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 249,37	426,40
810	03M09V	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	18	2 119,62	375,79
811	03M09W	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	26	3 662,05	353,38
812	03M10Z	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	2	11	2 011,70	459,31
813	03M11V	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 936,52	442,87
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	2	22	3 270,38	349,24
1000	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS	3	82	22 110,53	711,65
1001	04C02V	Interventions majeures sur le thorax sans CMA	3	30	7 918,27	590,42
1002	04C02W	Interventions majeures sur le thorax avec CMA	3	42	10 338,62	578,26
1003	04C03V	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire sans CMA	1	25	5 217,81	528,14

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1004	04C03W	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire avec CMA	2	50	8 519,72	428,81
1100	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	17	2 143,88	409,23
1101	04M02W	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans avec CMA	2	18	3 218,24	416,01
1102	04M03V	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	2 039,59	317,83
1103	04M03W	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	29	3 544,43	284,68
1104	04M04Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 397,31	430,29
1105	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1	25	3 116,38	294,03
1106	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	36	4 663,66	302,03
1107	04M06Z	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	2	25	4 131,32	429,27
1108	04M07V	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1	36	4 315,64	294,32
1109	04M07W	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	51	6 533,48	311,43
1110	04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA	1	23	2 940,55	302,83
1111	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	2	37	4 655,17	304,38
1112	04M09V	Tumeurs de l'appareil respiratoire sans CMA	1	30	3 888,81	347,50
1113	04M09W	Tumeurs de l'appareil respiratoire avec CMA	2	45	6 119,99	336,75
1114	04M10V	Embolies pulmonaires sans CMA	1	29	4 195,59	329,39
1115	04M10W	Embolies pulmonaires avec CMA	3	38	5 282,08	321,59
1116	04M11V	Signes et symptômes respiratoires sans CMA	2	18	2 248,16	392,20
1117	04M11W	Signes et symptômes respiratoires avec CMA	2	25	3 688,73	349,92
1118	04M12V	Pneumothorax sans CMA	2	18	2 278,47	327,65
1119	04M12W	Pneumothorax avec CMA	2	31	4 246,52	334,53
1120	04M13Z	Œdème pulmonaire et détresse respiratoire	1	38	5 083,22	345,99
1121	04M14V	Maladies pulmonaires interstitielles sans CMA	1	21	3 032,71	359,62
1122	04M14W	Maladies pulmonaires interstitielles avec CMA	2	37	5 123,23	325,72

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1123	04M15V	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire sans CMA	2	18	2 205,72	324,82
1124	04M15W	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire avec CMA	2	29	3 898,51	323,25
1125	04M16V	Traumatismes thoraciques majeurs sans CMA	2	18	1 703,70	306,74
1126	04M16W	Traumatismes thoraciques majeurs avec CMA	2	28	3 303,12	306,77
1127	04M17V	Épanchements pleuraux sans CMA	1	23	3 059,39	326,13
1128	04M17W	Épanchements pleuraux avec CMA	2	36	4 984,99	327,56
1400	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	4	57	18 008,31	774,32
1401	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, sans CMA	5	33	12 943,28	809,60
1402	05C03W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA	6	50	17 280,75	838,58
1403	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie sans CMA	4	39	14 018,86	801,79
1404	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie avec CMA	6	57	18 306,61	744,45
1405	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie sans CMA	6	27	12 893,57	892,44
1406	05C05W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie avec CMA	5	40	16 275,50	956,88
1407	05C06V	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, sans CMA	4	34	12 585,57	821,03
1408	05C06W	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	4	59	19 688,97	840,73
1409	05C07Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	3	50	29 611,67	1 346,58
1410	05C08V	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, sans CMA	2	18	3 489,86	532,78
1411	05C08W	Autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, avec CMA	2	37	8 145,03	549,39

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1412	05C09Z	Autres interventions cardiothoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	1	53	18 454,54	966,29
1413	05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	2	36	8 374,21	546,02
1414	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	3	57	11 802,23	513,65
1415	05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire sans CMA	1	25	5 391,22	535,71
1416	05C11W	Autres interventions de chirurgie vasculaire avec CMA	2	44	8 556,10	501,12
1417	05C12V	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, sans CMA	2	66	9 243,64	354,31
1418	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	3	92	13 404,07	358,36
1419	05C13V	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils sans CMA	1	42	4 917,09	311,65
1420	05C13W	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils avec CMA	2	58	7 965,56	345,60
1421	05C14Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec insuffisance cardiaque	2	40	7 228,30	422,52
1422	05C15Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque	1	26	4 984,99	458,92
1423	05C16Z	Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente	2	18	2 900,54	431,26
1424	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	6	1 827,39	571,05
1425	05C17W	Ligatures de veines et éveinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	19	2 842,33	425,59
1426	05C18Z	Autres interventions sur le système circulatoire	1	39	5 814,41	444,75
1650	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	2	18	4 777,64	792,24
1651	05K02W	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques avec CMA	2	26	6 695,97	615,32
1652	05K03Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde	1	26	4 795,83	453,12
1653	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	2	18	2 858,10	535,95
1654	05M02E	Infarctus aigu du myocarde avec décès	1	24	3 607,48	386,68

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1655	05M03Z	Infarctus aigu du myocarde avec complications cardiovasculaires et sortie en vie de l'établissement	2	34	5 237,22	355,57
1656	05M04V	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire sans CMA	2	19	3 573,53	416,81
1657	05M04W	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire avec CMA	2	30	5 138,99	399,87
1658	05M05V	Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	1 725,53	367,45
1659	05M05W	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	24	3 061,81	293,23
1660	05M06V	Angine de poitrine sans CMA	2	18	2 257,86	355,11
1661	05M06W	Angine de poitrine avec CMA	2	24	3 463,18	337,09
1662	05M07V	Thrombophlébites veineuses profondes, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	21	2 778,06	303,24
1663	05M07W	Thrombophlébites veineuses profondes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	33	4 056,14	285,69
1664	05M08V	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	1 720,68	377,69
1665	05M08W	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	24	3 267,95	316,03
1666	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	1	24	3 026,65	297,81
1667	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	2	33	4 337,47	306,66
1668	05M10Z	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	1	23	3 909,42	446,46
1669	05M11V	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	2 094,16	405,16
1670	05M11W	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	31	3 966,41	312,36
1671	05M12V	Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 278,47	414,31
1672	05M12W	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	33	4 241,67	317,64
1673	05M13Z	Douleurs thoraciques	2	18	2 077,18	353,82
1674	05M14Z	Arrêt cardiaque	1	35	9 315,19	790,54
1675	05M15Z	Hypertension artérielle	2	21	2 761,09	322,02
1676	05M16V	Athérosclérose coronarienne sans CMA	1	18	2 291,81	311,26

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1677	05M16W	Athérosclérose coronarienne avec CMA	2	31	4 113,14	315,72
1678	05M17V	Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA	2	18	2 246,95	353,79
1679	05M17W	Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA	2	29	4 065,84	334,43
1680	05M18Z	Endocardites aiguës et subaiguës	1	60	8 135,33	315,39
1900	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives	2	105	24 076,15	715,02
1901	06C03V	Résections rectales sans CMA	4	45	10 868,53	540,00
1902	06C03W	Résections rectales avec CMA	5	72	14 192,26	463,17
1903	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	3	40	7 989,82	456,16
1904	06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	4	69	12 653,47	440,55
1905	06C05Z	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	1	25	5 308,76	630,08
1906	06C06V	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	30	6 349,17	514,79
1907	06C06W	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	68	12 689,85	462,52
1908	06C07V	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	2	31	5 631,31	431,73
1909	06C07W	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	3	62	9 420,68	421,42
1910	06C08V	Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	3 658,41	445,41
1911	06C08W	Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	33	5 788,95	394,14
1912	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	10	2 645,89	467,77
1913	06C09W	Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	21	4 016,13	431,87
1914	06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	2	10	2 268,77	672,90
1915	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	18	3 623,25	454,13
1916	06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	32	5 476,10	426,97
1917	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	11	2 559,80	493,64

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
1918	06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	21	3 657,20	435,32
1919	06C13V	Libérations d'adhérences péritonéales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1	21	4 030,68	425,45
1920	06C13W	Libérations d'adhérences péritonéales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	43	6 919,09	391,77
1921	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	2	17	2 209,36	413,57
1922	06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	2	25	3 740,87	395,05
1923	06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA	1	26	4 884,35	453,94
1924	06C15W	Autres interventions sur le tube digestif avec CMA	2	56	9 425,53	426,76
2100	06M01S	Affections du tube digestif avec CMAS	2	42	5 740,44	350,00
2101	06M02V	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	12	1 644,28	422,95
2102	06M02W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	18	3 136,99	444,07
2103	06M03V	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 738,87	350,20
2104	06M03W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	24	3 118,80	309,71
2105	06M04V	Hémorragies digestives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 107,50	410,82
2106	06M04W	Hémorragies digestives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	27	4 042,81	357,40
2107	06M05V	Tumeurs malignes du tube digestif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	19	2 464,00	400,59
2108	06M05W	Tumeurs malignes du tube digestif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	38	4 908,60	323,76
2109	06M06V	Occlusions intestinales non dues à une hernie sans CMA	2	18	2 246,95	318,46
2110	06M06W	Occlusions intestinales non dues à une hernie avec CMA	2	29	3 771,18	317,57
2111	06M07V	Maladies inflammatoires de l'intestin sans CMA	2	22	3 288,57	372,53
2112	06M07W	Maladies inflammatoires de l'intestin avec CMA	2	35	4 907,39	346,75
2113	06M08Z	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 276,05	455,76
2114	06M09V	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 735,23	401,41

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
2115	06M09W	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	26	3 636,58	344,71
2116	06M10Z	Ulcères gastroduodénaux compliqués	1	23	3 238,85	333,68
2117	06M11V	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 063,84	371,19
2118	06M11W	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	27	3 709,34	315,09
2300	07C02V	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave sans CMA	3	40	11 478,46	657,66
2301	07C02W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave avec CMA	4	76	17 292,87	574,04
2302	07C03V	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale sans CMA	3	39	8 362,08	484,86
2303	07C03W	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale avec CMA	4	62	11 295,36	413,88
2304	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	2	18	3 723,89	493,79
2305	07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	2	36	6 298,24	432,64
2306	07C05V	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies sans CMA	2	41	8 020,13	442,06
2307	07C05W	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies avec CMA	4	67	12 054,45	419,29
2308	07C06Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections malignes	2	44	8 239,61	493,07
2309	07C07Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections non malignes	1	44	6 617,15	435,06
2310	07C08Z	Autres interventions sur le système hépatobiliaire et pancréatique	1	59	9 201,20	416,26
2500	07M01S	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS	2	49	6 780,85	346,20
2501	07M02V	Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 210,57	395,48
2502	07M02W	Affections des voies biliaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	27	3 961,56	341,42
2503	07M03V	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	22	2 961,17	362,29
2504	07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	37	4 735,20	305,82
2505	07M04V	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, sans CMA	2	18	2 563,43	387,95

