

Ministère
de l'Emploi,
du Travail
et de la Cohésion
sociale

Ministère
des solidarités,
de la santé
et de la famille

Ministère
de la Parité
et de l'Égalité
professionnelle

BULLETIN Officiel

N° 4 - 15 mai 2005



DIRECTION
DES JOURNAUX
OFFICIELS

26, rue Desaix
75727 Paris Cedex 15
www.journal-officiel.gouv.fr

RENSEIGNEMENTS
tél. : 01 40 58 79 79

ABONNEMENTS
tél. : 01 40 58 79 20
(8 h 30 à 12 h 30)
télécopie : 01 45 79 17 84

Santé
Protection sociale
Solidarités

1. Des son embauche, l'employeur :

- le nom et l'adresse de la pension ;
- la date d'effet de la pension ;

Lorsque l'intéressé perçoit plusieurs pensions de retraite relevant des règles de cumul (par exemple une pension du régime des salariés agricoles), les informations ci-dessus doivent être fournies par l'employeur la caisse de retraite qui lui sert la pension correspondante (y compris les périodes d'assurance).

3. A partir des informations communiquées par le retraité, l'employeur doit communiquer les informations suivantes :

- si l'employeur est le même que celui dont relevait l'intéressé, la date d'effet de la pension de retraite et si la reprise d'activité intervient dans les six mois suivant cette date d'effet : l'employeur doit préciser à la caisse de retraite la durée totale de l'activité exercée entre la date d'effet de la pension et la fin du 6^e mois suivant cette date. Cette durée est exprimée soit en heures de travail (pour les personnes dont le temps de travail est apprécié sur une base horaire), soit en demi-journées (pour les personnes dont le temps de travail est apprécié en demi-journées). L'employeur doit également préciser la période d'emploi au cours de ces six mois pendant laquelle la « suspension rétroactive » de la pension de retraite ne porte que sur la période d'activité ;
- dans tous les cas, le montant des revenus professionnels soumis à CSG perçus au cours de l'année civile.

Lorsque le retraité a indiqué plusieurs pensions relevant des régimes de retraite (par exemple, une pension du régime général et une pension du régime des salariés agricoles), l'employeur doit également mentionner à la caisse de retraite la durée d'assurance, y compris les périodes d'assurance, le nom et l'adresse de la ou des autres caisses de retraite.

- ses références complètes (nom, adresse et n° SIRET) ;
- le NIR (numéro d'identification des personnes physiques) ;

De manière à limiter les inconvénients que leur remboursement est susceptible de causer pour les retraités, il est important que les informations susvisées soient communiquées à la caisse de retraite dans les meilleurs délais, à l'expiration d'un délai maximum de deux mois suivant la date d'expiration de la période de référence.

Les informations relatives à la période d'activité doivent être fournies dans les deux mois suivants l'expiration de la période de six mois postérieure à la date d'effet de la pension.

Les informations relatives aux revenus professionnels doivent être fournies dans les deux premiers mois de l'année civile suivante.

Etablissements de santé

Arrêté du 5 avril 2005 modifiant la composition nominative du conseil d'administration de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris

NOR : SANH0530070C

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

Vu le code de la santé publique, notamment les articles L. 6147-1, L. 714-2-14 et R. 716-3-2 ;

Vu le décret n° 97-34 du 15 janvier 1997 relatif à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;

Vu le décret n° 97-1185 du 15 novembre 1997 pris pour l'application de l'article 10 de la loi n° 97-101 du 4 décembre 1997 relative à la déconcentration des décisions administratives individuelles ;

Vu l'arrêté du 4 décembre 2004 modifiant la composition nominative du conseil d'administration de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris ;

Vu la proposition formulée par le ministre chargé du budget ;

Arrête :

La liste des personnalités qui doivent être mentionnées au b) du 10^e de l'article 1^{er} de l'arrêté susvisé du 4 décembre 1998 est complétée par les personnes mentionnées ci-dessous.

Article 2

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

Pour le ministre des solidarités, de la santé et de la famille :
Le directeur de l'hospitalisation

Circulaire DHOS/F3/F1 n° 2005-103 du 23 février 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

NOR : SANH0530070C

Date d'application : immédiate.

Références :

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

Article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) modifié ;

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

Arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Annexes :

Annexe I : Tarifs des forfaits « groupes homogènes de séjours » ;

Annexe II : Tarifs des forfaits « groupes homogènes de tarifs » ;

Annexe III : Tarifs des forfaits « dialyse »

Le ministre des solidarités, de la santé et de la famille à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation.

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004 a introduit, pour les établissements de santé publics et privés, un nouveau système de financement des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie reposant, pour l'essentiel, sur des nouvelles prestations d'hospitalisation, des forfaits annuels et des coefficients géographiques. Ces éléments, mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale entrent en vigueur à compter du 1^{er} mars 2005 dans les établissements de santé privés mentionnés aux d) et e) de l'article L. 162-22-6 (1).

En outre, afin de permettre aux cliniques privées de s'adapter aux effets de la tarification à l'activité, l'article 33 de la LFSS pour 2004 susvisé a instauré un dispositif transitoire reposant sur des « coefficients de transition » qui minorent ou majorent pour chaque établissement les tarifs nationaux des prestations.

En application des dispositions de l'article R. 162-42-1 du code de la sécurité sociale et de l'article 7 du décret du 30 décembre 2004, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont compétents pour fixer les éléments tarifaires mentionnés aux 1^o à 3^o de l'article L. 162-22-10 du même code ainsi que la valeur des coefficients de transition moyens régionaux et les écarts maximums entre les tarifs nationaux et les tarifs des établissements de la région après application des coefficients de transition mentionnés au IV de l'article 33 de la LFSS pour 2004 susmentionné.

Dans l'attente de la publication de l'arrêté tarifaire national, la présente circulaire a pour objet de vous communiquer les éléments tarifaires applicables au 1^{er} mars dans les cliniques privées ainsi que

(1) Par souci de simplification, ces établissements sont nommés ci après « cliniques privées ».

les coefficients de transition moyens régionaux et les écarts mentionnés au IV de l'article 33 de la LFSS pour 2004 et de vous préciser le déroulement de la campagne au niveau régional.

I. – FIXATION DES ÉLÉMENTS TARIFAIRES

Ces éléments résultent d'une augmentation tarifaire générale de 1,56 % au 1^{er} mars 2005, hors enveloppes spécifiques, et de 1,98 % en tenant compte des trois enveloppes, respectivement fixées à 3,8 millions d'euros pour le développement des soins palliatifs, 10 millions d'euros pour la mise aux normes des services de néonatalogie et enfin 9 millions d'euros destinée à la création de places d'hospitalisation à domicile.

Cette évolution tarifaire traduit, en application des dispositions de la LFSS 2005, une première étape de convergence entre les tarifs des établissements privés anciennement sous OQN et ceux des établissements antérieurement sous dotation globale, qui progresseront de 0,27 % à partir du 1^{er} janvier 2005.

A. – LES TARIFS NATIONAUX DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

En dehors d'une augmentation tarifaire générale de 1,56 % au 1^{er} mars 2005, des mesures spécifiques ont été mises en œuvre sur le plan tarifaire :

- dans le cadre du plan cancer, à hauteur de 3,8 M€, pour la revalorisation des GHS de soins palliatifs et la diminution des bornes hautes de séjour ;
 - dans le cadre du plan périnatalité, à hauteur de 10 M€, pour la revalorisation des GHS et des suppléments de néonatalogie ;
 - dans le cadre du plan urgences, à hauteur de 9M€, pour la création nette de lits d'aval en hospitalisation à domicile.
- L'enveloppe dégagée permettra ainsi de financer entièrement à l'activité environ 370 places nouvelles sur 6 mois.

