

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la santé et des sports

NOR :

ARRÊTÉ du 10 février 2010

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

Version consolidée hors annexes

La ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L.162-22-6, L.162-22-10, L.162-26, R.162-32 et R.162-42-1 ;

Vu le code de la santé publique, notamment ses articles R.1112-56, R.6123-33, D.6122-25, D.6124-5, D.6124-12, D.6124-104 à D.6124-116, D.6124-118 et D.6124-301 ;

Vu le décret n° 2002-465 du 5 avril 2002 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation et modifiant le code de la santé publique, notamment l'article 4 ;

Vu le décret n° 2006-72 du 24 janvier 2006 relatif à la réanimation dans les établissements de santé et modifiant le code de la santé publique, notamment l'article 5 ;

Vu l'arrêté du 20 janvier 2009 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique ;

Vu l'arrêté du 31 décembre 2004 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés ayant une activité d'hospitalisation à domicile et à la transmission d'informations issues de ce traitement ;

Vu la recommandation n° 2009-03 du conseil de l'hospitalisation en date 26 janvier 2009 ;

Vu l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 11 février 2009 ;

Vu l'avis du conseil central d'administration de la Mutualité sociale agricole en date du 12 février 2009 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 17 février 2009 ;

ARRÊTENT

Article 1^{er}

La catégorie de prestations mentionnée au 1° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1° Des forfaits de séjour et de soins dénommés " groupes homogènes de séjours " (GHS), dont la liste est fixée en annexe 1. Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixée par ~~l'arrêté du 29 janvier 2009 susvisé~~ l'arrêté du 22 février 2008 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique. Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits.

2° Des forfaits couvrant les prestations délivrées par les structures d'hospitalisation à domicile dénommés " groupes homogènes de tarifs " (GHT), dont la classification est fixée à l'annexe VII de l'arrêté du 31 décembre 2004 susvisé.

3° Des forfaits de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale à domicile ou en autodialyse dénommés " dialyse à domicile et autodialyse " (D), dont la liste est fixée en annexe 2. Ils sont établis selon une classification tenant compte des modalités de prise en charge du patient.

Article 2

La catégorie de prestations mentionnée au 2° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé " accueil et traitement des urgences " (ATU).

Article 3

La catégorie de prestations mentionnée au 3° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par des forfaits dénommés " prélèvements d'organes " (PO), dont les listes sont fixées en annexe 3.

Article 4

La catégorie de prestations mentionnée au 4° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé " forfait de petit matériel " (FFM).

Article 5

La catégorie de prestations mentionnée au 5° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par des forfaits dénommés " sécurité et environnement hospitalier " (SE).

Article 6

Les modalités de facturation des forfaits et suppléments mentionnés à l'article 1^{er} sont définies aux I à III ci-dessous.

I.-Les forfaits " groupes homogènes de séjours " sont facturés dans les conditions suivantes :

1° Un seul GHS est facturé par séjour, à l'exception des cas suivants :

a) La prise en charge du nouveau-né dans une unité d'obstétrique donne lieu à facturation d'un GHS en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins de la mère ;

b) Dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, la réalisation d'un des actes figurant sur la liste 1 fixée à l'annexe 4 donne lieu à facturation d'un GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à la même annexe ;

c) La réalisation d'un acte d'oxygénothérapie hyperbare donne lieu à facturation du GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ;

d) La réalisation d'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant sur la liste 1 fixée à l'annexe 5 donne lieu à facturation d'un GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à la même annexe ;

e) La réalisation d'un acte d'aphérèse sanguine donne lieu à facturation du GHS couvrant les prestations afférentes à cet acte en complément du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ;

2° A la production d'un seul GHM peuvent correspondre plusieurs GHS qui peuvent être facturés dans les conditions suivantes :

a) Lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à la production du GHM de soins palliatifs, avec ou sans acte (23Z02Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

-le GHS 7994 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de soins palliatifs identifiée pour cette activité et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation ;

-le GHS 7993 lorsque le patient est pris en charge dans un lit identifié pour cette activité et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation ;

-le GHS 7992 dans les autres cas.

b) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'autogreffes de cellules souches hématopoïétiques (27Z03Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

