

Fixation des tarifs de référence nationaux par activité, pour les établissements sous dotation globale.

A- Les tarifs de référence nationaux des forfaits couvrant les prestations d'hospitalisation déterminés dans les conditions définies au B (ci-dessous) sur la base desquels est valorisée l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 18 décembre 2003 susvisée prise en compte pour le calcul du montant des dotations régionales et du montant des dépenses autorisées des établissements susmentionnés pour 2004 sont fixés en annexe 1.

Pour les établissements implantés dans les zones géographiques définies en annexe 2, les tarifs nationaux de référence sont affectés d'un coefficient géographique, dont la valeur est fixée dans la même annexe, pour tenir compte de facteurs spécifiques qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations.

B.1 - Les prestations de séjour et de soins avec ou sans hébergement sont couvertes par des forfaits de séjour et de soins dénommés GHS. Ils sont pris en compte pour chaque séjour et établis à partir d'une classification de séjours pour lesquels des moyens techniques, matériels et humains comparables ont été mis œuvre pour la prise en charge du patient. Cette classification est celle établie en application de l'article R.710-5-2 du code la santé publique. Un seul GHS est pris en compte par séjour. Toutefois, lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient sont couvertes par un GHS autre qu'un des GHS figurant aux I des listes 1 et 2 de l'annexe 3, la réalisation d'un des actes figurant aux II de ces mêmes listes donne lieu à prise en compte d'un GHS supplémentaire couvrant les prestations afférentes à ces actes.

Le séjour du nouveau-né en service d'obstétrique donne lieu à prise en compte d'un GHS en complément du GHS couvrant la prestation de séjour et de soins de la mère.

Lorsque la durée du séjour du patient est inférieure à la borne basse de la durée de séjour fixée en annexe 1 pour un GHS, le forfait pris en compte est égal à 50 % du tarif de ce GHS, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

Lorsque la durée du séjour du patient est supérieure à la borne haute fixée en annexe 1 pour un GHS, un supplément journalier, dénommé EXH, dont le tarif est fixé au I de l'annexe 1, est pris en compte en sus du GHS pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de la borne haute.

Les journées d'hospitalisation en unité de réanimation ne sont pas prises en compte dans la durée du séjour pour l'application du supplément journalier « EXH ». Elles sont prises en compte en sus du GHS et, le cas échéant, du EXH dans les conditions définies aux alinéas suivants, à l'exception des GHS pour lesquels le tarif couvre la prise en charge de la réanimation et dont la liste est fixée en annexe 4.

Dès lors que le patient est présent plus de 24 heures, puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure dans une unité de réanimation, qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 5 ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été

effectués, un supplément journalier spécifique, dénommé REA, dont le tarif est fixé au II de l'annexe 1, est pris en compte en sus du GHS et, le cas échéant, du EXH.

Lorsque le patient est présent moins de 24 heures dans une unité de réanimation et qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 5 ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectués, le supplément REA est pris en compte pour une journée.

Pour les patients de moins de 16 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte.

Les séjours de soins palliatifs correspondants au GHM 23Z02Z ne donnent lieu à prise en compte d'un GHS n° 7957 que lorsqu'ils ont lieu dans une unité de soins palliatifs reconnues contractuellement.

B.2 - Les prestations de soins dispensés dans les unités d'accueil et de traitement des urgences autorisées, soit la mise à disposition des moyens techniques, matériels et humains nécessaires à la prise en charge du patient sont couvertes par un forfait annuel, dénommé FAU, et par un forfait d'accueil et de traitement des urgences, dénommé ATU, dont les tarifs sont fixés au III et IV de l'annexe 1. Le tarif du FAU varie en fonction de l'activité du service d'urgence. L'ATU est pris en compte dès lors que des soins sont dispensés au patient sauf dans le cas où le patient est hospitalisé au sein d'une unité de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement. Des actes pris en charge dans les conditions prises en application de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale peuvent être pris en compte en sus de l'ATU.

B.3 - La mise à disposition des moyens humains nécessaires à la coordination des prélèvements d'organes ou de tissus, est couverte par un forfait annuel dénommé CPO, dont le tarif, qui varie en fonction des missions et de l'activité de l'établissement, est fixé au V de l'annexe 1. Ce forfait annuel est pris en compte dès lors que l'établissement est titulaire d'une autorisation de prélèvement d'organes ou de tissus.

B.4 - Dans les services de consultations externes, les actes effectués sont pris en compte dans les conditions prises en application de l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale.

C - Les données relatives à la consommation des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations figurant respectivement en annexes 6 et 7 sont transmises sur support électronique à l'agence régionale de l'hospitalisation avant le dernier jour du mois suivant la fin de chaque trimestre.