Par ailleurs, des financements, à hauteur de 3,7 M€, ont déjà été réservés au titre des MIGAC 2005 afin d'assurer, dans le cadre du plan cancer, la mise en place d'équipes mobiles de soins palliatifs, de consultations d'oncogénétique, d'équipes de lutte contre la douleur, d'équipes de coordination et de soutien psychologique au sein des territoires de santé.

Le montant des dotations régionales de financement des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation sera fixé ultérieurement dans un arrêté spécifique.

Les tarifs des forfaits « groupes homogènes de séjours » (GHS) sont fixés en annexe 1.

Il convient d'attirer votre attention sur le fait que les bornes fixées dans cette annexe annulent et remplacent celles fixées en annexe 1 de l'arrêté du 31 janvier 2005 susvisé.

Les tarifs des suppléments journaliers facturables en sus des GHS sont fixés comme suit :

CODE	LIBELLÉ	TARIF EN €
REA	Réanimation	635,15
STF	Soins intensifs	317,57
SRC	Surveillance continue	60,39
SRA	Soins particulièrement coûteux	430,04
SSC	Surveillance continue	60,39
NN1	Néonatalogie	250,00
NN2	Néonatalogie avec soins intensifs	350,00
NN3	Réanimation néonatale	500,00

Les tarifs des forfaits « groupes homogènes de tarifs » (GHT) sont fixés en annexe 2.

Les tarifs des forfaits « dialyse » (D) sont fixés en annexe 3.

Lorsque l'établissement prend en charge un patient bénéficiant de l'assistance d'un proche dans le cadre de son traitement de l'insuffi-

sance rénale chronique, un supplément dénommé « indemnité compensatrice à tierce personne » (DTP) peut être facturé par l'établissement dans les conditions suivantes :

- un supplément pour chaque séance de traitement pour l'hémodialyse à domicile en sus du forfait d'hémodialyse à domicile ;
- trois suppléments pour chaque semaine de traitement pour la dialyse péritonéale en sus du forfait de dialyse péritonéale automatisée et du forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire.

Le tarif de ce supplément (DTP) est fixé à 23,30 €.

Le tarif du forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) est fixé à 25 €.

Les tarifs des forfaits « prélèvements d'organes » (PO) sont les suivants :

CODE	DESCRIPTION DU PRÉLÈVEMENT	TARIF EN €
P01	Prélèvement du ou des reins et/ou du foie	5 530
P02	Prélèvement du ou des reins, du foie, du cœur, du pancréas, du ou des poumons et/ou de l'intestin, ou prélèvement d'au moins 7 organes	8 400
P03	Autres prélèvements d'organes	6 650

Le tarif du « forfait de petit matériel » (FFM) est fixé à 19,05 €.

B. – LES MONTANTS DES FORFAITS ANNUELS

Le montant du forfait annuel (FAU) pour l'activité d'accueil et de traitement des urgences autorisée est fixé à 350 382 € par structure pour un nombre de passages inférieur ou égal à 12 500. Ce forfait est majoré de 91 404 € par tranche de 5 000 passages supplémentaires.

Le montant du forfait annuel pour l'activité de prélèvement d'organe (CPO) autorisée est fixé à :

ACTIVITÉ	MONTANT en €
Autorisation de tissus uniquement	23 000
Autorisation de prélèvements de tissus et d'organes	34 500

Ce forfait est facturable par l'établissement dès lors qu'au moins un donneur est recensé ou une corneée prélevée.

C. – LES COEFFICIENTS GÉOGRAPHIQUES

Les zones bénéficiant d'un coefficient géographique et la valeur du coefficient sont fixés comme suit :

ZONE GÉOGRAPHIQUE CONCERNÉE	VALEUR DU COEFFICIENT
2A Corse - Sud	5,00 %
2B Corse - Haute	5,00 %
75 Paris	7,00 %
77 Seine-et-Marne	7,00 %
78 Yvelines	7,00 %
91 Essonne	7,00 %
92 Hauts-de-Seine	7,00 %
93 Seine-Saint-Denis	7,00 %
94 Val-de-Marne	7,00 %
95 Val-d'Oise	7,00 %

ZONE GÉOGRAPHIQUE CONCERNÉE	VALEUR DU COEFFICIENT
971 Guadeloupe	25,00 %
972 Martinique	25,00 %
973 Guyane	25,00 %
974 Réunion	30,00 %

Il convient de rappeler qu'en vertu de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les coefficients géographiques s'appliquent aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels.

D. - LES TARIFS DE RESPONSABILITÉ DES ÉTABLISSEMENTS NON CONVENTIONNÉS

Pour les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, les tarifs de responsabilité sont égaux à 75 % des tarifs et des forfaits fixés au I de la présente circulaire, affectés le cas échéant du coefficient géographique.

II. - FIXATION DES COEFFICIENTS DE TRANSITION MOYENS RÉGIONAUX ET DES ÉCARTS MAXIMAUX MENTIONNÉS AU IV DE L'ARTICLE 33 DE LA LFSS POUR 2004

Compte tenu du taux de convergence fixé à 14,29 % pour l'ensemble des régions et de la réduction de 8 % des écarts, les coefficients de transition moyens régionaux et les écarts sont fixés comme suit :

	COEFFICIENT de transition moyen régional	COEFFICIENT de transition maximal	COEFFICIENT de transition minimal	ÉCART maximal (%)	ÉCART minimal (%)
Alsace	1,0090	1,1640	0,9420	16,4 %	5,8 %
Aquitaine	0,9990	2,1200	0,6930	112 %	30,7 %
Auvergne	1,0050	1,1890	0,9010	18,9 %	9,9 %
Basse-Normandie	0,9750	1,0560	0,7180	5,6 %	28,2 %
Bourgogne	0,9990	1,1830	0,8230	18,3 %	17,7 %
Bretagne	0,9890	1,0440	0,9150	4,4 %	8,5 %
Centre	0,9980	1,7050	0,7410	70,5 %	25,9 %
Champagne-Ardenne	1,0030	1,1810	0,6250	18,1 %	37,5 %
Corse	0,9880	1,1150	0,9210	11,5 %	7,9 %
Franche-Comté	0,9790	2,6230	0,8670	162,3 %	13,3 %
Haute-Normandie	1,0080	1,3320	0,9300	33,2 %	7 %
Ile-de-France	1,0180	1,3190	0,7320	31,9 %	26,8 %
Languedoc-Roussillon	1,0100	2,1200	0,8650	112 %	13,5 %
Limousin	1,0060	1,0850	0,9480	8,5 %	5,2 %
Lorraine	1,0120	1,0960	0,8830	9,6 %	11,7 %
Midi-Pyrénées	0,9770	1,1740	0,8870	17,4 %	11,3 %
Nord - Pas-de-Calais	1,0020	1,1570	0,6540	15,7 %	34,6 %
Pays de la Loire	0,9910	1,3700	0,7190	37 %	28,1 %
Picardie	1,0170	1,2250	0,8120	22,5 %	18,8 %
Poitou-Charentes	0,9950	1,1250	0,9250	12,5 %	7,5 %
Provence - Alpes - Côte-d'Azur	0,9850	2,6160	0,6140	161,6 %	38,6 %
Rhône-Alpes	1,0180	1,1740	0,6490	17,4 %	35,1 %
Guadeloupe	1,0190	1,3600	0,8850	36 %	11,5 %

	COEFFICIENT de transition moyen régional	COEFFICIENT de transition maximal	COEFFICIENT de transition minimal	ÉCART maximal (%)	ÉCART minimal (%)
Guyane	1,1000	1,2270	1,0380	22,7 %	-
Martinique	0,9110	0,9760	0,7830	-	21,7 %
Réunion	0,9990	1,1220	0,4720	12,2 %	52,8 %

Pour les régions bénéficiant d'un coefficient géographique, les écarts et les coefficients de transition sont établis sur la base des tarifs nationaux corrigés des coefficients géographiques.