-le GHS 8974 lorsque le séjour est inférieur ou égal à 11 jours ;

-le GHS 8975 lorsque le séjour est supérieur à 11 jours.

c) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM de techniques spéciales d'irradiation externe, en séances (28Z11Z), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

-le GHS 9619 lorsqu'une séance d'irradiation externe par protonthérapie (ZZNL045) a été réalisée ;

-le GHS 9620 lorsqu'une séance d'irradiation corporelle totale (ZZNL047) a été réalisée ;

- le GHS 9621 lorsqu'une séance d'irradiation en conditions stéréotaxiques par machine dédiée produisant des photons avec guidage par imagerie, avec ou sans synchronisation avec la respiration, a été réalisée, sous réserve de son inscription sur la liste définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale

-le GHS 9610 dans les autres cas.

d) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'« autres irradiations, niveau 1 » (17K041), la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- le GHS 6523 lorsqu'un acte d'irradiation encéphalique en conditions stéréotaxiques avec cadre effractif, en dose unique a été réalisé ;

- le GHS 6470 dans les autres cas.

e) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de transplantations pulmonaires, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- lorsqu'un acte de transplantation cardio-pulmonaire (DZEA004) a été réalisé, la production du GHM 27C041, 27C042, 27C043 ou 27C044 donne respectivement lieu à facturation du GHS 8930, 8931, 8932 ou 8933

- dans les autres cas, la production du GHM 27C041, 27C042, 27C043 ou 27C044 donne respectivement lieu à facturation du GHS 8914, 8915, 8916 ou 8917.

f) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de rythmologie interventionnelle, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que ~~l'acte de destruction de foyer arythmogène atrial gauche par méthode physique par voie vasculaire transcutanée a été réalisé (DENF003) ou que~~ l'un des actes figurant sur la liste fixée en annexe 6 a été réalisé, ~~sous réserve de leur inscription sur la liste définie à l'article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale~~, la production du GHM 05K111, 05K112, 05K113, 05K114 ou 05K11T donne respectivement lieu à facturation du GHS 1808, 1809, 1810, 1811 ou 1812.

- dans les autres cas, la production du GHM 05K111, 05K112, 05K113, 05K114 ou 05K11T donne respectivement lieu à facturation du GHS 1707, 1708, 1709, 1710 ou 1711.

g) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'hémodialyse en centre (28Z04Z), la prise en charge du patient donne lieu à la facturation d'un des GHS suivants :

-le GHS 9605 lorsque le patient est pris en charge dans une unité d'hémodialyse en centre ;

-le GHS 9617 lorsque le patient est pris en charge en centre pour enfants ;

-le GHS 9618 lorsque le patient est pris en charge dans une unité de dialyse médicalisée.

h) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM d'hémorroïdectomies 06C19J ou 06C19I, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à la facturation d'un des GHS suivants :

-le GHS 2013 ou le GHS 2014 dès lors que l'acte de réduction de proéminence hémorroïdaire interne par agrafage circulaire par voie anale-technique de Longo (EGED001) a été réalisé ;

-le GHS 1995 ou le GHS 1991 dans les autres cas.

i) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM de prostatectomies transurétrales, niveau 1 (12C041), la prise en charge du patient donne lieu à la facturation de l'un des GHS suivants :

-le GHS 4561 lorsque l'acte de traitement d'une hypertrophie bénigne de la prostate par radiofréquence (JGNE003) a été réalisé ;

-le GHS 4518 dans les autres cas.

j) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM d'éthylisme avec dépendance, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de l'un des GHS suivants :

- lorsque le patient est pris en charge plus de 11 jours dans une unité d'addictologie identifiée pour la prise en charge des sevrages complexes et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation, la production du GHM 20Z041, 20Z042, 20Z043 ou 20Z044 donne respectivement lieu à facturation du GHS 7281, 7282, 7283 ou 7284 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 20Z041, 20Z042, 20Z043 ou 20Z044 donne respectivement lieu à facturation du GHS 7267, 7268, 7269 ou 7270.

k) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de toxicomanies non éthyliques avec dépendance, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de l'un des GHS suivants :