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
2506	07M04W	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrloses, des hépatites alcooliques, avec CMA	2	32	4 371,42	326,45
2507	07M05V	Affections non malignes du pancréas sans CMA	1	23	3 379,51	354,38
2508	07M05W	Affections non malignes du pancréas avec CMA	2	32	4 394,46	322,01
2509	07M06V	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	20	2 788,98	420,67
2510	07M06W	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	35	4 792,19	332,77
2700	08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	2	73	11 841,03	412,72
2701	08C02Z	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches	5	61	13 584,75	575,14
2702	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	5	37	8 048,02	455,14
2703	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	5	47	9 424,32	456,58
2704	08C04Z	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge inférieur à 18 ans	2	27	5 759,85	502,46
2705	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	3	41	6 766,30	370,22
2706	08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4	54	8 727,08	378,96
2707	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	2	81	11 776,76	372,26
2708	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	2	24	5 741,66	575,61
2709	08C07W	Interventions sur le rachis avec CMA	3	46	10 912,18	595,11
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	2	18	3 259,47	512,65
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	2	22	4 056,14	429,80

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
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	3	40	6 297,03	393,25
2713	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	3 779,67	477,99
2714	08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	34	5 432,44	386,50
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	14	2 574,35	552,44
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	2	22	3 785,73	418,20
2717	08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires	2	22	3 419,53	464,97
2718	08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	2	18	2 413,07	451,30
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	2	13	1 864,98	451,55
2720	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	2	18	3 004,82	476,08
2721	08C15W	Interventions sur le pied avec CMA	2	43	5 951,44	364,90
2722	08C16V	Interventions sur les tissus mous sans CMA	2	18	2 763,51	478,41
2723	08C16W	Interventions sur les tissus mous avec CMA	2	42	6 055,72	399,66
2724	08C17Z	Interventions sur la main et le poignet pour kyste synovial	2	5	1 655,20	561,51
2725	08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	2	15	2 363,36	586,84
2726	08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA	2	23	3 987,03	443,19
2727	08C19Z	Arthroscopies	2	11	1 960,77	567,92
2728	08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	2	22	4 039,17	629,08
2729	08C21V	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif sans CMA	2	18	3 259,47	527,18
2730	08C21W	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CMA	2	40	7 148,27	453,85
3000	08M01S	Affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	2	55	6 851,18	314,44

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
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	2	6	1 516,96	505,29
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	2	17	1 617,61	401,87
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	2	24	2 946,62	302,11
3004	08M04V	Fractures de la hanche et du bassin sans CMA	1	31	3 568,68	287,96
3005	08M04W	Fractures de la hanche et du bassin avec CMA	2	44	4 926,79	284,00
3006	08M05Z	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	1	35	5 330,59	358,40
3007	08M06Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge inférieur à 18 ans	2	18	1 824,96	437,81
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	2	18	1 835,87	344,48
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	2	26	3 163,67	290,69
3010	08M08Z	Entorses et luxations du bassin et de la hanche	1	27	3 389,21	336,09
3011	08M09Z	Arthropathies non spécifiques	2	21	2 997,54	343,32
3012	08M10V	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 255,43	342,48
3013	08M10W	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	32	3 833,03	284,66
3014	08M11V	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	1	33	4 200,44	312,21
3015	08M11W	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	2	46	5 856,85	302,28
3016	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 286,96	296,28
3017	08M12W	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	31	3 710,55	282,34
3018	08M13Z	Signes et symptômes concernant l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	2	19	2 420,35	316,65

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
3019	08M14V	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 524,63	371,99
3020	08M14W	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	32	4 229,55	320,04
3021	08M15V	Tendinites, myosites et bursites, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 020,19	351,35
3022	08M15W	Tendinites, myosites et bursites, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	31	3 767,55	292,53
3023	08M16Z	Ostéomyélites	1	40	5 208,11	334,66
3024	08M17Z	Arthrites septiques	1	40	5 176,59	329,46
3025	08M18Z	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	2	18	2 146,30	359,49
3026	08M19V	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	2	19	2 399,73	335,79
3027	08M19W	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	2	35	4 316,85	295,83
3300	09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	1	54	7 569,04	370,40
3301	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	2	93	12 289,69	354,71
3302	09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	2	19	3 590,51	549,41
3303	09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA	2	51	8 474,85	442,72
3304	09C04V	Mastectomies totales pour tumeur maligne sans CMA	2	20	4 455,09	473,57
3305	09C04W	Mastectomies totales pour tumeur maligne avec CMA	3	33	5 524,60	417,05
3306	09C05V	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne sans CMA	2	18	3 509,26	531,52
3307	09C05W	Mastectomies subtotaux pour tumeur maligne avec CMA	2	26	4 692,76	472,05
3308	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	2	14	2 934,49	595,06
3309	09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	2	9	1 839,51	513,99
3310	09C08Z	Interventions sur la région anale et périanale	2	13	1 917,12	435,14
3311	09C09Z	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	2	18	3 409,83	555,83
3312	09C10V	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins sans CMA	2	18	2 618,00	444,52

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
3313	09C10W	Autres interventions sur la peau, les tissus souscutanés ou les seins avec CMA	2	53	6 761,45	346,39
3500	09M02Z	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	2	18	1 849,21	434,26
3501	09M03V	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 637,01	377,64
3502	09M03W	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	24	2 953,89	294,97
3503	09M04Z	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 288,17	421,35
3504	09M05V	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	2 214,21	323,89
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	2	34	4 251,37	291,67
3506	09M06Z	Ulcères cutanés	2	52	5 845,94	286,49
3507	09M07V	Autres affections dermatologiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 113,56	371,38
3508	09M07W	Autres affections dermatologiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	29	3 883,95	324,39
3509	09M08V	Affections dermatologiques sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	19	2 742,90	365,34
3510	09M08W	Affections dermatologiques sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	36	4 898,90	323,20
3511	09M09Z	Affections non malignes des seins	2	18	1 999,58	379,66
3512	09M10V	Tumeurs malignes des seins sans CMA	1	27	3 636,58	380,40
3513	09M10W	Tumeurs malignes des seins avec CMA	2	44	6 642,62	375,90
3700	10C01S	Interventions pour affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	2	60	10 852,76	533,44
3701	10C02Z	Interventions sur l'hypophyse	3	25	7 530,24	691,47
3702	10C03Z	Interventions sur les surrénales	2	25	6 357,66	600,82
3703	10C04Z	Interventions pour obésité	2	17	4 575,14	645,89
3704	10C05Z	Interventions sur les parathyroïdes	2	18	4 187,10	724,69
3705	10C06V	Interventions sur la thyroïde, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	9	3 150,33	612,88

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
3706	10C06W	Interventions sur la thyroïde, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	3 756,63	565,44
3707	10C07Z	Interventions sur le tractus thyroïdien	2	9	2 350,02	498,49
3708	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels	1	31	6 657,17	597,87
3900	10M01S	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	2	44	5 488,22	302,41
3901	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA	2	19	2 447,02	299,35
3902	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	29	3 653,56	289,88
3903	10M03Z	Diabète, âge inférieur à 36 ans	2	19	2 930,85	351,30
3904	10M04V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	18	2 211,78	431,38
3905	10M04W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans avec CMA	2	25	4 304,73	454,65
3906	10M05V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans sans CMA	1	18	2 046,87	332,41
3907	10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	31	3 761,48	290,43
3908	10M06Z	Maladies métaboliques congénitales	2	18	3 060,60	447,46
3909	10M07V	Autres troubles endocriniens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 200,87	412,79
3910	10M07W	Autres troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	29	3 700,85	316,53
4100	11C01S	Interventions pour affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	2	62	11 130,45	464,86
4101	11C02V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, sans CMA	4	36	8 453,03	531,83
4102	11C02W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, avec CMA	4	49	10 708,46	506,91
4103	11C03V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, sans CMA	2	21	5 009,25	569,49
4104	11C03W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, avec CMA	2	39	7 975,26	496,55
4105	11C04Z	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales	1	24	4 875,86	521,23

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
4106	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	2	18	2 787,77	496,90
4107	11C05W	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA	2	25	4 119,20	428,97
4108	11C06Z	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 892,05	473,24
4109	11C07Z	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans	2	18	2 969,66	416,66
4110	11C08V	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires sans CMA	2	18	3 012,10	624,14
4111	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA	2	42	6 778,43	446,52
4250	11M01S	Affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	2	43	6 018,13	359,25
4251	11M02V	Lithiases urinaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	12	1 549,70	381,25
4252	11M02W	Lithiases urinaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	18	2 428,84	332,49
4253	11M03V	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	11	2 285,75	439,61
4254	11M03W	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans avec CMA	2	17	3 218,24	440,40
4255	11M04V	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	14	1 823,75	334,29
4256	11M04W	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	28	3 466,82	290,75
4257	11M05V	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	21	2 805,95	434,53
4258	11M05W	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	42	6 586,84	400,90
4259	11M06V	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 225,12	401,23
4260	11M06W	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	31	4 333,83	337,81
4261	11M07V	Tumeurs des reins et des voies urinaires sans CMA	1	23	3 153,97	373,30
4262	11M07W	Tumeurs des reins et des voies urinaires avec CMA	2	38	4 710,95	316,50
4263	11M08Z	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	2	18	3 056,96	484,76
4264	11M09V	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	18	2 284,54	372,74
4265	11M09W	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	27	3 785,73	348,55
4266	11M10V	Rétrécissement urétral, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	14	1 960,77	440,38

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
4267	11M10W	Rétrécissement urétral, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	20	2 913,88	362,70
4268	11M11Z	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 838,69	463,26
4269	11M12V	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 599,42	344,27
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	23	2 955,10	310,08
4500	12C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital masculin avec CMAS	2	58	8 610,67	371,29
4501	12C02Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme	3	30	6 721,44	503,06
4502	12C03Z	Interventions sur le pénis	2	18	3 668,11	564,34
4503	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	3	19	3 390,43	408,14
4504	12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA	3	28	4 514,51	397,82
4505	12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes	2	18	2 953,89	525,50
4506	12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	2	8	2 227,54	639,87
4507	12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	2	16	2 310,00	478,76
4508	12C08Z	Circoncisions	2	13	1 702,49	482,70
4509	12C09Z	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	2	20	4 172,55	527,41
4510	12C10Z	Autres interventions pour des affections non malignes de l'appareil génital masculin	2	21	3 129,72	412,96
4750	12M02V	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	1 846,79	339,53
4751	12M02W	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	23	2 947,83	310,96
4752	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA	2	22	4 000,36	502,81
4753	12M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin avec CMA	2	41	5 394,85	322,26
4754	12M04V	Hypertrophie prostatique bénigne, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	15	1 516,96	381,96
4755	12M04W	Hypertrophie prostatique bénigne, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	22	2 970,87	318,72
4756	12M05Z	Autres affections de l'appareil génital masculin	2	18	2 099,01	446,67
4900	13C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital féminin avec CMAS	2	49	8 410,59	450,47