III. – LE DÉROULEMENT DE LA CAMPAGNE AU NIVEAU RÉGIONAL

A. – RAPPEL DE LA PROCÉDURE JURIDIQUE

Dans la mesure où les dispositions de la présente circulaire seront reprises à l'identique dans l'arrêté tarifaire national, il est important de respecter la procédure prévue par la réglementation en vigueur pour mener votre campagne régionale.

En application des dispositions de l'article L. 6115-3 du code de la santé publique, le projet d'arrêté régional du directeur de l'ARH fixant les règles générales de modulation des coefficients de transition dans la région doit être soumis pour avis à la COMEX. Une fois cet avis recueilli, l'arrêté régional peut être signé et envoyé pour publication aux bulletins des actes administratifs de la préfecture du département dans lequel l'agence a son siège et de la préfecture de chacun des départements dans lequel il s'applique.

La COMEX délibère ensuite sur les projets d'avenants tarifaires aux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens fixant le coefficient de transition applicable à chaque établissement (1). La délibération de la COMEX est transmise au préfet de région dans les 15 jours et doit faire l'objet d'une notification (2) par lettre recommandée avec accusé de réception à chacun des établissements dont le projet d'avenant tarifaire aura été examiné. À compter de l'accusé de réception de la délibération par le préfet, l'avenant peut être signé par l'établissement.

Sur ce point, il convient de vous rappeler que l'avenant tarifaire de l'établissement doit mentionner le coefficient de transition global de l'établissement, qui est composé d'une part « MCO », d'une part « dialyse », d'une part « FFM » et d'une part « GHT » selon les activités exercées par l'établissement.

Concernant les tarifs des GHS et de leurs suppléments, seul le coefficient « MCO » est mentionné dans l'avenant tarifaire pour être ensuite directement renseigné dans la case « coefficient MCO » du bordereau de facturation. Ce coefficient est composé de la part « MCO » du coefficient de transition et, le cas échéant, du coefficient de haute technicité et/ou du coefficient géographique.

Concernant les tarifs HAD, seul le coefficient « HAD » est mentionné dans l'avenant tarifaire dans la mesure où celui-ci est également renseigné dans le bordereau de facturation de l'établissement. Ce coefficient est composé de la part « GHT » du coefficient de transition, et le cas échéant du coefficient géographique.

Concernant les tarifs de dialyse ou de FFM, ils doivent être directement fixés dans l'avenant tarifaire. Le montant de chaque prestation est égal au tarif national affecté de la part « D » ou « FFM » du coefficient de transition et le cas échéant du coefficient géographique.

Concernant les tarifs ATU et PO, ils sont fixés dans l'avenant tarifaire. Leur montant est égal au tarif national affecté le cas échéant du coefficient géographique.

Enfin, concernant les forfaits annuels (FAU et CPO), leur montant doit également être fixé dans l'avenant tarifaire. Ce montant est égal au tarif national correspondant à l'activité réalisée par l'établissement, affecté le cas échéant du coefficient géographique.

B. – PRISE EN COMPTE DE CERTAINS ÉLÉMENTS TECHNIQUES

En application de l'article 7 du décret du 30 décembre 2004 sus-visé, il vous appartient de fixer les règles générales de modulation des coefficients de transition entre les établissements de votre région sachant que la valeur du coefficient de transition de chaque établissement doit être modulée de sorte que son écart à 1 soit réduit de 50 % en 2008.

Compte tenu de ces éléments et des contraintes de délais, il vous est recommandé d'appliquer une convergence uniforme à l'ensemble des coefficients de transition des établissements de votre région.

Toutefois, il vous appartient de porter une attention particulière à certains établissements spécifiques tels que ceux ayant des médecins salariés ou résultant d'une fusion postérieure au 31 décembre 2002. Dans ce dernier cas, il vous est demandé, dans le respect de votre coefficient moyen régional, d'accélérer la convergence des coefficients des établissements « sous dotés » vers 1 et d'assurer, à contrario, une faible convergence des coefficients des établissements « sur dotés ».

Vous voudrez bien me tenir informé, sous le présent timbre, des difficultés que vous pourriez rencontrer à l'occasion de la mise en œuvre de la présente circulaire.

Pour le ministre des solidarités,
de la santé et de la famille :
Par délégation :

Le directeur du cabinet,
J.-L. BUHL

ANNEXE I

TARIFS DES GHS

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
1	01C01S	Interventions pour affections du système nerveux, sauf craniotomie, avec CMAS	-	51	3 885,98	169,15
2	01C02Z	Craniotomies, âge inférieur à 18 ans	-	19	3 156,44	364,20
3	01C03V	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	26	1 647,52	139,83
4	01C03W	Craniotomies pour traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	57	4 495,65	176,73

(1) Il peut être envisagé de n'avoir qu'une seule délibération approuvant de façon nominative l'ensemble des avenants tarifaires des établissements de la région pris en application de l'arrêté régional.

(2) La notification de la délibération doit mentionner les délais et voies de recours. Cette mention peut prendre la forme suivante : « La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux devant le tribunal administratif dans un délai de deux mois à compter de sa date de notification. »

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
5	01C04V	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	30	2 713,56	201,39
6	01C04W	Craniotomies en dehors de tout traumatisme, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	60	4 006,53	148,88
7	01C05V	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques sans CMA	-	18	1 546,10	201,41
8	01C05W	Interventions sur le rachis et la moelle pour des affections neurologiques avec CMA	-	26	2 081,70	174,08
9	01C06V	Interventions sur le système vasculaire précérébral sans CMA	-	21	2 599,24	277,72
10	01C06W	Interventions sur le système vasculaire précérébral avec CMA	3	25	2 885,09	251,16
11	01C07Z	Libérations du canal carpien	-	6	726,22	213,58
12	01C08V	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	12	959,09	233,43
13	01C08W	Interventions sur les nerfs crâniens ou périphériques et autres interventions sur le système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 159,05	162,86
150	01M01S	Affections du système nerveux, avec CMAS	-	53	2 243,39	94,96
151	01M02Z	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge inférieur à 18 ans	-	18	716,80	118,25
152	01M03V	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	652,77	97,86
153	01M03W	Convulsions, épilepsies et céphalées, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	26	1 091,43	91,00
154	01M04Z	Méningites virales	-	22	928,64	92,05
155	01M05V	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	21	1 499,99	154,53
156	01M05W	Infections du système nerveux à l'exception des méningites virales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	43	2 423,68	126,64
157	01M06V	Tumeurs du système nerveux sans CMA	-	33	1 614,88	107,97
158	01M06W	Tumeurs du système nerveux avec CMA	-	46	2 134,67	102,99
159	01M07Z	Maladies dégénératives du système nerveux, âge supérieur à 80 ans	-	33	1 325,84	88,21
160	01M08V	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	-	26	1 155,55	99,67
161	01M08W	Maladies dégénératives du système nerveux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	-	39	1 608,41	92,37
162	01M09Z	Affections et lésions du rachis et de la moelle	-	33	1 505,64	100,25
163	01M10V	Autres affections cérébrovasculaires sans CMA	-	20	1 005,79	111,93
164	01M10W	Autres affections cérébrovasculaires avec CMA	-	36	1 505,05	93,03
165	01M11V	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	735,39	107,06
166	01M11W	Affections des nerfs crâniens et rachidiens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	27	1 238,20	100,46
167	01M12V	Autres affections du système nerveux, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	638,03	109,39
168	01M12W	Autres affections du système nerveux, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 205,04	90,69
169	01M13Z	Troubles de la conscience et comas d'origine non traumatique	-	26	1 048,96	88,75
170	01M14V	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires sans CMA	-	31	1 269,50	89,99
171	01M14W	Accidents vasculaires cérébraux non transitoires avec CMA	-	38	1 531,77	90,06
172	01M15Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge supérieur à 80 ans	-	22	1 005,03	100,07
173	01M16Z	Accidents ischémiques transitoires et occlusions des artères précérébrales, âge inférieur à 81 ans	-	18	890,36	134,35
174	01M17V	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	14	592,15	100,74
175	01M17W	Sclérose en plaques et ataxie cérébelleuse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	25	1 113,91	99,44
176	01M18V	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	15	1 193,09	287,99