- lorsque le patient est pris en charge plus de 11 jours dans une unité d'addictologie identifiée pour la prise en charge des sevrages complexes et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation, la production du GHM 20Z021, 20Z022, 20Z023 ou 20Z024 donne respectivement lieu à facturation du GHS 7285, 7286, 7287 ou 7288 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 20Z021, 20Z022, 20Z023 ou 20Z024 donne respectivement lieu à facturation du GHS 7258, 7259, 7260 ou 7261.

l) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées à un patient épileptique donnent lieu à la production d'un des GHM de craniotomie suivants :

-craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans (01C041, 01C042, 01C043 ou 01C044) ;

-craniotomies pour affections non tumorales, âge inférieur à 18 ans (01C121, 01C122, 01C123 ou 01C124),

la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 64 dès lors qu'un acte d'implantation d'électrodes pour enregistrement électrocorticographique (AALA002 ou AALB002) a été réalisé. Dans les autres cas, la production du GHM 01C041, 01C042, 01C043, 01C044, 01C121, 01C122, 01C123 ou 01C124 donne respectivement lieu à la facturation du GHS 26, 27, 28, 29, 55, 56, 57 ou 58.

m) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM, d'autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle 05C061, 05C062, 05C063 ou 05C064, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à facturation du GHS 1518, 1519, 1520 ou 1521 ; lorsqu'un acte de pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire figurant sur la liste 3 de l'annexe 7 a été réalisé. Dans les autres cas, lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à la production du GHM 05C061, 05C062, 05C063 ou 05C064, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à la facturation du GHS 1446, 1447, 1448 ou 1449.

n) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de transplantations cardiaques 27C051, 27C052, 27C053 ou 27C054, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à facturation du GHS 8934, 8935, 8936 ou 8937 ; lorsqu'un acte de pose d'un dispositif d'assistance ventriculaire figurant sur la liste 3 de l'annexe 7 a été réalisé. Dans les autres cas, lorsque les prestations de séjour et de soins donnent lieu à la production du GHM 27C051, 27C052, 27C053 ou 27C054, la prise en charge du patient donne respectivement lieu à la facturation du GHS 8918, 8919, 8920 ou 8921.

o) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production du GHM dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes (13C12J), la prise en charge de la patiente donne lieu à facturation :

-du GHS 4987 dès lors que l'acte de destruction de la muqueuse utérine par thermocontact par voie vaginale (JKND001) a été réalisé ;

-du GHS 4968 dans les autres cas.

p) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM suivants :

- actes thérapeutiques par voie vasculaire sauf endoprothèses, âge supérieur à 17 ans (05K131, 05K132, 05K133 ou 05K134) ;

- autres interventions cardiothoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle (05C081, 05C082, 05C083 ou 05C084),

la prise en charge du patient donne lieu à facturation du GHS 1522 dès lors que l'acte de pose d'une bioprothèse de la valve aortique, par voie artérielle transcutanée (DBLF001) ou par abord de l'apex du coeur par thoracotomie sans CEC (DBLA004) a été réalisé. Dans les autres cas, la production du GHM 05K131, 05K132, 05K133, 05K134, 05C081, 05C082, 05C083 ou 05C084, donne respectivement lieu à facturation du GHS 1716, 1717, 1718, 1719, 1454, 1455, 1456 ou 1457.

q) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM d'interventions pour infections ostéoarticulaires, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de l'un des GHS suivants :

- lorsque le patient est pris en charge dans un centre identifié pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires et reconnu par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale d'hospitalisation, la production du GHM 08C561, 08C562, 08C563 ou 08C564 donne respectivement lieu à facturation du GHS 2922, 2923, 2924 ou 2925 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 08C561, 08C562, 08C563 ou 08C564 donne respectivement lieu à facturation du GHS 2918, 2919, 2920 ou 2921.

r) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM d'allogreffe de cornée, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de conjonctivokératoplastie par greffe de membrane amniotique humaine (BDMA006) a été réalisé, la production du GHM 02C091, 02C092, 02C093, 02C094 ou 02C09J donne respectivement lieu à facturation du GHS 460, 461, 462, 463 ou 464 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 02C091, 02C092, 02C093, 02C094 ou 02C09J donne respectivement lieu à facturation du GHS 440, 441, 442, 443 ou 444.

s) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de reconstruction des seins, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de mastectomie totale élargie en surface, avec lambeau pédiculé de muscle grand dorsal ou lambeau parascapulaire (QEFA013) ou avec lambeau libre musculocutané (QEFA015) a été réalisé, la production du GHM 09C111, 09C112, 09C113 ou 09C114 donne respectivement lieu à facturation du GHS 3362, 3363, 3364 ou 3365 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 09C111, 09C112, 09C113 ou 09C114 donne respectivement lieu à facturation du GHS 3358, 3359, 3360 ou 3361.

t) Lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient donnent lieu à la production d'un des GHM de chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, avec ou sans cathétérisme cardiaque ou coronarographie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation d'un des GHS suivants :

- dès lors que l'acte de remplacement de la valve aortique et de la valve atrioventriculaire gauche par prothèse mécanique ou par bioprothèse avec armature, par thoracotomie avec CEC (DBKA009) a été réalisé, la production du GHM 05C021, 05C022, 05C023, 05C024, 05C031, 05C032, 05C033 ou 05C034 donne respectivement lieu à facturation du GHS 1524, 1525, 1526, 1527, 1528 1529 1530 ou 1531 ;

- dans les autres cas, la production du GHM 05C021, 05C022, 05C023, 05C024, 05C031, 05C032, 05C033 ou 05C034 donne respectivement lieu à facturation du GHS 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436 ou 1437. »

3° La prise en charge du patient dans une unité d'hospitalisation de courte durée définie au 4° de l'article D.6124-22 du code de la santé publique, non suivie d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, dont l'état de santé, à l'issue de son passage dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences :

-présente un caractère instable ou que le diagnostic reste incertain ;

-nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;

-nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques ;

donne lieu à facturation :

- d'un GHS correspondant à un GHM pour lequel la date de sortie est égale à la date d'entrée, quelle que soit la durée de séjour dans cette unité,

- d'un forfait ATU mentionné à l'article 2, lorsque l'une des conditions précitées n'est pas remplie.

4° Lorsque la durée de séjour du patient est inférieure à la borne basse fixée par l'arrêté pris en application de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale, fixant notamment les tarifs nationaux des prestations, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède, le GHS correspondant est minoré de la manière suivante :

- soit d'un montant forfaitaire dénommé « forfait EXB » ;

- soit d'un montant dénommé « EXB » valorisé par le nombre de journées correspondant à la différence entre la borne basse et la durée du séjour. ~~Lorsque la date de sortie est égale à la date d'entrée, la durée de séjour est remplacée par la valeur 0,5.~~

5° Lorsque la durée de séjour du patient est supérieure à la borne haute fixée par l'arrêté mentionné au 4° ci-dessus, un supplément dénommé " extrême haut " (EXH) est facturé pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de cette borne.

6° Lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie, un des suppléments suivants est facturé :

a) Un supplément dénommé " réanimation " (REA) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation autorisée 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 7 y a été effectué, ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectuées. Pour les patients de moins de ~~16~~ 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte.

b) Un supplément dénommé " réanimation pédiatrique " (REP) pour chaque journée où le patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique spécialisée autorisée et que les conditions mentionnées au ~~a, à l'exception de la valeur de l'IGS pour les patients de moins de 16 ans,~~ c) du 7° sont remplies.

Les établissements pratiquant l'activité de réanimation adulte, pédiatrique ou pédiatrique spécialisée à la date d'ouverture de la période de dépôt de demande d'autorisation mentionnés à l'article 4 du décret du 5 avril 2002 ou à l'article 5 du décret du 24 janvier 2006 susvisés peuvent facturer les suppléments mentionnés aux a et b, s'il y a lieu, à compter de la notification de leur autorisation.

c) Un supplément dénommé " soins intensifs " (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit dans une unité de réanimation autorisée et que les conditions définies aux a et b ne sont pas remplies, soit dans une unité de soins intensifs reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D.6124-104 à D.6124-116 du code de la santé publique, soit dans une chambre d'une unité d'hématologie équipée d'un système de traitement et de contrôle de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne et reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.

d) Un supplément dénommé « surveillance continue » (SRC) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de surveillance continue reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation et répondant aux conditions techniques de fonctionnement définies aux articles D.6124-117 à D.6124-120 du code de la santé publique et que l'une des conditions suivantes est remplie :

- le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément mentionné au a) ;

~~- le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge et le diagnostic établi correspond à un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 ou pour les enfants de moins de 18 ans fixé par la liste 3, figurant en annexe 8. Pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte ;~~

- le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15, après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
- un acte de la liste 2 établie en annexe 8 a été effectué.