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
4901	13C02V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies sans CMA	3	25	5 757,42	502,18
4902	13C02W	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies avec CMA	3	45	9 426,74	495,08
4903	13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	3	13	3 824,54	477,12
4904	13C03W	Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	24	4 999,55	472,96
4905	13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	15	3 347,99	557,11
4906	13C04W	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	20	4 278,05	475,81
4907	13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes	1	29	5 109,89	471,59
4908	13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes	2	16	2 947,83	574,94
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	15	2 902,96	528,60
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	2	20	4 126,47	481,07
4911	13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	14	1 638,22	429,79
4912	13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	27	3 916,69	358,70
4913	13C09Z	Laparoscopies ou coelioscopies diagnostiques	2	12	2 134,17	500,34
4914	13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coelioscopie	2	4	1 570,32	502,81
4915	13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	2	11	1 620,03	471,57
4916	13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	2	8	1 506,05	472,92
4917	13C13Z	Autres interventions sur l'appareil génital féminin	1	26	4 963,17	482,30
5200	13M02Z	Infections de l'appareil génital féminin	2	18	1 821,32	319,08
5201	13M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin sans CMA	2	23	3 134,57	402,61
5202	13M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin avec CMA	2	47	6 716,59	360,05
5203	13M04V	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	14	1 567,89	411,81
5204	13M04W	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	21	2 764,73	320,45

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
5300	14C02A	Césariennes sans complication significative	4	13	3 160,93	334,52
5301	14C02B	Césariennes avec autres complications	4	30	4 124,05	318,32
5302	14C02C	Césariennes avec complications majeures	4	38	4 879,50	323,86
5303	14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	2	22	6 337,89	642,90
5304	14C04Z	Affections du post-partum ou du post-abortum avec intervention chirurgicale	2	18	2 442,87	460,68
5305	14C05Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	2	11	1 479,37	423,83
5450	14M02Z	Affections médicales du post-partum ou du post-abortum	2	18	1 676,70	282,89
5451	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	2	10	2 342,93	382,83
5452	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	2	15	2 644,68	375,03
5453	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	2	21	3 212,17	365,16
5454	14Z03A	Affections de l'ante-partum, avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	2	18	1 476,83	283,73
5455	14Z03B	Affections de l'ante-partum, avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	2	19	1 825,98	257,78
5456	14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	2	10	1 525,45	378,59
5457	14Z05Z	Grossesses ectopiques	2	11	2 542,81	539,29
5458	14Z06Z	Menaces d'avortement	2	18	1 296,27	262,49
5459	14Z07Z	Faux travail	2	18	1 177,02	243,99
5800	15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces	1	40	5 922,11	448,08
5801	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement	2	4	1 600,20	494,96
5802	15Z04E	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés	1	37	12 073,70	915,85
5803	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	2	9	1 125,20	191,50
5804	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	2	12	1 988,66	249,80
5805	15Z05C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère	3	23	3 461,97	343,29
5806	15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	2	37	6 503,22	473,55
5807	15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	2	21	2 497,95	272,98

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
5808	15Z06B	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif	3	31	4 997,12	359,89
5809	15Z06C	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème sévère	3	41	7 170,10	393,74
5810	15Z06D	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème majeur	3	59	10 522,85	428,72
5811	15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif	3	52	8 781,64	380,27
5812	15Z07B	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif	3	69	12 529,79	408,96
5813	15Z07C	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère	4	89	17 160,70	434,51
5814	15Z08A	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	3	110	21 604,60	442,15
5815	15Z08E	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés	1	49	12 237,79	668,52
5816	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	2	183	39 465,93	497,72
5817	15Z09E	Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés	1	47	14 374,69	1 031,00
6100	16C01S	Interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	2	70	13 873,35	520,58
6101	16C02Z	Interventions sur la rate	3	29	6 351,59	513,91
6102	16C03V	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques sans CMA	2	18	2 619,21	527,95
6103	16C03W	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMA	2	36	6 133,33	439,67
6150	16M01S	Affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	2	40	6 927,58	432,95
6151	16M02V	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire sans CMA	2	18	2 767,15	397,69
6152	16M02W	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire avec CMA	2	27	4 370,21	378,42
6153	16M03V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	18	3 058,17	476,44
6154	16M03W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans avec CMA	2	23	5 701,64	606,15
6155	16M04V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	2 407,01	414,67
6156	16M04W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	28	4 265,92	359,32
6157	16M05V	Troubles de la coagulation, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 440,96	436,43
6158	16M05W	Troubles de la coagulation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	30	4 524,21	375,26

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
6300	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMAS	2	80	15 111,41	461,44
6301	17C02V	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	2	23	5 058,96	515,63
6302	17C02W	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	3	46	9 122,38	537,48
6303	17C03V	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	2	18	3 423,17	536,50
6304	17C03W	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	2	48	8 665,23	468,61
6305	17C04V	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	2	32	7 322,89	534,15
6306	17C04W	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	3	54	11 275,96	518,43
6307	17C05V	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	2	18	3 392,85	507,10
6308	17C05W	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	2	40	7 319,25	463,71
6450	17K02Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales avec exploration endoscopique	2	18	1 958,35	457,13
6451	17K03Z	Curiethérapie et autres irradiations internes	2	9	2 605,88	605,31
6452	17K04Z	Autres irradiations	2	20	2 872,65	411,71
6453	17M01S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMAS	2	54	10 955,83	512,68
6454	17M02Z	Lymphomes ou leucémies, âge inférieur à 18 ans	1	39	10 610,24	803,93
6455	17M03V	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1	26	4 224,70	457,84
6456	17M03W	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	45	8 058,93	449,70
6457	17M04Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales sans exploration endoscopique	2	18	2 358,51	412,33
6458	17M05Z	Chimiothérapie pour leucémie aiguë	2	25	5 836,24	778,19
6459	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur sans CMA	2	13	1 953,50	438,71
6460	17M06W	Chimiothérapie pour autre tumeur avec CMA	3	18	2 930,85	422,98

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
6461	17M07V	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 285,75	428,98
6462	17M07W	Autres affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	30	4 161,64	344,13
6700	18C02V	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires sans CMA	1	31	4 693,97	385,89
6701	18C02W	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires avec CMA	2	61	9 527,39	410,49
6750	18M02V	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans sans CMA	2	12	1 777,67	440,94
6751	18M02W	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	18	3 378,30	488,81
6752	18M03Z	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	2	19	2 822,93	354,63
6753	18M04V	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans sans CMA	2	18	2 433,69	350,68
6754	18M04W	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	27	4 071,91	384,74
6755	18M05V	Infections postopératoires et posttraumatiques sans CMA	2	21	2 784,13	332,46
6756	18M05W	Infections postopératoires et posttraumatiques avec CMA	2	35	5 341,50	384,94
6757	18M06Z	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	2	22	4 684,27	510,06
6758	18M07V	Septicémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	1	30	3 760,27	304,47
6759	18M07W	Septicémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	2	43	5 835,03	333,00
6760	18M08V	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 175,40	352,69
6761	18M08W	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	31	3 931,25	317,61
6762	18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	2	58	8 125,63	374,08
7000	19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	1	61	8 331,77	450,46
7050	19M02V	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 105,07	308,24
7051	19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	30	3 312,82	262,36
7052	19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	1	38	3 833,03	301,71

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
7053	19M04Z	Psychoses, âge supérieur à 80 ans	2	38	4 328,98	268,68
7054	19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	1	27	3 032,71	283,69
7055	19M06V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA	1	37	3 873,04	257,75
7056	19M06W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA	2	48	5 181,44	263,11
7057	19M07V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	1	33	3 562,62	273,97
7058	19M07W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	2	47	5 163,25	279,33
7059	19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance	2	18	2 651,95	405,11
7060	19M09Z	Autres troubles mentaux	2	22	2 625,28	303,44
7061	19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives	1	21	2 564,65	294,00
7062	19M11V	Névroses dépressives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	21	2 358,51	272,07
7063	19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	34	3 641,43	256,53
7250	20Z02Z	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	2	23	2 670,14	264,53
7251	20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	2	18	2 023,83	318,77
7252	20Z04Z	Éthylisme avec dépendance	2	27	3 041,20	256,65
7253	20Z05Z	Éthylisme aigu	2	18	1 834,66	301,35
7254	20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA	1	24	2 665,29	268,80
7255	20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	37	4 202,87	277,90
7400	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	2	99	17 864,01	435,67
7401	21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	2	34	5 279,66	553,38
7402	21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	1	60	9 581,96	406,83
7403	21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	2	18	3 630,52	628,11
7404	21C05V	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte sans CMA	1	32	4 992,27	455,87

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
7405	21C05W	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte avec CMA	2	56	9 573,47	451,04
7550	21M01S	Traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	2	34	4 881,92	367,38
7551	21M02Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge inférieur à 18 ans	2	18	2 172,98	400,76
7552	21M03V	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 439,36	344,71
7553	21M03W	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	23	2 941,77	303,95
7554	21M04Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	2	10	1 593,36	444,56
7555	21M05Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	2	18	1 686,73	336,46
7556	21M06Z	Traumatismes complexes, âge inférieur à 18 ans	2	18	1 787,37	386,73
7557	21M07V	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans sans CMA	2	18	1 758,27	352,04
7558	21M07W	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	2	24	3 050,90	306,54
7559	21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge inférieur à 70 ans sans CMA	2	18	2 102,65	393,92
7560	21M08W	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	2	24	3 626,88	374,48
7561	21M09V	Complications iatrogéniques non classées ailleurs sans CMA	2	20	2 730,77	378,13
7562	21M09W	Complications iatrogéniques non classées ailleurs avec CMA	2	33	4 941,34	387,55
7800	22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	1	68	21 675,21	815,40
7801	22C03Z	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales	1	47	12 803,83	679,71
7850	22M02Z	Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale	1	25	4 251,37	434,47
7851	22Z02Z	Brûlures étendues	1	133	71 481,50	1 404,99
7900	23C02Z	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	1	27	4 902,54	521,01
7950	23M02Z	Rééducation	1	41	3 639,01	253,78
7951	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	2	19	2 420,35	328,72