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
177	01M18W	Lésions traumatiques intracrâniennes sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	40	2 013,34	111,98
178	01M19V	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	675,12	93,83
179	01M19W	Autres lésions traumatiques intracrâniennes, sauf commotions, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	35	1 376,01	87,59
180	01M20V	Commotions cérébrales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	11	409,18	108,84
181	01M20W	Commotions cérébrales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	23	977,67	94,97
400	02C02V	Interventions sur la rétine, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	9	1 376,71	380,23
401	02C02W	Interventions sur la rétine, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	14	1 602,81	283,00
402	02C03Z	Interventions sur l'orbite	-	10	1 212,95	284,74
403	02C04Z	Autres interventions intraoculaires	-	8	1 309,76	364,61
404	02C05Z	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	-	3	1 215,44	423,11
405	02C06Z	Interventions primaires sur l'iris	-	11	874,29	235,20
406	02C07Z	Autres interventions extraoculaires, âge inférieur à 18 ans	-	2	776,11	285,76
407	02C08V	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	3	816,96	284,46
408	02C08W	Autres interventions extraoculaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3	18	1 203,26	198,06
500	02M02Z	Hyphéma	-	18	685,77	150,82
501	02M03Z	Infections oculaires aiguës sévères	-	22	1 134,90	116,07
502	02M04Z	Affections oculaires d'origine neurologique	-	17	620,27	99,08
503	02M05Z	Autres affections oculaires, âge inférieur à 18 ans	-	8	793,10	220,66
504	02M06V	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	18	835,55	137,06
505	02M06W	Autres affections oculaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	24	1 095,57	100,47
600	03C02V	Interventions majeures sur la tête et le cou sans CMA	-	36	2 566,54	157,47
601	03C02W	Interventions majeures sur la tête et le cou avec CMA	-	60	4 065,81	151,22
602	03C03Z	Exérèses de glandes salivaires	-	9	1 156,97	213,79
603	03C04Z	Interventions sur les glandes salivaires autres que les exérèses	-	15	1 203,44	318,28
604	03C05Z	Réparations de fissures labiale et palatine	-	13	1 453,95	218,09
605	03C06Z	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge inférieur à 18 ans	-	9	1 067,53	285,80
606	03C07V	Interventions sur les sinus et l'apophyse mastoïde, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	9	1 082,46	287,25
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	14	1 277,51	233,28
608	03C08V	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou sans CMA	-	9	1 042,68	253,12
609	03C08W	Interventions diverses sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou avec CMA	3	15	1 331,15	199,36
610	03C09Z	Rhinoplasties	-	7	822,09	223,00
611	03C10Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	-	3	560,02	190,42
612	03C11Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	-	8	644,72	177,06
613	03C12Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans	-	3	643,10	220,59
614	03C13Z	Interventions sur les amygdales et les végétations adénoïdes autres que les amygdalectomies et/ou les adénoïdectomies isolées, âge supérieur à 17 ans	-	8	776,81	181,30
615	03C14Z	Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	-	26	787,06	66,91
616	03C15Z	Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	-	18	827,27	186,20
617	03C16V	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	14	1 415,10	271,11

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
618	03C16W	Autres interventions chirurgicales portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou le cou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	27	1 822,76	150,52
619	03C17Z	Interventions sur la bouche	-	12	921,22	221,63
800	03K02Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires	-	2	586,54	203,66
801	03M02Z	Traumatismes et déformations du nez	-	11	578,89	148,45
802	03M03Z	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge inférieur à 18 ans	-	10	552,92	124,33
803	03M04V	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	15	624,56	149,76
804	03M04W	Otites moyennes et infections des voies aériennes supérieures, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	3	21	1 094,01	112,63
805	03M05Z	Troubles de l'équilibre	-	18	706,91	96,33
806	03M06Z	Epistaxis	-	16	584,44	111,34
807	03M07V	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	868,30	161,48
808	03M07W	Tumeurs malignes des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	30	1 639,42	120,27
809	03M08Z	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge inférieur à 18 ans	-	18	697,45	160,70
810	03M09V	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	17	653,85	140,89
811	03M09W	Autres diagnostics portant sur les oreilles, le nez, la gorge ou la bouche, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	19	1 006,68	115,31
812	03M10Z	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge inférieur à 18 ans	-	8	515,45	106,82
813	03M11V	Affections de la bouche et des dents sans certaines extractions, réparations ou prothèses dentaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	10	576,34	160,24
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	-	21	1 015,32	104,10
1000	04C01S	Interventions pour affections de l'appareil respiratoire, avec CMAS	-	57	3 836,24	150,46
1001	04C02V	Interventions majeures sur le thorax sans CMA	3	31	2 653,88	192,16
1002	04C02W	Interventions majeures sur le thorax avec CMA	4	39	3 136,00	179,56
1003	04C03V	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire sans CMA	-	23	1 578,06	151,31
1004	04C03W	Autres interventions chirurgicales sur le système respiratoire avec CMA	-	38	2 185,13	127,78
1100	04M02V	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans sans CMA	-	17	606,82	113,51
1101	04M02W	Bronchites et asthme, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	18	1 143,95	171,59
1102	04M03V	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	743,93	104,26
1103	04M03W	Bronchites et asthme, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	29	1 256,81	95,30
1104	04M04Z	Pneumonies et pleurésies banales, âge inférieur à 18 ans	-	16	852,15	153,14
1105	04M05V	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	24	1 038,66	96,71
1106	04M05W	Pneumonies et pleurésies banales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	34	1 422,83	93,90
1107	04M06Z	Infections et inflammations respiratoires, âge inférieur à 18 ans	-	53	3 742,13	158,86
1108	04M07V	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	35	1 793,70	114,43
1109	04M07W	Infections et inflammations respiratoires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	47	2 283,22	107,53
1110	04M08V	Bronchopneumopathies chroniques sans CMA	-	24	1 078,11	101,05
1111	04M08W	Bronchopneumopathies chroniques avec CMA	-	32	1 383,22	96,10
1112	04M09V	Tumeurs de l'appareil respiratoire sans CMA	-	25	1 313,25	114,64