7° Lorsque l'enfant est pris en charge en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale, un des suppléments suivants est facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins, à l'exception du GHS 5822 :

- a) Un supplément dénommé " néonatalogie " (NN1) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée ;
- b) Un supplément dénommé " néonatalogie avec soins intensifs " (NN2) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge soit dans un lit de soins intensifs d'une unité de néonatalogie autorisée soit dans un lit d'une unité de réanimation néonatale autorisée et que les conditions définies au c ne sont pas remplies ;
- c) Un supplément dénommé " réanimation néonatale " (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 7 y a été effectué, ou que ~~trois occurrences~~ une occurrence d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ~~ont été effectuées~~ a été effectuée.

8° Un supplément dénommé « dialyse péritonéale » (DIP) est facturé en sus d'un GHS pour chaque journée où le patient sous dialyse péritonéale est hospitalisé au sein d'un établissement de santé, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à l'annexe 5. Les séjours dont la date de sortie est égale à la date d'entrée ne peuvent donner lieu à facturation du supplément.

9° Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D.6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;
- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L.162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville.

10° Jusqu'en 2012, les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale facturent les forfaits D couvrant les prestations de séjour et de soins afférentes au traitement de l'insuffisance rénale chronique figurant en annexe 9.

L'un des forfaits figurant en annexe 9 peut être facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins délivrées au patient, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à l'annexe 5, lorsqu'un des actes de traitement de l'insuffisance rénale chronique mentionné sur la liste 1 figurant en annexe 5 est réalisé.

II.-Un forfait " groupe homogène de tarifs " (GHT) est facturé pour chaque journée où le patient est hospitalisé à son domicile. Lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée en dehors de son domicile, un forfait GHT est facturé. Ce forfait peut être facturé en sus d'un GHS correspondant à un GHM pour lequel la date de sortie est égale à la date d'entrée ou à un GHM correspondant à la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de ~~l'arrêté du 20 janvier 2009 susvisé l'arrêté du 22 février 2008 précité~~ ou d'un SE.

Lorsque le patient pris en charge est hébergé dans les conditions prévues au quatrième alinéa du 1° de l'article R.162-32 du code de la sécurité sociale, le montant du GHT facturé est minoré du taux fixé dans l'arrêté pris en application de l'article R.162-42-1 du code de la sécurité sociale.

III.-Un forfait " dialyse à domicile et autodialyse " est facturé pour chaque séance d'hémodialyse. ou d'autodialyse réalisée en dehors d'un établissement de santé ~~ou, dans le cadre de la dialyse péritonéale, pour chaque semaine de traitement. Les forfaits de dialyse péritonéale peuvent être facturés en sus d'un GHS ou d'un SE.~~

~~Dans le cadre de la dialyse péritonéale, le forfait DPA (D15) ou DPCA (D16) fixé en annexe 2 est facturé pour chaque semaine de traitement, y compris lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée inférieure à deux jours. Lorsque le patient est hospitalisé au sein d'un établissement de santé pour une durée comprise entre 3 et 6 jours, le forfait DPA (D22) ou DPCA (D23) fixé à la même annexe est facturé.~~

Article 7

Les modalités de facturation des forfaits mentionnés aux articles 2 à 5 sont définies aux I à IV ci-dessous :

I. - Le forfait " accueil et traitement des urgences " est facturé dès lors que des soins non programmés sont délivrés au patient par la structure des urgences. Lorsque le patient nécessite une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un ATU.