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
7952	23M03W	Signes et symptômes avec CMA	2	33	4 255,01	317,56
7953	23M04Z	Suivi thérapeutique avec antécédent d'affections malignes	2	18	2 080,82	358,94
7954	23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes	1	18	2 175,40	354,41
7955	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	1	18	2 272,41	369,15
7956	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	1	51	6 626,85	333,56
7957	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte dans une USP	1	51	7 289,54	366,92
8000	24C01Z	Libérations du canal carpien : séjours de moins de 2 jours			770,00	
8001	24C02Z	Affections de la CMD01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD01			1 479,37	
8002	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours			1 650,35	
8003	24C04Z	Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 02			1 242,91	
8004	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours			865,80	
8005	24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours			748,17	
8006	24C07Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 03			1 330,22	
8007	24C08Z	Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 04			1 092,55	
8008	24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours			1 319,31	
8009	24C10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 05			2 331,83	
8010	24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours			1 376,30	
8011	24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours			944,61	
8012	24C13Z	Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 06			1 484,22	
8013	24C14Z	Affections de la CMD 07 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 07			1 878,32	
8014	24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours			982,21	

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
8015	24C16Z	Interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours			1 267,17	
8016	24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours			1 407,83	
8017	24C18Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 08			1 263,53	
8018	24C19Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 09			994,33	
8019	24C20Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 10			1 652,77	
8020	24C21Z	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie : séjours de moins de 2 jours			1 377,51	
8021	24C22Z	Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 11			1 021,01	
8022	24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours			1 286,57	
8023	24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours			964,02	
8024	24C25Z	Affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 12			1 316,88	
8025	24C26Z	Interventions sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours			1 338,71	
8026	24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours			767,58	
8027	24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours			888,84	
8028	24C29Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 13			1 373,87	
8029	24C30Z	Dilatations et curetages au cours de la grossesse en dehors des interruptions volontaires : séjours de moins de 2 jours			694,82	
8030	24C31Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD 14			1 188,35	
8031	24C32Z	Affections de la CMD 16 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 16			1 004,03	
8032	24C33Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			971,29	
8033	24C34Z	Affections de la CMD 18 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			1 010,10	

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
8034	24C35Z	Affections de la CMD 19 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			1 062,24	
8035	24C36Z	Affections de la CMD 21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 21			1 324,16	
8036	24C37Z	Affections de la CMD 22 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD 22			1 267,17	
8037	24C38Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			1 114,38	
8250	24K01Z	Greffes d'organes : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 27			989,48	
8251	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours			885,20	
8252	24K03Z	Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			744,54	
8253	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours			719,07	
8254	24K05Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours			623,28	
8255	24K06Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires : séjours de moins de 2 jours			1 309,61	
8256	24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours			1 440,57	
8257	24K08Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08, avec anesthésie			950,68	
8258	24K09Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 09, avec anesthésie			984,63	
8259	24K10Z	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire : séjours de moins de 2 jours			1 536,36	
8260	24K11Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13, avec anesthésie			784,55	
8261	24K12Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie			563,86	
8262	24K13Z	Motifs de recours de la CMD 23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie			754,24	
8263	24M01Z	Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours			704,52	
8264	24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours			606,30	
8265	24M03Z	Affections de la CMD 01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 01			635,40	

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
8266	24M04Z	Affections de la CMD 02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 02			688,76	
8267	24M05Z	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures : séjours de moins de 2 jours			634,19	
8268	24M06Z	Affections de la CMD 03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 03			759,09	
8269	24M07Z	Bronchites et asthme : séjours de moins de 2 jours			628,13	
8270	24M08Z	Affections de la CMD 04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 04			637,83	
8271	24M09Z	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque : séjours de moins de 2 jours			669,35	
8272	24M10Z	Affections de la CMD 05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 05			691,18	
8273	24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours			595,39	
8274	24M12Z	Affections de la CMD 06 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 06			612,36	
8275	24M13Z	Affections de la CMD 07 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 07			634,19	
8276	24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical : séjours de moins de 2 jours			629,34	
8277	24M15Z	Fractures, entorses et luxations : séjours de moins de 2 jours, sans anesthésie			657,23	
8278	24M16Z	Affections de la CMD 08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 08			659,65	
8279	24M17Z	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés : séjours de moins de 2 jours			676,63	
8280	24M18Z	Affections de la CMD 09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 09			605,09	
8281	24M19Z	Affections de la CMD 10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 10			649,95	
8282	24M20Z	Lithiases urinaires : séjours de moins de 2 jours			618,43	
8283	24M21Z	Affections de la CMD 11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 11			669,35	
8284	24M22Z	Affections de la CMD 12 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 12			674,21	
8285	24M23Z	Affections de la CMD 13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 13			543,24	
8286	24M24Z	Affections de l'ante partum : séjours de moins de 2 jours			423,20	
8287	24M25Z	Affections de la CMD 14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 14			481,40	
8288	24M26Z	Affections de la CMD 16 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD 16			783,34	
8289	24M27Z	Affections de la CMD 17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			649,95	

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
8290	24M28Z	Affections de la CMD 18 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			672,99	
8291	24M29Z	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours			583,26	
8292	24M30Z	Affections de la CMD19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			539,61	
8293	24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours			658,44	
8294	24M32Z	Affections de la CMD21 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD21			688,76	
8295	24M33Z	Affections de la CMD22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD22			800,32	
8296	24M34Z	Autres motifs de recours pour infection à VIH : séjours de moins de 2 jours			522,63	
8297	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours			464,43	
8298	24M36Z	Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			523,84	
8299	24Z01Z	Épuration extrarénale, en séances			428,05	
8300	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances			481,40	
8301	24Z03Z	Préparations à une irradiation externe avec une dosimétrie tridimensionnelle			819,72	
8302	24Z04Z	Autres préparations à une irradiation externe			372,27	
8303	24Z05Z	Techniques spéciales d'irradiation externe, en séances			604,42	
8304	24Z06Z	Techniques complexes d'irradiation externe, en séances			202,70	
8305	24Z07Z	Autres techniques d'irradiation externe, en séances			166,06	
8306	24Z08Z	Transfusion, en séances			722,71	
8307	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours			1 731,59	
8308	24Z10E	Nouveau-nés décédés : séjours de moins de 2 jours			653,59	
8309	24Z11E	Autres décès : séjours de moins de 2 jours			1 566,68	
8310	24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours			475,34	
8311	24Z13Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours			1 028,28	
8312	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours			862,16	
8314	24Z16Z	Affections de la CMD15 : séjours de moins de 2 jours			510,50	

N° GHS	N° GHM V 9	LIBELLÉ DU GHM	BORNE basse	BORNE haute	TARIF du GHS en EUR	TARIF du EXH en EUR
8315	24Z17Z	Éthylisme aigu : séjours de moins de 2 jours	1	1	605,09	
8316	24Z18Z	Affections de la CMD20 : séjours de moins de 2 jours			560,22	
8700	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH	1	50	8 771,94	496,29
8750	25M02A	Autres maladies dues au VIH	1	32	4 137,39	348,48
8751	25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse	1	36	4 609,09	347,08
8752	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses	1	58	7 453,85	333,15
8753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	1	75	12 624,37	426,94
8754	25Z03Z	Maladies dues au VIH, âge inférieur à 13 ans	1	52	10 457,45	567,52
8800	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	4	112	32 405,50	706,90
8801	26C02Z	Interventions pour traumatismes multiples graves, sans CMAS	3	66	17 673,63	632,08
8850	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS	2	80	20 304,97	615,56
8851	26M02Z	Traumatismes multiples graves, sans CMAS	1	44	8 482,13	480,30
8900	27C02Z	Transplantations hépatiques	7	114	50 687,85	1 120,29
8901	27C03Z	Transplantations pancréatiques	3	68	28 947,16	945,21
8902	27C04Z	Transplantations pulmonaires	2	134	62 767,76	1 136,14
8903	27C05Z	Transplantations cardiaques	6	150	74 052,21	1 381,78
8904	27C06Z	Transplantations rénales	5	55	19 742,32	824,85
9050	27Z02Z	Allogreffes de cellules souches hématopoïétiques	5	133	64 030,08	1 157,48
9051	27Z03Z	Autogreffes de cellules souches hématopoïétiques	1	59	19 001,43	729,95
9900	90H02Z	Reclassement des séjours en hospitalisation complète mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	1	31	5 375,45	567,45
9901	90H03Z	Reclassement des séjours de moins de 2 jours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal			754,24	

II. - TARIF DU SUPPLÉMENT JOURNALIER SPÉCIFIQUE DE RÉANIMATION

Code : REA.

Tarif en euros : 932,67 euros.

III. - TARIFS DU FORFAIT ANNUEL URGENCE

CODE	TARIF EN EUR	CONDITION LIÉE À L'ACTIVITÉ DU SERVICE
FAU	368 625	Nombre de passages inférieur à 12 500
	614 374	Entre 12 500 et 17 499 passages
	875 035	Entre 17 500 et 22 499 passages
	1 140 601	Entre 22 500 et 27 499 passages
	1 406 167	Entre 27 500 et 32 499 passages
	1 680 280	Entre 32 500 et 37 499 passages

À partir de 37 499 passages, le montant du FAU augmente de 274 113 EUR par tranches de 5 000 passages.

IV. - TARIF DE LA PRESTATION D'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT DES URGENCES

Code : ATU.

Tarif en EUR : 25.

V. - TARIFS DU FORFAIT ANNUEL DE COORDINATION DES PRÉLÈVEMENTS D'ORGANES

CODE	TARIF EN EUR	CONDITIONS RELATIVES AUX MISSIONS et à l'activité de l'établissement
CPO	484 000	Au moins 20 donneurs d'organes recensés Au moins 30 cornées ou tissus prélevés Animation du réseau Mission d'étude clinique et de recueil d'informations sur la greffe assurée en liaison avec l'Établissement français des greffes
	345 500	Au moins 20 donneurs d'organes recensés Au moins 30 cornées ou tissus prélevés Animation du réseau
	232 000	Entre 10 et 20 donneurs d'organes recensés (et/ou transferts de donneurs potentiels). Prélèvement de tissus
	140 000	Moins de 10 donneurs d'organes recensés (et/ou transferts de donneurs potentiels) Prélèvement de tissus
	31 000	Prélèvement de tissus uniquement

ANNEXE V

Instruction relative aux informations à transmettre aux ARH par les établissements de santé financés par la dotation globale en 2004 en complément des données PMSI. - Contenu des fichiers FICHSUP

La détermination des ajustements budgétaires infra annuels consécutifs à l'application du modèle de tarification à l'activité repose sur la transmission aux agences régionales de l'hospitalisation par les établissements de santé de leurs données d'activité et de leurs consommations de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté (à paraître début d'année 2004).

Les données d'activité concernent l'activité d'hospitalisation avec ou sans hébergement décrite par les GHS (fichiers de RSA et données d'activité relatives aux IVG), l'activité ambulatoire (actes et consultations externes) et l'activité d'urgences. En dehors des données PMSI (RSA), toutes les autres informations d'activité sont regroupées dans un ensemble de fichiers spécifiques dits FICHSUP.