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
1113	04M09W	Tumeurs de l'appareil respiratoire avec CMA	-	36	1 802,22	110,46
1114	04M10V	Embolies pulmonaires sans CMA	-	26	1 125,52	94,92
1115	04M10W	Embolies pulmonaires avec CMA	3	33	1 380,89	93,38
1116	04M11V	Signes et symptômes respiratoires sans CMA	-	18	648,93	114,82
1117	04M11W	Signes et symptômes respiratoires avec CMA	-	24	1 091,90	100,47
1118	04M12V	Pneumothorax sans CMA	-	18	679,28	100,05
1119	04M12W	Pneumothorax avec CMA	-	27	1 192,04	96,77
1120	04M13Z	Cedème pulmonaire et détresse respiratoire	-	37	1 526,81	91,97
1121	04M14V	Maladies pulmonaires interstitielles sans CMA	-	22	1 026,99	103,33
1122	04M14W	Maladies pulmonaires interstitielles avec CMA	-	34	1 496,69	97,89
1123	04M15V	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire sans CMA	-	18	807,06	98,06
1124	04M15W	Autres diagnostics portant sur le système respiratoire avec CMA	-	30	1 259,23	92,98
1125	04M16V	Traumatismes thoraciques majeurs sans CMA	-	18	689,54	97,78
1126	04M16W	Traumatismes thoraciques majeurs avec CMA	-	26	1 296,25	111,19
1127	04M17V	Epanchements pleuraux sans CMA	-	19	870,03	102,05
1128	04M17W	Epanchements pleuraux avec CMA	-	30	1 334,79	97,08
1400	05C02Z	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle et avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie	5	55	8 606,40	351,91
1401	05C03V	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie	6	30	7 536,17	489,07
1402	05C03W	Chirurgie de remplacement valvulaire avec circulation extracorporelle, sans cathétérisme cardiaque, ni coronarographie, avec CMA	5	41	8 038,56	436,24
1403	05C04V	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, sans CMA	6	37	7 994,97	394,83
1404	05C04W	Pontages aortocoronariens avec cathétérisme cardiaque ou coronarographie, avec CMA	6	52	9 315,60	395,78
1405	05C05V	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie, sans CMA	6	23	7 665,21	532,60
1406	05C05W	Pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie, avec CMA	5	36	8 104,78	496,86
1407	05C06V	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, sans CMA	5	26	7 212,93	504,95
1408	05C06W	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, avec circulation extracorporelle, avec CMA	5	40	8 443,26	469,43
1409	05C07Z	Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, avec circulation extracorporelle	4	34	8 727,36	573,05
1410	05C08V	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, sans CMA	-	18	1 508,98	255,91
1411	05C08W	Autres interventions cardi thoraciques, âge supérieur à 1 an, ou vasculaires quel que soit l'âge, sans circulation extracorporelle, avec CMA	-	27	2 298,17	185,55
1412	05C09Z	Autres interventions cardi thoraciques, âge inférieur à 2 ans, sans circulation extracorporelle	-	27	6 559,85	530,29
1413	05C10V	Chirurgie majeure de revascularisation sans CMA	-	34	3 174,27	204,25
1414	05C10W	Chirurgie majeure de revascularisation avec CMA	3	48	4 068,59	189,12
1415	05C11V	Autres interventions de chirurgie vasculaire sans CMA	-	19	1 872,10	217,62
1416	05C11W	Autres interventions de chirurgie vasculaire avec CMA	-	34	2 670,88	172,91
1417	05C12V	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, sans CMA	-	51	2 622,52	115,19
1418	05C12W	Amputations du membre inférieur, sauf des orteils, pour troubles circulatoires, avec CMA	-	77	3 817,86	110,40
1419	05C13V	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, sans CMA	-	31	1 589,58	114,22
1420	05C13W	Amputations pour troubles circulatoires portant sur le membre supérieur ou les orteils, avec CMA	-	45	2 233,41	110,24
1421	05C14Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent avec insuffisance cardiaque	-	29	1 874,34	141,01

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
1422	05C15Z	Pose d'un stimulateur cardiaque permanent sans insuffisance cardiaque	-	18	1 385,27	176,46
1423	05C16Z	Remplacement ou ablation chirurgicale d'électrodes ou de boîtier de stimulation cardiaque permanente	-	18	886,77	164,27
1424	05C17V	Ligatures de veines et éveinages, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	6	915,12	283,48
1425	05C17W	Ligatures de veines et éveinages, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 152,70	189,53
1426	05C18Z	Autres interventions sur le système circulatoire	-	24	1 696,84	153,37
1650	05K02V	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques sans CMA	-	17	2 059,09	381,30
1651	05K02W	Endoprothèses coronariennes et vasculaires périphériques avec CMA	-	20	2 465,24	274,04
1652	05K03Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies avec pathologie cardiaque sévère en dehors d'un infarctus aigu du myocarde	-	18	1 448,12	174,76
1653	05K04Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies pour une pathologie autre	-	18	1 259,47	290,20
1654	05M02E	Infarctus aigu du myocarde avec décès	-	25	1 245,32	109,06
1655	05M03Z	Infarctus aigu du myocarde avec complications cardiovasculaires et sortie en vie de l'établissement	-	33	1 693,91	114,30
1656	05M04V	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardiovasculaire, sans CMA	-	18	1 339,54	160,66
1657	05M04W	Infarctus aigu du myocarde sans complication cardio-vasculaire avec CMA	-	29	1 675,23	129,78
1658	05M05V	Syncopes et lipothymies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	476,61	102,13
1659	05M05W	Syncopes et lipothymies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	22	883,31	86,91
1660	05M06V	Angine de poitrine sans CMA	-	18	661,78	99,38
1661	05M06W	Angine de poitrine avec CMA	-	24	941,40	84,92
1662	05M07V	Thrombophlébites veineuses profondes, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	21	895,49	93,53
1663	05M07W	Thrombophlébites veineuses profondes, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 242,46	93,28
1664	05M08V	Arrythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	14	478,22	121,97
1665	05M08W	Arrythmies et troubles de la conduction cardiaque, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	22	921,89	90,51
1666	05M09V	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire sans CMA	-	24	967,28	87,41
1667	05M09W	Insuffisances cardiaques et états de choc circulatoire avec CMA	-	32	1 292,15	88,19
1668	05M10Z	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge inférieur à 18 ans	-	27	2 019,38	163,04
1669	05M11V	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	676,74	127,47
1670	05M11W	Cardiopathies congénitales et valvulopathies, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	27	1 180,77	96,81
1671	05M12V	Troubles vasculaires périphériques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	879,07	203,58
1672	05M12W	Troubles vasculaires périphériques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	27	1 453,63	119,85
1673	05M13Z	Douleurs thoraciques	-	18	599,53	97,71
1674	05M14Z	Arrêt cardiaque	-	30	1 095,28	81,30
1675	05M15Z	Hypertension artérielle	-	23	959,82	92,66
1676	05M16V	Athérosclérose coronarienne sans CMA	-	18	766,42	96,40
1677	05M16W	Athérosclérose coronarienne avec CMA	-	31	1 236,84	89,43
1678	05M17V	Autres affections de l'appareil circulatoire sans CMA	-	18	774,53	128,71
1679	05M17W	Autres affections de l'appareil circulatoire avec CMA	-	28	1 237,45	97,23
1680	05M18Z	Endocardites aiguës et subaiguës	-	53	2 381,39	99,25
1900	06C02Z	Chirurgie majeure des malformations digestives	-	28	8 558,11	672,64
1901	06C03V	Résections rectales sans CMA	4	45	3 641,89	181,87
1902	06C03W	Résections rectales avec CMA	5	61	4 624,59	169,97
1903	06C04V	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	3	39	2 838,49	161,46

