**PUB** : aussi appelé **ex-DG ou DGF** dans les textes, désigne les établissements publics et privés à but non-lucratifs qui fonctionnaient avant avec une *Dotation Globale*.

**PRI** : aussi appelés **ex-OQN**, désigne les établissements privés à but lucratifs qui fonctionnaient déjà avec une tarification à l’acte (*mais à base régionale*) calculée selon des *Objectifs Quantifiés Nationaux*.

**CMD**: Catégorie Majeure de Diagnostique, de 1 à 28 dans la base.

**GHM**: Groupes Homogènes de Maladies, chacun correspondant à une classe de pathologies donnée (*codée sur 2 chiffres*) pour un certain niveau de gravité (*1 à 4*) ou traité en ambulatoire (*j*), etc.

**GHS** : Groupes Homogènes de Séjour, ce sont les tarifs de remboursement par l’assurance maladie correspondant aux différents GHM. Il y a un ou plusieurs GHS par GHM. C’est à l’hôpital de classer (*indirectement*) le séjour d’un patient dans un couple GHM/GHS correspondant en fonction des actes réalisés.

*Ex*: dans la base 2017, « 05K10J : Actes diagnostiques par voie vasculaire, en ambulatoire » est un GHM avec deux GHS (*colonne A*) : 1706 et 1863, avec des actes (*inconnus*) et tarifs différents.

**/!\** la colonne « GHS-LIB » donne en fait les libellés des GHM associés à un même code…

**GHT** : Groupe Homogène de Tarifs, c’est l’équivalent des couples GHM/GHS pour l’Hospitalisation A Domicile (*HAD*). **/!\** ne pas confondre avec les Groupement Hospitalier de Territoire (*également GHT dans certains textes..*)

**MCO** (*ou MCOD*) : quatre grandes activités de soin de la base : M médecine, C chirurgie, O obstétrie, D oncologie.

**SEU-BAS et SEU-HAU** : Seuil EXtrême Bas (*aussi appelé* ***EXB*** *ou « borne basse »*) et Seuil EXtrême Haut (*aussi appelé* ***EXH*** *ou « borne haute »*) exprimés en nombre jours.

Il s’agit de deux seuils complémentaires qui servent comme mécanisme d’incitations à bien catégoriser le séjour pour un hôpital.

* Quand un séjour dans un GHS donné n’atteint pas un nombre de jours minimal fixé, appelé EXB, l’établissement est pénalisé et voit le tarif de ce GHS (*ie le remboursement*) divisé par 2 environ.
* Cette même logique s’applique aux séjours qui cette fois dépasse un nombre de jours maximal fixé, appelé EXH. Dans ce cas, chaque jour d’hospitalisation du patient au-delà du nombre de jours maximal fixé pour ce GHS sera payé via un montant fixe par jour supplémentaire. Et évidemment ce montant est largement inférieur au tarif du GHS ramené au nombre de jours du GHS.

**GHS-PRI** : le tarif de remboursement par l’assurance maladie pour l’ensemble du séjour (*qu’il soit de 1, 3 ou 10 jours*) sous réserve d’être entre les seuils bas et haut.

**EXB-FORFAIT** et **EXB-JOURNALIER**: si la durée d’hospitalisation est inférieure au seuil bas correspondant au GHS déclaré par l’hôpital, ce dernier ne touche pas le tarif GHS-PRI. A la place, il reçoit soit un remboursement forfaitaire pour l’ensemble du séjour, soit un remboursement par jour d’hospitalisation.

**EXH-PRI**: si la durée d’hospitalisation dépasse le seuil haut, l’hôpital touche le remboursement prévu GHS-PRI plus un montant EXH-FORFAIT par jour en plus.

Lien de la base :

<https://www.atih.sante.fr/tarifs-mco-et-had>

Notice sur la tarification à l’acte :

<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/financement-des-etablissements-de-sante-10795/article/financement-des-etablissements-de-sante>

Plus de définitions :

<https://www.lespmsi.com/abreviations-pmsi-pilotage-facturation-t2a/>

Comment sont définis les GHS pour un GHM donné :

<https://www.lespmsi.com/la-repartition-par-ghs-des-ghm-multi-ghs-en-2017-chiffres-base-nationale-mco/>

Si on a besoin de se pencher sur le calcul des EXB – EXH :

<https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/2138/fiche_borne_basse.pdf>

Sur les tarifs sup :

<http://www.lespmsi.com/tarifs-des-supplements-mco-2018-oqn-et-dgf/>