Les données de consommation médicaments et dispositifs médicaux implantables concernent les seuls médicaments et DMI inscrits sur une liste fixée par arrêté (à paraître début d'année 2004) et administrés ou implantés sur des patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique. Ces données sont également transmises via FICHSUP.

La présente instruction concerne les seules informations transmises via FICHSUP, les modalités de transmission des RSA étant fixées par l'arrêté (à paraître début d'année 2004).

1. Modalités de transmission

Comme pour les RSA, et à compter de l'exercice 2004, les éléments de FICHSUP seront transmis selon une périodicité trimestrielle dans un délai d'un mois, après la fin de chaque trimestre (soit les 30 avril, 31 juillet, 31 octobre de l'année n et 31 janvier de l'année n + 1).

Les données transmises cumulent à chaque fois les données recueillies depuis le 1er janvier de l'exercice en cours (pour prendre en compte les éventuels défauts d'exhaustivité des données liés notamment à des délais de production non optimaux, et pour éviter les doubles comptes).

Remarque : s'agissant des données de l'année 2003, une transmission de FICHSUP sera assurée à la même date que la transmission des RSA du deuxième semestre 2003, à savoir le 1er mars 2004. Ce fichier FICHSUP ne présentera pas de différences de contenu par rapport aux fichiers antérieurs. La liste des spécialités onéreuses restera identique à celle utilisée en 2003 pour recueillir la consommation de l'année 2002.

2. Les éléments constitutifs de FICHSUP

2.1. Consultations et soins externes

Les informations sont transmises sur la base des cotations de la NGAP jusqu'à son remplacement par la CCAM tarifante. Ce remplacement interviendra en cours d'année 2004. Il donnera lieu à une instruction spécifique.

Dans cette attente, il est essentiel pour une bonne valorisation de l'activité de respecter strictement les règles de cotation propres à la NGAP (dispositions générales de la NGAP et arrêtés modificatifs).

Les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens donnant lieu à une facturation directe au patient et aux organismes d'assurance maladie ne doivent pas figurer dans les données transmises.

Les actes et consultations réalisés au sein des services d'urgences autorisés (UPATOU, SAU ou POSU) doivent continuer à faire l'objet d'une transmission séparée (fichier FICHSUP URGENCES). Les actes et consultations réalisés sur des patients qui ont fait l'objet, après leur passage aux urgences, d'une hospitalisation dans une unité de court séjour au sein de la même entité juridique (y compris dans la zone d'hospitalisation de très courte durée) ne doivent pas figurer dans le fichier FICHSUP, ces patients donnant lieu à un financement par un GHS.

2.2. Urgences

Outre les actes et consultations, les établissements détenteurs d'une autorisation d'activité d'urgence (UPATOU, SAU ou POSU) transmettent via FICHSUP les informations suivantes :

- type d'autorisation (SAU, UPATOU ou POSU) ;
- nombre total de passages (hors reconvoctions) ;
- nombre total de passages (hors reconvoctions) non suivis d'une hospitalisation MCO (y compris en zone de surveillance de très courte durée) dans l'entité juridique.

Dans les établissements (entité juridique) qui disposent de plusieurs autorisations, ces informations sont recueillies et transmises par autorisation.

2.3. IVG

Les IVG (hors les IVG ayant données lieu à complication) sont valorisés sur la base des tarifs de prestations fixés par l'arrêté du 14 janvier 1991. Cet arrêté distingue 6 types de prestations pour les établissements sous dotation globale pour lesquels il convient de fournir un dénombrement :

- IMD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures ;
- AMD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation égale ou inférieure à 12 heures ;
- IPD : forfait pour une IVG sans anesthésie pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures ;
- APD : forfait pour une IVG avec anesthésie générale pour une durée d'hospitalisation comprise entre à 12 et 24 heures ;
- FJS : forfait pour vingt-quatre heures supplémentaires ;
- AMF : forfait pour une IVG par mode médicamenteux.

Il convient de rappeler que les séjours pour IVG continuent par ailleurs à faire l'objet d'un codage PMSI et donnent lieu à production d'un GHM. Un contrôle de cohérence sera effectué à partir du logiciel MAHOS de l'ARH entre les données PMSI (nombre de GHM IVG) et les données du fichier FICHSUP fondé sur les principes suivants :

- les IVG ayant donné lieu à complications sont décrites et rémunérées par le moyen d'un GHS. Il n'y a donc pas lieu de les dénombrer dans le fichier FICHSUP ;
- les autres IVG sont rémunérées par les tarifs de prestation décrits ci-dessus. Le contrôle de cohérence entre les données PMSI et les données FICHSUP vérifie que le nombre de prestations est bien inférieur (exclusion des IVG compliquées) ou égal aux GHM d'IVG transmis dans le fichier PMSI. Dans le cas contraire, les prestations en excès ne sont pas valorisées (suppression à due concurrence des prestations APD).

2.4. Forfaits techniques

Les actes de diagnostic de scanner, IRM et PET SCAN réalisés en externe donnent lieu à la facturation d'un forfait technique (référence des textes). Les données d'activité doivent être recueillies et transmises pour chaque équipement séparément, en indiquant à chaque fois le numéro d'immatriculation de l'appareil.

2.5. Médicaments

Un fichier FICHSUP spécifique est constitué pour les médicaments inscrits sur la liste fixée par arrêté. Les informations relatives aux médicaments administrés aux patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique sont transmises en mentionnant pour chaque médicament :

- son code UCD (unité commune de dispensation) ;
- la quantité (selon l'unité décrite dans le code UCD) ;
- le dernier prix d'achat ;
- le montant total de la dépense (valorisée sur la base du prix moyen en cas de variation des prix pendant la période).

2.6. DMI

Un fichier FICHSUP spécifique est constitué pour les dispositifs médicaux implantables inscrits sur la liste fixée par arrêté. Les informations relatives aux DMI implantés sur des patients hospitalisés avec ou sans hébergement dans une unité de soins de médecine, chirurgie ou obstétrique sont transmises en mentionnant pour chaque spécialité (au sens de la LPP) :

- son code du type de prothèse ;
- sa quantité ;
- le montant total de la dépense.

(Voir tableau pages suivantes.)

Codes de prestation NGAP

NGAP	05/11/03				
Fichsup	NGAP	Métropole	Antilles Guyane	Réunion	Commentaires
C	C	20,00	22,00	24,00	
	CALD	26,00	28,60	31,20	Consultation approfondie au cabinet : applicable hôpital ?
CS	CS	23,00	25,30	27,60	
	MCP CS	2,00	2,00	2,00	Majoration CS pour spécialités en commentaire hors pédiatrie et cardio

CD	CD	20,00	22,00	24,00	Consult. dentiste
CSD	CSD	22,87	25,15	27,44	Consult. dentiste
CNPSY	CNPSY	34,30	37,73	41,16	
	MCP CNPSY	2,70	2,70	2,70	Majoration CNPSY
CSC	CSC	45,73	50,61	52,44	Cardio
	FP	5,00	5,00	5,00	Majoration CS forfait pédiatrique enfant de 0 à 24 mois
KC	KC	2,09	2,09	2,09	
KCC	KCC	2,09	2,09	2,09	
KE	KE	1,89	1,89	1,89	
K	K	1,92	1,92	1,92	
SCM	SCM	2,32	2,32	2,32	
ORT	ORT	2,15	2,15	2,15	
PRO	PRO	2,15	2,15	2,15	
Z1	Z1	1,62	1,62	1,62	
Z2	Z2	1,54	1,54	1,54	
Z3	Z3	1,33	1,33	1,33	
Z4	Z4	1,67	1,67	1,67	
	ZM	1,62	1,62	1,62	Actes de mammographie pratiqués par le médecin
ZN	ZN	1,53	1,53	1,53	
ZD	ZD	1,33	1,33	1,33	Dentiste
P	P	0,28	0,32	0,34	
PRA	PRA	0,44	0,44	0,44	
MAJDM	MAJDI	19,06	19,06	19,06	
MAJNM	MAJNUITC1	35,00	35,00	35,00	20 h à 24 h et 6 h à 8 h

MAJNM	MAJNUITC2	40,00	40,00	40,00	0 h à 6 h
MAJNM	MAJNUITCS	25,15	25,15	25,15	Sauf pédiatres (mais inclus dentistes)
MAJNM	MAJNUITPED1	35,00	35,00	35,00	20 h à 24 h et 6 h à 8 h
MAJNM	MAJNUITPED2	40,00	40,00	40,00	0 h à 6 h
	MAJURG	26,89	26,89	26,89	Maj. soins d'urgences au cabinet : applicable hôpital ?
SC	SC	2,41	2,41	2,41	
SPR	SPR	2,15	2,15	2,15	
TO	TO	2,15	2,15	2,15	
D	D	1,92	1,92	1,92	
DC	DC	2,09	2,09	2,09	
MAJDD	MAJDIDENT	19,06	19,06	19,06	
MAJND	MAJNUITDENT	25,15	25,15	25,15	
B	B	0,27	0,31	0,33	
KB	KB	1,92	1,92	1,92	
PB	PB	2,52	2,52	2,52	
TB	TB	2,52	2,52	2,52	
AMI	AMI	2,90	2,90	2,90	
AIS	AIS	2,40	2,40	2,40	
MAJDI	MAJINFDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNI	MAJINFNUIT1	9,15	9,15	9,15	20 h à 23 h et 5 h à 8 h
MAJNI	MAJINFNUIT2	18,30	18,30	18,30	23 h à 5 h
AMK	AMK	2,04	2,04	2,04	
AMC	AMC	2,04	2,04	2,04	
	AMS	2,04	2,04	2,04	Réapparé en 2003

MAJDK	MAJKIDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNK	MAJKINUIT	9,15	9,15	9,15	
AMO	AMO	2,37	2,37	2,37	
CSF	CSF	15,30	15,30	15,30	Sage-femme
SF	ACTESF	2,65	2,65	2,65	Sage-femme
MAJDF	MAJSFDI	21,00	21,00	21,00	
MAJNF	MAJSFNUIT1	35,00	35,00	35,00	20 h à 24 h et 6 h à 8 h
MAJNF	MAJSFNUIT2	40,00	40,00	40,00	0 h à 6 h
SFI	SOINSINFSF	2,18	2,18	2,18	
MAJDS	MAJSISFDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNS	MAJSISINUIT	9,15	9,15	9,15	
AMY	AMY	2,38	2,38	2,38	
MAJDO	MAJAMYDI	7,62	7,62	7,62	
MAJNO	MAJAMYNUIT	9,15	9,15	9,15	
AMP	AMP	0,63	0,63	0,63	Pédicures
	Zone A	Zone B	Zone C	Antilles, Guyane	Réunion
	(région parisienne)	(Lyon, Marseille)	(autres départements et localités)		
AMP	0,63	0,63	0,63	0,63	0,63
Majoration de nuit	0,76	0,72	0,66	0,59	0,64
Majoration de dimanche	0,61	0,58	0,53	0,59	0,64

ANNEXE VI MESURES CANCER CAMPAGNE BUDGÉTAIRE 2004

Les financements du plan cancer, prévus sur l'ONDAM 2004 (toutes lignes confondues), s'élèvent à 99,6 millions d'euros.