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
1904	06C04W	Interventions majeures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	4	57	3 801,82	149,55
1905	06C05Z	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge inférieur à 18 ans	3	15	1 535,94	250,59
1906	06C06V	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	23	1 981,08	187,89
1907	06C06W	Interventions sur l'œsophage, l'estomac et le duodénum, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	45	3 235,41	159,09
1908	06C07V	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon sans CMA	-	31	1 984,05	142,15
1909	06C07W	Interventions mineures sur l'intestin grêle et le côlon avec CMA	-	53	3 039,10	127,39
1910	06C08V	Appendicectomies compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	16	1 103,67	154,79
1911	06C08W	Appendicectomies compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	28	1 683,20	131,05
1912	06C09V	Appendicectomies non compliquées, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	7	896,37	171,06
1913	06C09W	Appendicectomies non compliquées, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 171,34	150,29
1914	06C10Z	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	-	8	857,31	236,97
1915	06C11V	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	18	1 237,26	157,88
1916	06C11W	Interventions réparatrices pour hernies et éventrations à l'exception des hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	25	1 609,25	140,80
1917	06C12V	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	9	1 030,08	192,76
1918	06C12W	Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans avec CMA	3	18	1 236,66	166,35
1919	06C13V	Libérations d'adhérences péritonéales, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	1 255,10	171,87
1920	06C13W	Libérations d'adhérences péritonéales, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	32	1 932,10	133,14
1921	06C14V	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales sans CMA	-	12	886,46	176,25
1922	06C14W	Interventions sur le rectum et l'anus autres que les résections rectales avec CMA	3	18	1 139,32	151,88
1923	06C15V	Autres interventions sur le tube digestif sans CMA	-	22	1 464,29	149,64
1924	06C15W	Autres interventions sur le tube digestif avec CMA	-	43	2 566,29	131,93
2100	06M01S	Affections du tube digestif avec CMA	-	37	1 945,71	116,78
2101	06M02V	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans sans CMA	-	8	394,54	109,27
2102	06M02W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	12	1 115,08	193,22
2103	06M03V	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	637,90	143,41
2104	06M03W	Gastro-entérites et maladies diverses du tube digestif, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	20	1 033,68	112,56
2105	06M04V	Hémorragies digestives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	754,74	168,00
2106	06M04W	Hémorragies digestives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	22	1 501,75	147,54
2107	06M05V	Tumeurs malignes du tube digestif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	860,29	149,19
2108	06M05W	Tumeurs malignes du tube digestif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 574,82	120,38
2109	06M06V	Occlusions intestinales non dues à une hernie sans CMA	-	18	742,75	102,44
2110	06M06W	Occlusions intestinales non dues à une hernie avec CMA	-	28	1 304,39	103,57
2111	06M07V	Maladies inflammatoires de l'intestin sans CMA	-	18	1 000,02	124,45
2112	06M07W	Maladies inflammatoires de l'intestin avec CMA	-	28	1 416,63	113,16
2113	06M08Z	Autres affections digestives, âge inférieur à 18 ans	-	12	559,25	139,58
2114	06M09V	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	10	710,39	192,66

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
2115	06M09W	Autres affections digestives, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	20	1 198,39	130,38
2116	06M10Z	Ulcères gastroduodénaux compliqués	-	18	1 079,96	129,64
2117	06M11V	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	757,81	154,85
2118	06M11W	Ulcères gastroduodénaux non compliqués, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	22	1 273,57	126,82
2300	07C02V	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave sans CMA	-	40	3 315,17	181,96
2301	07C02W	Interventions sur le foie, le pancréas et les veines porte ou cave avec CMA	3	62	4 724,72	169,72
2302	07C03V	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale sans CMA	-	32	2 439,42	166,79
2303	07C03W	Cholécystectomies avec exploration de la voie biliaire principale avec CMA	3	48	3 361,25	155,53
2304	07C04V	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale sans CMA	3	18	1 484,07	210,23
2305	07C04W	Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale avec CMA	-	26	1 922,35	165,24
2306	07C05V	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies sans CMA	-	38	2 797,26	162,38
2307	07C05W	Interventions sur les voies biliaires, autres que les cholécystectomies avec CMA	3	56	3 738,15	148,28
2308	07C06Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections malignes	-	36	2 204,72	136,99
2309	07C07Z	Interventions diagnostiques sur le système hépatobiliaire et pancréatique pour des affections non malignes	-	25	1 668,88	145,93
2310	07C08Z	Autres interventions sur le système hépatobiliaire et pancréatique	-	47	2 931,51	137,66
2500	07M01S	Affections du système hépatobiliaire et du pancréas avec CMAS	-	40	2 141,78	117,78
2501	07M02V	Affections des voies biliaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	1 014,30	230,35
2502	07M02W	Affections des voies biliaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	21	1 416,13	147,85
2503	07M03V	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	21	1 004,83	107,14
2504	07M03W	Hépatites alcooliques et cirrhoses, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	32	1 457,64	102,38
2505	07M04V	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, sans CMA	-	18	769,13	117,45
2506	07M04W	Affections hépatiques à l'exception des tumeurs malignes, des cirrhoses, des hépatites alcooliques, avec CMA	-	28	1 339,64	106,73
2507	07M05V	Affections non malignes du pancréas sans CMA	-	21	1 065,19	109,32
2508	07M05W	Affections non malignes du pancréas avec CMA	-	31	1 397,86	100,22
2509	07M06V	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	1 142,37	145,97
2510	07M06W	Affections malignes du système hépatobiliaire ou du pancréas, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	30	1 640,60	121,68
2700	08C01S	Interventions pour affections de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	-	58	4 180,90	160,64
2701	08C02Z	Interventions majeures multiples sur les genoux et/ou les hanches	6	58	4 340,60	166,50
2702	08C03V	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres sans CMA	5	32	3 037,82	176,59
2703	08C03W	Interventions majeures sur les articulations et greffes de membres avec CMA	6	43	3 317,01	168,29
2704	08C04Z	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge inférieur à 18 ans	-	20	1 720,85	186,18
2705	08C05V	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	41	2 649,52	142,64
2706	08C05W	Interventions sur la hanche et le fémur, autres que les interventions majeures, âge supérieur à 17 ans avec CMA	4	53	3 249,20	137,61

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
2707	08C06Z	Amputations pour affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	-	57	2 982,14	115,96
2708	08C07V	Interventions sur le rachis sans CMA	3	19	1 769,28	203,38
2709	08C07W	Interventions sur le rachis avec CMA	3	26	2 145,64	180,14
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	-	12	1 126,66	198,12
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	-	19	1 427,98	166,56
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	-	29	1 863,77	140,19
2713	08C10V	Interventions sur le genou, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	13	1 399,30	201,34
2714	08C10W	Interventions sur le genou, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	24	1 623,95	150,69
2715	08C11V	Interventions sur le membre supérieur à l'exception de l'humérus et de la main, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	12	1 125,99	225,36
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	-	18	1 310,07	162,86
2717	08C12Z	Biopsies ostéoarticulaires	-	18	1 041,85	150,66
2718	08C13Z	Résections osseuses localisées et/ou ablations de matériel de fixation interne au niveau de la hanche et du fémur	-	18	1 010,27	149,55
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	-	11	819,97	173,76
2720	08C15V	Interventions sur le pied sans CMA	-	12	1 082,41	184,54
2721	08C15W	Interventions sur le pied avec CMA	-	19	1 263,38	147,14
2722	08C16V	Interventions sur les tissus mous sans CMA	-	15	1 033,19	185,97
2723	08C16W	Interventions sur les tissus mous avec CMA	-	24	1 442,75	134,96
2724	08C17Z	Interventions sur la main et le poignet pour kyste synovial	-	8	768,18	229,33
2725	08C18V	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial sans CMA	-	12	993,39	250,72
2726	08C18W	Interventions sur la main et le poignet pour une affection autre qu'un kyste synovial avec CMA	3	18	1 256,46	182,66
2727	08C19Z	Arthroscopies	-	6	815,22	246,53
2728	08C20Z	Greffes de peau pour maladie de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	-	18	1 120,72	161,14
2729	08C21V	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif sans CMA	-	13	1 093,35	187,25
2730	08C21W	Autres interventions portant sur l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif avec CMA	-	23	1 530,48	145,07
3000	08M01S	Affections de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif, avec CMAS	-	49	2 144,36	97,45
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	-	3	590,14	204,09
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	-	11	613,34	157,58
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	-	22	1 009,42	102,32
3004	08M04V	Fractures de la hanche et du bassin sans CMA	-	29	1 217,03	92,92
3005	08M04W	Fractures de la hanche et du bassin avec CMA	-	41	1 735,78	94,40
3006	08M05Z	Fractures de la diaphyse, de l'épiphyse ou d'une partie non précisée du fémur	-	34	1 509,28	99,83
3007	08M06Z	Fractures, entorses, luxations et dislocations du bras, de la jambe à l'exception du pied, âge inférieur à 18 ans	-	11	633,72	168,82
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	-	18	680,33	124,58