II. - Les forfaits " prélèvement d'organes " sont facturés pour chaque prélèvement d'un ou plusieurs organes sur une personne décédée dans les établissements autorisés à effectuer des prélèvements d'organes dans les conditions suivantes :

- un forfait figurant sur la liste 1 de l'annexe 3 est facturé par l'établissement au sein duquel a été réalisé le prélèvement d'un ou plusieurs organes ;
- un forfait figurant sur la liste 2 de l'annexe 3 est facturé pour chaque organe prélevé par l'établissement au sein duquel est salarié le chirurgien qui effectue l'acte de prélèvement.

Lorsque le chirurgien préleveur est salarié de l'établissement au sein duquel est réalisé le prélèvement, un forfait figurant sur la liste 1 peut être facturé en sus du ou des forfaits figurant sur la liste 2 de la même annexe.

III. - Le forfait " forfait de petit matériel " est facturé dès lors que des soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe 10, nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, sont délivrés au patient dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité de médecine d'urgence.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, ou que le praticien a établi une prescription couvrant les dépenses engagées, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un FFM.

IV. - Les forfaits " sécurité et environnement hospitalier " sont facturés dans les conditions suivantes :

- le SE 1 est facturé dès lors qu'un acte d'endoscopie sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 1 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- le SE 2 est facturé dès lors qu'un acte sans anesthésie générale ou locorégionale inscrit sur la liste 2 de l'annexe 11, nécessitant le recours à un secteur opératoire, est délivré au patient ;
- le SE 3 ou le SE 4 est facturé dès lors qu'un acte inscrit respectivement sur la liste 3 ou 4 de l'annexe 11, nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier, est délivré au patient.

Lorsque l'état de santé du patient conduit à la réalisation de deux ou plusieurs actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe 11, deux forfaits SE peuvent être facturés par l'établissement. Dans ce cas, le montant du forfait facturé le moins élevé est minoré de 50 %.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement ou qu'il est pris en charge dans un service d'urgence, les actes délivrés au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un SE.

Article 8

Pour le calcul de la durée de séjour du patient et pour la facturation des forfaits mentionnés au 1° de l'article 1er, le jour de sortie n'est pas pris en compte.

Les suppléments mentionnés au 1° du même article sont facturés de la manière suivante :

- lorsqu'au cours de la même journée, le patient est présent dans plusieurs unités ou lits, seul le supplément dont le montant est le plus élevé est facturé ;
- lorsque le patient est présent moins d'une journée dans l'unité ou le lit, un supplément est facturé ;
- le supplément n'est pas facturé le jour de sortie de l'établissement ou de l'unité, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.

Le forfait journalier mentionné à l'article L.174-4 du code de la sécurité sociale est facturé pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède. Ce forfait n'est pas facturé pour les journées de permissions de sortie mentionnées à l'article R.1112-56 du code de la santé publique.

Pour la facturation des GHS, les journées de permissions de sortie ainsi que les transferts d'une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour. Lorsque le patient sort d'un établissement et y est réadmis le même jour, le séjour n'est pas interrompu et donne lieu à facturation d'un seul GHS.

Pour la facturation des GHT, les transferts comportant au moins une nuitée dans un établissement de santé interrompent le séjour d'hospitalisation à domicile et, dans ce cas, par dérogation aux dispositions du II de l'article 6, aucun GHT ne peut être facturé le jour du transfert du patient.

Lorsque le patient est réhospitalisé dans le même établissement après un transfert d'une durée supérieure à deux jours dans un service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie d'un autre établissement, sa prise en charge donne lieu à facturation d'un GHS sur la base de 50 % de son tarif minoré, le cas échéant, selon les modalités prévues au 4° du I de l'article 6, dès lors que les prestations de séjour et de soins qui lui sont délivrées au cours des deux séjours donnent lieu à la

production du même GHM, à l'exception du cas où cette prise en charge relève d'un traitement itératif.

Lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 28 février 2008 modifié précité, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z, chaque établissement facture sa prestation

Article 9

La directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de la santé et des sports et le directeur de la sécurité sociale au ministère du budget, des comptes publics et de la fonction publique sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le

La ministre de la santé et des sports

Le ministre du budget, des comptes publics, de
la fonction publique et de la réforme de l'Etat