Cette fiche présente les mesures qui sont déléguées en début de campagne et qui concernent les seuls établissements de santé encore financés par dotation globale. Le montant attribué au plan cancer, sur cette première délégation, est de 62,319 millions d'euros ; il inclut un montant de 40 millions d'euros, au titre des molécules coûteuses et innovantes en cancérologie, alloué pour financer les médicaments et dispositifs médicaux coûteux figurant sur les listes jointes en annexes 2 et 3.

Renforcement de la coordination des soins : Cette mesure pourra bénéficier de financements issus de deux sources : la dotation nationale pour le développement des réseaux et les financements intégrés dans la campagne budgétaire au titre des MIGAC qui seront délégués en juin 2004 après formalisation des recommandations concernant les centres de coordination en cancérologie et du cahier des charges des réseaux de cancérologie.

Soutien psychologique : Les objectifs cibles à échéance 2007 sont de pouvoir disposer d'1 ETP de psycho oncologue pour 1 500 nouveaux patients atteints de cancer et d'un temps de référence psychiatrique. Soixante-cinq postes devraient pouvoir être créés au total dès 2004 en s'appuyant sur les montants délégués dans le cadre des MIGAC, qui tiennent compte de la population (estimations INSEE au 1er janvier 2002), de la proportion régionale des plus de soixante-quinze ans, du taux d'incidence standardisé des cancers en 2000 et des données d'activité de cancérologie issues du PMSI.

Renforcement des consultations de prise en charge de la douleur : Un montant de 1 MEUR, attribué au titre des MIGAC, doit permettre en 2004 de créer une consultation spécialisée dans les 16 départements qui en sont actuellement dépourvus.

Renforcement des soins palliatifs :

Unités de soins palliatifs (DAC) :

Six régions ne disposent pas d'unités de soins palliatifs. En 2004, il est prévu de financer quatre unités de soins palliatifs au sein des pôles régionaux de référence en cancérologie. La dotation versée doit permettre également aux quatre régions de reconverter un certain nombre de lits identifiés dans les établissements de santé de leur choix.

Lits identifiés de soins palliatifs (DAC) :

Cent quarante-cinq lits de soins palliatifs devraient pouvoir être identifiés par reconversion dans les régions qui en sont dépourvues ou insuffisamment dotées. Les dotations ont été réparties selon l'enquête DHOS 2002 et en fonction de la population régionale.

Equipes mobiles de soins palliatifs (MIGAC) :

Il est prévu la création de 8 EMSP dans les régions dont certains départements sont dépourvus (état des lieux DHOS 2002), et le renforcement de 6 EMSP insuffisamment pourvus en effectifs médicaux et/ou paramédicaux. Des crédits complémentaires seront délégués à mi-campagne pour permettre l'identification de nouveaux lits de soins palliatifs. L'ensemble s'intègre dans le plan de financement pluriannuel 2003-2007.

Renforcement de la cancérologie pédiatrique (MIGAC) : En 2004, les montants seront délégués aux ARH à mi-campagne en fonction des centres identifiés et de la population des moins de 18 ans. Le renforcement des centres de cancérologie pédiatrique bénéficiera d'un financement pluriannuel jusqu'en 2007.

Indemnisation du stage des radiophysiciens : Les établissements de santé qui forment des radiophysiciens reçoivent une dotation pour permettre l'indemnisation des stagiaires présents en 2004. Cette mesure vise à renforcer l'attractivité de la filière et à favoriser le recrutement dans les établissements de santé des radiophysiciens, dont les effectifs sont globalement insuffisants. Dix-neuf stagiaires radiophysiciens sont actuellement en formation. Le financement a pour objectif d'indemniser le stage que les radiophysiciens de la promotion 2003-2004 effectuent dans dix-sept services centraux validants pour la formation de physique médicale française. La liste des établissements concernés, transmise par l'institut de formation, est jointe en annexe. Une note spécifique vous précisera les modalités d'application de la mesure.

Consultations de sevrage tabagique : Le financement de la mesure, réalisée dans le cadre des MIGAC, doit permettre :

1. La création de nouvelles consultations de tabacologie dans les huit départements qui sont dépourvus.
2. La mise en place, à titre expérimental, de vingt sites d'accueils sans rendez-vous dans des consultations de tabacologie actives. Cette mesure fera l'objet d'une note technique d'accompagnement.

Renforcement de la radiothérapie : Il se traduira en 2004, en sus des crédits affectés à hauteur de 10 % dans les tarifs, par des moyens nouveaux attribués sur la DAC :

- aux établissements de santé publics et PSPH qui installent en 2004 un accélérateur supplémentaire, inscrit dans le plan régional hôpital 2007 : ils bénéficient, en sus des financements accordés à ce titre, de moyens pour recruter les professionnels nécessaires à la mise en fonctionnement rapide de l'équipement nouveau. Les dix régions qui ont inscrit ces équipements supplémentaires dans leur PPRI en 2004 bénéficient de ce renforcement, estimé à 130 000 EUR par machine (correspondant à 0,5 ETP radiothérapeute, 0,5 radiophysicien et 1 ETP manipulateur) ;
- aux centres de radiothérapie des établissements de santé publics et PSPH identifiés par les ARH et répondant, en particulier, aux critères de la circulaire de mai 2002. Les montants financiers sont attribués aux régions en fonction de la population régionale, de la proportion de personnes âgées de plus de soixante-quinze ans, du taux d'incidence standardisé des cancers et des données PMSI d'activité de cancérologie.

TEP : L'objectif du plan cancer est de permettre dès 2004 l'installation effective d'un TEP par région. À cet effet, un financement est affecté à chacune des six régions dépourvues de cet équipement lourd. Ces montants incluent les postes nécessaires à la mise en fonctionnement rapide de l'appareil.

Dépistage du cancer du sein : Les hôpitaux réalisant une activité de dépistage seront rémunérés à hauteur de 10 % en fonction de l'activité (cotation ZM41) ; le financement des 90 % restants devra être assuré par une majoration de la DAC. Ce montant sera délégué à la mi-campagne en fonction de l'activité constatée sur le premier trimestre 2004.

Mesures spécifiques aux DOM : Le plan cancer prévoit de favoriser des mesures adaptées à la situation des DOM. En sus des mesures thématiques qui s'appliquent à toutes les régions, des montants sont délégués aux DOM de manière spécifique pour permettre à chaque ARH de financer les priorités qu'elle aura identifiées en cancérologie.

Autres mesures : Les financements des postes d'internes, de chefs de clinique et de PU/PH seront attribués à mi-campagne 2004. L'oncogénétique et les tumorothèques sont gérés par appel d'offres national et seront délégués à mi-campagne.

(Voir tableau pages suivantes.)

Plan cancer 2004
(première délégalion de crédits)

RÉGIONS	DAC*				MIGAC					
	Soins palliatifs	TEP	Radiothérapie (nouvelles machines)	Radiothérapie (renforcement)	Soins palliatifs	Stages de radiophysicien (NR)	Soutien psychologique	Sevrage tabagique	Consultations douleur	MESURES spécifiques DOM
Alsace		450,00		162,01	240,00		105,35	30,15		
Aquitaine			130,00	254,91	240,00		172,43	30,15	125,26	
Auvergne	62,10			126,90	240,00		80,85	49,05	125,26	
Bourgogne				140,61		21,10	90,10			
Bretagne	41,40			217,28		21,10	149,44	60,30		
Centre		450,00		180,00	480,00	42,20	120,02		62,63	
Champagnes-Ardenne				142,09			98,69		125,26	
Corse				20,24			48,03	49,05		
Franche-Comté				52,23			35,25	49,05	125,26	
Ile-de-France	103,50			595,91	360,00	84,40	403,10	180,90	62,63	
Languedoc-Roussillon		450,00	130,00	219,62		21,10	148,56	109,35	62,63	
Limousin	1 067,40			102,92			61,97			
Lorraine				187,47		21,10	122,54	79,20		
Midi-Pyrénées	41,40		130,00	272,70	240,00	21,10	184,47	98,10	125,26	

RÉGIONS	DAC*				MIGAC					
	Soins palliatifs	TEP	Radiothérapie (nouvelles machines)	Radiothérapie (renforcement)	Soins palliatifs	Stages de radiophysicien (NR)	Soutien psychologique	Sevrage tabagique	Consultations douleur	MESURES spécifiques DOM
Nord - Pas-de-Calais	41,40		130,00	286,35			195,77	30,15		
Basse-Normandie				126,44	120,00		44,84	30,15	62,63	
Haute-Normandie	1 067,40	450,00		162,90		21,10	112,74	30,15		
Pays de la Loire			130,00	268,25		42,20	181,45	49,05		
Picardie		450,00	130,00	166,57			115,22			
Poitou-Charentes	62,10	450,00	130,00	143,04		21,10	91,74			
Provence-Alpes-Côte d'Azur	1 026,00		130,00	391,72		42,20	264,97	60,30	62,63	
Rhône-Alpes	62,10		260,00	303,40	720,00	42,20	205,24	60,30		
Métropole	3 574,80	2 700,00	1 300,00	4 523,56	2 640,00	400,90	3 032,77	995,40	939,45	
Guadeloupe				130,62			46,67			112,31
Guyane				62,34			35,00			57,68
Martinique	889,33			166,24			46,67		81,42	100,73
Réunion				264,80			70,00			149,28
DOM	889,33			624,00			198,34		81,42	420,00
France entière	4 464,13	2 700,00		5 147,56	2 640,00	400,90	3 231,11	995,40	1 020,87	420,00

* Les montants DAC représentent 90 % des crédits consacrés à la mesure, les 10 % restant ont été intégrés dans les tarifs.