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
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	-	26	1 112,30	94,37
3010	08M08Z	Entorses et luxations du bassin et de la hanche	-	18	1 002,37	122,95
3011	08M09Z	Arthropathies non spécifiques	-	22	927,19	94,21
3012	08M10V	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	849,82	118,02
3013	08M10W	Maladies osseuses et arthropathies spécifiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 311,95	100,86
3014	08M11V	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	-	33	1 546,12	104,59
3015	08M11W	Fractures pathologiques et affections malignes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	-	43	1 859,71	95,74
3016	08M12V	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	703,32	101,83
3017	08M12W	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	28	1 142,04	91,59
3018	08M13Z	Signes et symptômes concernant l'appareil musculosquelettique et le tissu conjonctif	-	18	755,62	97,96
3019	08M14V	Affections du tissu conjonctif, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	785,38	104,02
3020	08M14W	Affections du tissu conjonctif, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	30	1 315,52	98,46
3021	08M15V	Tendinites, myosites et bursites, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	16	787,00	152,40
3022	08M15W	Tendinites, myosites et bursites, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	25	1 107,98	98,05
3023	08M16Z	Ostéomyélites	-	33	1 388,28	94,66
3024	08M17Z	Arthrites septiques	-	31	1 393,68	100,04
3025	08M18Z	Suites de traitement après une affection de l'appareil musculosquelettique ou du tissu conjonctif	-	18	915,41	121,94
3026	08M19V	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif sans CMA	-	20	951,54	106,81
3027	08M19W	Autres pathologies de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif avec CMA	-	34	1 452,51	94,05
3300	09C02V	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite sans CMA	-	32	1 630,69	114,61
3301	09C02W	Greffes de peau et/ou parages de plaie pour ulcère cutané ou cellulite avec CMA	-	66	3 116,56	106,01
3302	09C03V	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites sans CMA	-	17	1 065,99	197,75
3303	09C03W	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites avec CMA	-	25	1 565,53	140,14
3304	09C04V	Mastectomies totales pour tumeur maligne sans CMA	3	21	1 673,81	161,30
3305	09C04W	Mastectomies totales pour tumeur maligne avec CMA	3	30	1 989,43	145,26
3306	09C05V	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne sans CMA	-	17	1 298,89	178,05
3307	09C05W	Mastectomies subtotaales pour tumeur maligne avec CMA	-	22	1 563,07	155,07
3308	09C06Z	Interventions sur le sein pour des affections non malignes autres que les actes de biopsie et d'excision locale	-	9	1 075,18	228,52
3309	09C07Z	Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	-	8	689,00	189,68
3310	09C08Z	Interventions sur la région anale et périanale	-	8	745,45	175,01
3311	09C09Z	Interventions plastiques en dehors de la chirurgie esthétique	-	14	1 176,78	200,69
3312	09C10V	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins sans CMA	-	18	843,28	158,46
3313	09C10W	Autres interventions sur la peau, les tissus sous-cutanés ou les seins avec CMA	-	28	1 489,85	115,60
3500	09M02Z	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	-	12	619,57	155,98
3501	09M03V	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	591,76	130,37

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
3502	09M03W	Traumatismes de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	24	1 039,13	96,38
3503	09M04Z	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge inférieur à 18 ans	-	8	604,71	139,80
3504	09M05V	Lésions, infections et inflammations de la peau et des tissus souscutanés, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	709,77	120,18
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	-	29	1 263,90	97,06
3506	09M06Z	Ulcères cutanés	-	50	1 978,31	88,31
3507	09M07V	Autres affections dermatologiques, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	15	625,44	132,67
3508	09M07W	Autres affections dermatologiques, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	26	1 126,79	96,95
3509	09M08V	Affections dermatologiques sévères, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	891,49	113,46
3510	09M08W	Affections dermatologiques sévères, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	31	1 473,12	105,34
3511	09M09Z	Affections non malignes des seins	-	13	719,07	147,85
3512	09M10V	Tumeurs malignes des seins sans CMA	-	26	1 351,62	113,46
3513	09M10W	Tumeurs malignes des seins avec CMA	-	43	2 213,24	114,34
3700	10C01S	Interventions pour affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	-	39	2 624,36	150,99
3701	10C02Z	Interventions sur l'hypophyse	4	19	2 681,05	237,73
3702	10C03Z	Interventions sur les surrénales	3	28	2 271,68	179,49
3703	10C04Z	Interventions pour obésité	-	12	1 431,10	227,56
3704	10C05Z	Interventions sur les parathyroïdes	3	13	1 453,56	221,14
3705	10C06V	Interventions sur la thyroïde, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	8	1 197,15	208,63
3706	10C06W	Interventions sur la thyroïde, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	10	1 306,26	194,03
3707	10C07Z	Interventions sur le tractus thyroïdien	-	7	882,30	195,63
3708	10C08Z	Autres interventions pour troubles endocriniens, métaboliques ou nutritionnels	-	24	1 467,14	134,65
3900	10M01S	Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles, avec CMAS	-	41	1 796,07	97,78
3901	10M02V	Diabète, âge de 36 à 69 ans sans CMA	-	21	885,55	92,84
3902	10M02W	Diabète, âge de 36 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	29	1 180,81	91,19
3903	10M03Z	Diabète, âge inférieur à 36 ans	-	18	737,06	92,60
3904	10M04V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans sans CMA	-	18	689,79	91,22
3905	10M04W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge inférieur à 18 ans avec CMA	-	24	1 530,16	143,45
3906	10M05V	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	20	853,65	93,08
3907	10M05W	Troubles métaboliques ou nutritionnels divers, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	30	1 311,65	95,59
3908	10M06Z	Maladies métaboliques congénitales	-	18	989,33	133,96
3909	10M07V	Autres troubles endocriniens, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	760,51	110,07
3910	10M07W	Autres troubles endocriniens, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 230,33	94,24
4100	11C01S	Interventions pour affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	-	53	3 530,69	148,60
4101	11C02V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, sans CMA	4	39	2 975,72	169,02
4102	11C02W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection tumorale, avec CMA	4	50	3 744,80	167,76
4103	11C03V	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, sans CMA	-	23	1 855,52	176,33