Liste des établissements de santé accueillant en 2004 des stagiaires radiophysiciens

ÉTABLISSEMENTS de santé	NOM DU RADIOPHYSICIEN formateur	NOMBRE de stagiaires	FINANCEMENT en kEUR
Ile-de-France		4	84,21
Institut Curie	J.-C. Rosenwald	1	
Institut Gustave-Roussy	B. Aubert	2	
Centre René-Huguenin	D. Valinta	1	
Bourgogne		1	21,10
CLCC Leclerc	S. Naudy	1	
Bretagne		1	21,10
CLCC Eugène-Marquis	J.-P. Manens	1	
Centre		2	42,10
CHU Tours	H. Aget	1	
CHR Orléans	M.-T. Guilhem	1	
Languedoc-Roussillon		1	21,10
CLCC Val-d'Aurelle	R. Delard	1	
Lorraine		1	21,10
CLCC Vautrin	A. Noël	1	
Midi-Pyrénées		1	21,10
CLCC Régaud	J. Bonnet	1	
Haute-Normandie		1	21,10
CLCC Becquerel	G. Daniel	1	
Pays de la Loire		2	42,10
CLCC Gauducheau	G. Brunet	2	
Poitou-Charentes		1	21,05
CHU Poitiers	L. Bonvalet	1	
PACA		2	42,10

ÉTABLISSEMENTS de santé	NOM DU RADIOPHYSICIEN formateur	NOMBRE de stagiaires	FINANCEMENT en kEUR
CLCC Paoli-Calmette	M. Simonian	1	
CLCC Lacassagne	A. Costa	1	
Rhône-Alpes		2	42,10
CLCC Léon-Berard	C. Ginestet	1	
CHU Grenoble	J.-Y. Giraud	1	

ANNEXE VII PLAN URGENCES

DÉCLINAISON DU PLAN URGENCES EN OBJECTIFS PRÉVISIONNELS RÉGIONAUX POUR L'ANNÉE 2004

Le financement du plan Urgences donne lieu à deux modalités de financement différentes : une enveloppe régionale pour les mesures MIGAC (SAMU/SMUR et personnes âgées) et les activités hors T2A (SSR, hôpital local et HAD en 2004), d'une part ; et les modalités de financement par la T2A pour les services des urgences, d'autre part.

1. Mesures financées par le forfait annuel urgence

Les mesures concernant les services d'urgence sont financées comme suit :

- le renforcement des capacités logistiques (8,5 MEUR en 2004) concerne l'ensemble des services d'urgence. Il est en conséquence réparti uniformément sur les forfaits (de base et suppléments par tranche de nombre de passages) ;
- les personnels de remplacement (14,12 MEUR en 2004). La mesure concerne tous les services d'urgence pour le personnel non médical et les services à forte activité pour le personnel médical ;
- les équipes d'organisation interne (18,4 MEUR en 2004). La mesure concerne les services à forte activité ;
- les zones de courte durée (23,85 MEUR). Du fait du manque de données sur ce thème, il est proposé de répartir la mesure uniformément sur les forfaits afin qu'elle concerne tous les établissements.

Les paliers de forfait étant tous les 5 000 passages, la DHOS a fait des simulations pour mesurer l'impact de ces différentes mesures sur les tarifs. Pour les services à forte activité, il est proposé de moduler les mesures selon trois paliers : de 17 500 à 22 500 passages, de 22 500 à 32 500 et plus de 32 500 passages. Ainsi, les forfaits sont respectivement majorés de 116 408 euros, 156 232 et 218 812 euros pour les services concernés.

La simulation de l'impact de ces quatre mesures sur les données d'activité 2002 des établissements autorisés pour les urgences figure dans le tableau des objectifs prévisionnels régionaux 2004.

2. Mesures MIGAC

a) SAMU-SMUR

L'activité des SAMU étant proportionnelle à la population et en l'absence de données d'activité, les crédits concernant les PH et les PARM ont été répartis sur ce critère.

Afin d'éviter tout saupoudrage qui conduirait à allouer des moyens aux SAMU de départements peu peuplés et qui n'ont a priori pas besoin d'être renforcés, un résultat de moins de 0,4 poste pour les PH et 0,5 poste pour les PARM a été arrondi à 0 et les restes re-répartis sur les départements ayant en première affectation plus de 0,4 et 0,5 poste.

Pour les SMUR, la répartition régionale est fondée sur le nombre total de sorties terrestres moyennées sur trois ans (source SAE) de manière à lisser les écarts parfois importants d'une année sur l'autre liés à des non-réponses d'établissements à la SAE.

b) Personnes âgées

Le plan Urgences, repris sur ce point dans le plan Dépendance (« vieillissement et solidarités ») a prévu pour ces deux mesures, l'accompagnement suivant :

- pour l'accélération et la finalisation du programme d'individualisation du court séjour gériatrique (CSG) en 2004 : 20 millions d'euros, correspondant au solde des moyens nécessaires à la création de 90 CSG supplémentaires.
- pour le déploiement de la compétence gériatrique (notamment des équipes mobiles dans les établissements sièges de SAU dotés d'un CSG, mais également pour le renforcement du dispositif ambulatoire d'évaluation ou le renforcement des compétences gériatriques dans l'ensemble des établissements accueillant des personnes âgées notamment en médecine, au-delà de ceux dotés de CSG, conformément aux orientations de la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques), 50 millions d'euros sur la période quinquennale 2004-2008, avec une première tranche en 2004 de 10 millions d'euros.

Proposition de répartition des crédits relatifs au court séjour gériatrique

Les bilans de l'existant au 31 décembre 2002 cumulés avec les mesures relatives à la gériatrie attribuées en 2003 peuvent donner lieu pour 2004 à la répartition régionale proposée en annexe (le coût estimé de l'individualisation d'une équipe de CSG est de 220 000 euros).

Cette proposition de répartition des 20 millions d'euros correspond à la construction du chiffrage réalisée pour le plan Urgences et le plan Vieillissement et solidarités, c'est-à-dire un chiffrage visant le solde des mesures déjà attribuées et des CSG financés (cf. bilans d'attribution des crédits réalisés par le bureau O2).

Proposition de répartition de la mesure relative à la compétence gériatrique

La mesure s'inscrit dans un cadre quinquennal (2004-2008) pour un montant total de 10 millions d'euros avec une première tranche de 10 MEUR en 2004. Il est proposé une répartition régionale quinquennale fondée sur un critère démographique : la population de plus de 60 ans. En élargissant la référence au-delà de la population des plus de 75 ans, la dimension prospective de l'effort budgétaire fourni est ainsi intégrée. De plus, ce choix s'inscrit dans l'objectif opérationnel de développement de l'évaluation gériatrique qui concerne une population plus large que les plus de 75 ans (cf. annexe). Pour les années suivantes, compte tenu de la finalisation du programme d'individualisation des CSG, il restera 4 tranches équivalentes.

3. Mesures hors T2A

SSR :

En l'absence de données spécifiques d'activités, notamment sur les moyens humains dont disposent les établissements, les critères de répartition régionale pour les 26 MEUR en 2004 sont les suivants : la population générale pour 50 % des crédits, la population de plus de 75 ans pour 20 %, les indices comparés de mortalité par tumeurs pour 20 % et la prévalence du diabète de type 2 pour 10 %.

Hôpital local :

Création en 2004 de 82 ETP d'IDE dans les hôpitaux locaux qui comptent de la médecine à hauteur de 3,3 millions d'euros.

La répartition des crédits est fondée sur la capacité régionale en hôpitaux locaux par rapport à la capacité nationale (ex : RA : 15 % de la capacité nationale en HL).

Création de 6 unités de médecine (de 15 lits chacune) à hauteur de 5,5 millions d'euros.

Le parti qui a été pris est de ne pas cibler quelques régions où seraient créées ces unités, mais de répartir les 5,5 millions sur l'ensemble des régions proportionnellement à leur poids en HL sans médecine, (par rapport au poids national des HL sans médecine). Les régions peuvent ainsi, soit créer dans un premier temps des unités de court séjour de médecine plus restreinte (5-6 lits) dans plusieurs HL, soit si le besoin est manifeste, privilégier la création de lits de soins de suite.

Chaque dotation régionale pour le développement des hôpitaux locaux résulte ainsi de la somme 1) d'un pourcentage des 3,3 millions d'euros dédiés au financement d'ETP d'IDE et 2) d'un pourcentage des 5,5 millions d'euros consacrés au financement des lits de médecine.

4. HAD : critères de répartition pour les 300 places (soit 16 millions d'euros)

En l'attente de tarifs, les mesures HAD ont été réparties à l'instar des MIGAC. Le premier critère de répartition est l'existence de projet (inscrit ou passé en CROS). S'il n'existe pas de projet, la région ne perçoit pas de crédits (il est en effet considéré qu'un projet non connu de l'ARH en janvier 2004 ne peut être réalisé au mieux en fin d'année, et plus sûrement en 2005) : cela concerne 8 régions (cf. tableau). Les crédits inscrits en LFSS, hors OQN, hors enveloppe hospitalière, permettraient, quand bien même, de financer un projet non recensé.

En revanche, chaque région ayant des projets perçoit une part fixe de cinq places plus une part variable définie en fonction de son taux d'équipement par rapport au taux d'équipement national en HAD. Les régions sous-dotées en HAD sont avantagées. Cette répartition reflète l'état des projets et évite le saupoudrage. L'ensemble des régions pourra participer au développement de l'HAD en 2005 où les critères de répartition seront fondés sur les besoins.

(Voir tableaux pages suivantes.)

PLAN URGENCE
Objectifs prévisionnels régionaux 2004

Région : total

MESURE	NOMBRE de postes de PARM		NOMBRE de postes de médicaux		NOMBRE de postes d'IDE		COMPÉTENCE gériatrie (*)	COURT SÉJOUR gériatrique	NOMBRE de lits (***)	EN M EUR (****)	NOMBRE de places	
	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	En M EUR	NOMBRE équivalent équipe (**)	En M EUR			
Renforcement des SAMU	100,00	3,13	70,00	7,53								
Renforcement des SMUR					200,00	8,23						
Renforcement des compétences gériatriques							10	90,91	20,00			
Développement des hôpitaux locaux					82,00	3,28				89	5,64	
Création nette de lits de SSR										1 600	26,00	
Développement HAD											16,62	303,50
Équipe d'organisation interne											18,40	
Renforcement des capacités logistiques											8,50	
Zones de courte durée											23,85	
Personnel de remplacement											14,12	

(*) Estimation nationale : 32 PH, 20 psychologues, 104 paramédicaux (infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) ou assistantes sociales.
(**) Court séjour gériatrique : 1 équivalent équipe = 1 ETP PH, 1 ETP kinésithérapeute, 0,5 ETP ergothérapeute ou psychomotricien, 1 ETP psychologue, 0,5 ETP assistante sociale soit 220 000 EUR.
(***) Hôpitaux locaux : lits de médecine.
(****) Valorisation des lits et places.

PLAN URGENCES

Suivi de la mise en œuvre du plan Urgences

Vous indiquerez le nombre de postes créés en 2004 (en ETP et en valorisation financière en euros) au titre du plan urgences et attribués aux services concernés.

Région :

I. - MESURES RELATIVES AU PERSONNEL

MESURE	NOMBRE de postes de PARM		NOMBRE de postes de médicaux		NOMBRE de postes d'IDE		NOMBRE de postes de travailleurs sociaux		NOMBRE de postes de secrétaires médicales		AUTRES POSTES		NOMBRE d'équipes mobiles de gériatrie		NOMBRE d'heures supplémentaires	
	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR	ETP	En EUR
SAMU - SMUR																
Renforcement des SAMU																
Renforcement des SMUR																
SERVICES D'URGENCES																
Équipes d'organisation interne																
Renforcement des capacités logistiques																
Personnels de remplacement																
Zones de soins de courte durée																
PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGÉES																
Renforcement des compétences gériatriques																
Médicalisation des SSR																
Développement des hôpitaux locaux																

PLAN URGENCES
II. - MESURES VISANT À LA CRÉATION DE CAPACITÉS
D'HOSPITALISATION ET D'ALTERNATIVES

	NOMBRE de lits	NOMBRE de places	NOMBRE de boxes
Création de lits de SSR			
Développement des hôpitaux locaux			
Développement HAD			
Renforcement des compétences gériatriques			
Zones de soins de courte durée			

PLAN URGENCES
Répartition des mesures « forfaits urgence »

RÉGION	NOMBRE de passages	MESURE EQUIPE d'organisation interne	MESURE renforcement des capacités logistiques	MESURE zones de courte durée	MESURE personnel de remplacement				
		Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %
Alsace	399 070	723,247	4,0%	265,529	3,2%	745,073	3,2%	517,039	3,8%
Aquitaine	495 504	624,740	3,5%	321,525	3,9%	902,161	3,9%	497,650	3,6%
Auvergne	261 912	239,118	1,3%	169,794	2,1%	476,422	2,1%	216,351	1,6%
Bourgogne	355 866	235,393	1,3%	223,984	2,7%	628,472	2,7%	244,451	1,8%
Bretagne	609 725	817,424	4,6%	401,003	4,9%	1 125,167	4,9%	640,235	4,7%
Centre	522 362	607,172	3,4%	343,201	4,2%	962,981	4,2%	500,665	3,6%
Champagne-Ardenne	300 071	365,774	2,0%	205,920	2,5%	577,789	2,5%	301,151	2,2%
Corse	52 237	62,011	0,3%	37,933	0,5%	106,435	0,5%	52,729	0,4%
Franche-Comté	260 114	235,872	1,3%	164,375	2,0%	461,217	2,0%	211,690	1,5%
Ile-de-France	2 605 352	5 451,299	30,5%	1 861,955	22,6%	5 224,426	22,6%	3 819,865	27,8%

RÉGION	NOMBRE de passages	MESURE EQUIPE d'organisation interne	MESURE renforcement des capacités logistiques	MESURE zones de courte durée	MESURE personnel de remplacement				
		Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %	Montant en KEUR	Répartition en %
Languedoc-Roussillon	326 680	521,895	2,9%	225,790	2,7%	633,540	2,7%	392,024	2,9%
Limousin	127 085	106,449	0,6%	86,703	1,1%	243,279	1,1%	102,469	0,7%
Lorraine	426 281	423,994	2,4%	272,754	3,3%	765,317	3,3%	367,944	2,7%
Midi-Pyrénées	466 567	420,621	2,3%	298,043	3,6%	836,273	3,6%	380,221	2,8%
Nord-Pas-de-Calais	839 191	1 415,338	7,9%	558,153	6,8%	1 566,111	6,8%	1 033,142	7,5%
Basse-Normandie	306 542	295,408	1,7%	198,695	2,4%	557,515	2,4%	261,152	1,9%
Haute-Normandie	408 539	459,950	2,6%	265,529	3,2%	745,043	3,2%	382,338	2,8%
Pays de la Loire	552 760	892,478	5,0%	368,489	4,5%	1 033,938	4,5%	660,629	4,8%
Picardie	438 088	655,042	3,7%	292,624	3,5%	821,068	3,5%	497,149	3,6%
Poitou-Charentes	331 185	276,645	1,5%	218,565	2,6%	613,267	2,6%	262,555	1,9%
Provence - Alpes-Côte d'Azur	1 081 283	1 421,230	7,9%	717,109	8,7%	2 012,124	8,7%	1 124,175	8,2%
Rhône-Alpes	1 155 113	1 648,802	9,2%	758,654	9,2%	2 128,695	9,2%	1 236,604	9,2%
Métropole	12 321 527	17 899,905	100,0%	8 256,327	100,0%	23 166,283	100,0%	13 729,227	100,0%
Guadeloupe	75 525	127,798	25,6%	65,479	26,9%	183,727	26,9%	101,638	26,0%
Martinique	81 407	109,607	21,9%	65,479	26,9%	183,727	26,9%	92,332	23,6%
Réunion	125 120	262,690	52,5%	112,714	46,3%	316,263	46,3%	196,803	50,4%
DOM	282 052	500,095	100,0%	243,673	100,0%	683,717	100,0%	390,773	100,0%
France entière	12 603 579	18 400,000		8 500,000		23 85,000		14 120,000	

RÉGION	SOUS-ENVELOPPE MIGAC	SOUS-ENVELOPPE Autres disciplines				
		Renforcement des SAMU/SMUR	Renforcement des compétences gériatriques	Renforcement des courts séjours gériatriques	Développement des hôpitaux locaux	Développement de l'HAD
Alsace	644,27	260,00	132,00	963,07	0,00	1 123,07
Aquitaine	951,78	560,00	880,00	270,55	1 095,00	1 086,21
Auvergne	371,58	250,00	550,00	381,55	0,00	905,45
Bourgogne	569,36	300,00	319,00	434,39	1 314,00	1 143,89
Bretagne	871,39	530,00	473,00	434,56	1 314,00	1 222,83
Centre	704,09	440,00	275,00	317,11	0,00	770,94
Champagne-Ardenne	306,48	210,00	1 012,00	200,43	0,00	755,27
Corse	100,00	50,00	187,00	52,72	547,50	227,07
Franche-Comté	272,34	180,00	583,00	281,92	1 095,00	336,14
Ile-de-France	3 427,46	1 400,00	6 160,00	215,48	1 095,00	3 359,81
Languedoc-Roussillon	829,01	450,00	1 153,00	340,35	0,00	888,45
Limousin	162,58	160,00	122,25	52,72	1 095,00	392,47
Lorraine	667,74	370,00	534,70	354,67	1 587,75	1 407,91
Midi-Pyrénées	662,97	490,00	1 355,20	382,39	0,00	829,14
Nord - Pas-de-Calais	1 500,34	570,00	2 464,00	52,72	0,00	1 869,41
Basse-Normandie	423,60	250,00	1 210,00	230,95	1 314,00	921,42
Haute-Normandie	576,04	270,00	122,25	230,50	1 587,75	1 108,76
Pays de la Loire	844,37	560,00	248,60	1 268,78	0,00	988,62
Picardie	721,17	270,00	338,80	253,04	1 314,00	1 269,93
Poitou-Charentes	547,57	320,00	122,25	191,19	1 314,00	538,39
Provence - Alpes-Côte d'Azur	1 462,12	850,00	572,00	523,35	1 314,00	1 587,00

RÉGION	SOUS-ENVELOPPE MIGAC	SOUS-ENVELOPPE Autres disciplines				
		Renforcement des SAMU/SMUR	Renforcement des compétences gériatriques	Renforcement des courts séjours gériatriques	Développement des hôpitaux locaux	Développement de l'HAD
Rhône-Alpes	1 684,52	880,00	807,40	1 366,17	0,00	1 678,28
Métropole	18 300,79	9 620,00	19 621,45	8 798,61	15 987,00	24 410,45
Guadeloupe	136,41	90,00	94,70	43,48	157,50	403,22
Guyane	10,00	40,00	220,00	0,00	59,85	325,94
Martinique	163,54	90,00	0,00	78,16	144,90	396,01
Réunion	280,11	160,00	63,85	0,00	270,90	464,45
DOM	590,05	380,00	378,55	121,64	633,15	1 589,62
France entière	18 890,84	10 000,00	20 000,00	8 920,25	16 620,15	26 000,08

Les mesures relatives aux équipes d'organisation interne (18,8 M EUR) au renforcement des capacités logistiques (8,5 MEUR), aux zones de courte durée (23,85 MEUR) et au financement de personnel de remplacement (14,12 MEUR) ont été traduites dans l'augmentation des forfaits urgences. Mesures restant à répartir en deuxième phase de campagne : revalorisation des PARM (1,91 MEUR) et informatisation des urgences (4,2 MEUR).

Objectifs prévisionnels régionaux 2004

Région : total

MESURE	NOMBRE de postes de PARM		NOMBRE de postes de médicaux		NOMBRE de postes d'IDE		COMPÉTENCE gériatrie (*)	COURT SÉJOUR gériatrique	NOMBRE de lits (***)	EN M EUR (****)	NOMBRE de places
	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	En M EUR	NOMBRE équivalent équipe (**)	En M EUR		
Renforcement des SAMU	100,00	3,13	70,00	7,53							
Renforcement des SMUR					200,00	8,23					

MESURE	NOMBRE de postes de PARM		NOMBRE de postes de médicaux		NOMBRE de postes d'IDE		COMPÉTENCE gériatrie (*)	COURT SÉJOUR gériatrique	NOMBRE de lits (***)	EN M EUR (****)	NOMBRE de places	
	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	ETP	En M EUR	En M EUR	NOMBRE équivalent équipe (**)	En M EUR			
Renforcement des compétences gériatriques							10	90,91	20,00			
Développement des hôpitaux locaux					82,00	3,28				89	5,64	
Création nette de lits de SSR										1 600	26,00	
Développement HAD											16,62	303,50
Équipe d'organisation interne											18,40	
Renforcement des capacités logistiques											8,50	
Zones de courte durée											23,85	
Personnel de remplacement											14,12	

(*) Estimation nationale : 32 PH, 20 psychologues, 104 paramédicaux (infirmiers, ergothérapeutes, psychomotriciens, etc.) ou assistantes sociales.
(**) Court séjour gériatrique : 1 équivalent équipe = 1 ETP PH, 1 ETP kinésithérapeute, 0,5 ETP ergothérapeute ou psychomotricien, 1 ETP psychologue, 0,5 ETP assistante sociale soit 220 000 EUR.
(***) Hôpitaux locaux : lits de médecine.
(****) Valorisation des lits et places.

- (1) Estimation à partir des données GEODE 2003.
- (2) Ces majorations s'appliquent également aux tarifs des passages aux urgences et un montant des forfaits annuels.
- (3) Je vous rappelle la nécessité de transmettre rapidement à la DHOS (SD M) le bilan de l'intégration des gardes dans vos régions, suite à cette attribution de crédits exceptionnels, comme le mentionnait la circulaire du 3 décembre dernier.
- (4) Pour l'exploitation à des fins de contrôle et d'analyse de l'activité, une version de MAHOS intégrant la version 9 de la classification des GHM vous sera livrée début mars 2004.