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
4104	11C03W	Interventions sur les reins et les uretères et chirurgie majeure de la vessie pour une affection non tumorale, avec CMA	3	40	2 724,58	149,83
4105	11C04Z	Autres interventions sur la vessie à l'exception des interventions transurétrales	-	21	1 485,83	153,50
4106	11C05V	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée sans CMA	-	18	1 136,25	202,09
4107	11C05W	Interventions transurétrales ou par voie transcutanée avec CMA	-	19	1 443,88	164,87
4108	11C06Z	Interventions sur l'urètre, âge inférieur à 18 ans	-	18	1 028,01	236,20
4109	11C07Z	Interventions sur l'urètre, âge supérieur à 17 ans	-	18	990,65	160,08
4110	11C08V	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires sans CMA	-	18	1 088,56	236,07
4111	11C08W	Autres interventions sur les reins et les voies urinaires avec CMA	-	31	1 774,84	125,67
4250	11M01S	Affections des reins et des voies urinaires, avec CMAS	-	37	1 789,28	107,94
4251	11M02V	Lithiases urinaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	8	664,31	185,23
4252	11M02W	Lithiases urinaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	910,11	133,00
4253	11M03V	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans sans CMA	-	11	520,37	107,19
4254	11M03W	Infections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	13	1 143,95	178,74
4255	11M04V	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	14	544,58	105,10
4256	11M04W	Infections des reins et des voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	23	994,94	95,79
4257	11M05V	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	494,02	61,43
4258	11M05W	Insuffisance rénale, avec dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	39	855,83	49,21
4259	11M06V	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	661,82	116,17
4260	11M06W	Insuffisance rénale, sans dialyse, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	30	1 272,38	94,37
4261	11M07V	Tumeurs des reins et des voies urinaires sans CMA	-	21	1 062,82	112,47
4262	11M07W	Tumeurs des reins et des voies urinaires avec CMA	-	32	1 604,92	110,44
4263	11M08Z	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	-	18	1 086,63	190,79
4264	11M09V	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	18	764,79	137,59
4265	11M09W	Autres affections des reins et des voies urinaires, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	22	1 127,86	115,32
4266	11M10V	Rétrécissement urétral, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	15	700,19	154,97
4267	11M10W	Rétrécissement urétral, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 049,89	139,26
4268	11M11Z	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge inférieur à 18 ans	-	17	1 009,04	236,86
4269	11M12V	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	15	510,67	118,85
4270	11M12W	Signes et symptômes concernant les reins et les voies urinaires, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	18	835,15	103,22
4500	12C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital masculin, avec CMAS	3	47	3 058,92	145,16
4501	12C02Z	Interventions pelviennes majeures chez l'homme	4	26	2 425,18	173,82
4502	12C03Z	Interventions sur le pénis	-	18	1 138,99	180,33
4503	12C04V	Prostatectomies transurétrales sans CMA	-	17	1 551,93	180,06
4504	12C04W	Prostatectomies transurétrales avec CMA	3	24	1 820,35	164,10
4505	12C05Z	Interventions sur les testicules pour des tumeurs malignes	-	18	1 010,87	176,90
4506	12C06Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	-	6	740,77	218,06
4507	12C07Z	Interventions sur les testicules pour des affections non malignes, âge supérieur à 17 ans	-	10	780,69	171,27
4508	12C08Z	Circoncisions	-	11	636,64	168,60

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
4509	12C09Z	Autres interventions pour tumeurs malignes de l'appareil génital masculin	-	24	1 626,40	148,57
4510	12C10Z	Autres interventions pour des affections non malignes de l'appareil génital masculin	-	18	1 307,46	163,21
4750	12M02V	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	14	530,03	104,93
4751	12M02W	Infections et inflammations de l'appareil génital masculin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	17	729,62	97,67
4752	12M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin sans CMA	-	18	858,43	119,39
4753	12M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital masculin avec CMA	-	31	1 536,06	110,09
4754	12M04V	Hypertrophie prostatique bénigne, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	13	556,24	143,98
4755	12M04W	Hypertrophie prostatique bénigne, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	19	937,18	110,15
4756	12M05Z	Autres affections de l'appareil génital masculin	-	18	713,99	151,34
4900	13C01S	Interventions pour affections de l'appareil génital féminin, avec CMAS	-	33	2 188,89	147,86
4901	13C02V	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies, sans CMA	4	21	1 938,52	172,00
4902	13C02W	Exentérations pelviennes, hystérectomies élargies ou vulvectomies, avec CMA	4	34	2 547,13	163,79
4903	13C03V	Hystérectomies, âge inférieur à 70 ans sans CMA	4	13	1 542,28	179,02
4904	13C03W	Hystérectomies, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	23	1 805,06	170,04
4905	13C04V	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	1 165,74	203,73
4906	13C04W	Interventions réparatrices sur l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	20	1 498,21	167,13
4907	13C05Z	Interventions sur le système utéroannexiel pour des tumeurs malignes	-	25	1 774,20	159,47
4908	13C06Z	Interruptions tubaires pour des affections non malignes	-	11	1 094,94	227,09
4909	13C07V	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	14	1 114,45	217,26
4910	13C07W	Interventions sur le système utéroannexiel pour des affections non malignes, autres que les interruptions tubaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 352,27	179,97
4911	13C08V	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	9	696,71	189,12
4912	13C08W	Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	19	1 187,46	138,63
4913	13C09Z	Laparoscopies ou coéloscopies diagnostiques	-	11	861,06	217,69
4914	13C10Z	Ligatures tubaires par laparoscopie ou coéloscopie	-	6	830,92	255,43
4915	13C11Z	Dilatations et curetages, conisations pour tumeurs malignes	-	8	671,69	188,23
4916	13C12Z	Dilatations et curetages, conisations pour des affections non malignes	-	6	631,58	192,85
4917	13C13Z	Autres interventions sur l'appareil génital féminin	-	19	1 432,15	161,89
5200	13M02Z	Infections de l'appareil génital féminin	-	18	656,59	113,48
5201	13M03V	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin sans CMA	-	20	1 097,83	121,75
5202	13M03W	Tumeurs malignes de l'appareil génital féminin avec CMA	-	39	2 053,45	115,57
5203	13M04V	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	10	721,72	198,61
5204	13M04W	Autres affections de l'appareil génital féminin, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	18	1 000,38	131,41
5300	14C02A	Césariennes sans complication significative	5	13	1 772,03	178,32
5301	14C02B	Césariennes avec autres complications	4	28	2 054,28	162,47
5302	14C02C	Césariennes avec complications majeures	5	36	2 527,27	154,39
5303	14C03Z	Accouchements par voie basse avec autres interventions	3	18	2 772,81	278,54
5304	14C04Z	Affections du post-partum ou du post abortum avec intervention chirurgicale	-	15	1 032,91	186,39

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
5305	14C05Z	Avortements avec aspiration ou curetage ou hystérotomie	–	8	629,21	179,07
5450	14M02Z	Affections médicales du <i>post-partum</i> ou du <i>post-abortum</i>	–	18	670,52	119,44
5451	14Z02A	Accouchements par voie basse sans complication significative	–	8	1 431,35	218,47
5452	14Z02B	Accouchements par voie basse avec autres complications	–	15	1 576,23	196,20
5453	14Z02C	Accouchements par voie basse avec complications majeures	–	22	1 750,88	173,34
5454	14Z03A	Affections de l' <i>ante-partum</i> , avec ou sans intervention chirurgicale, sans complications	–	18	697,42	112,75
5455	14Z03B	Affections de l' <i>ante-partum</i> , avec ou sans intervention chirurgicale, avec complications	–	21	978,97	101,57
5456	14Z04Z	Avortements sans aspiration, ni curetage, ni hystérotomie	–	12	657,84	143,07
5457	14Z05Z	Grossesses ectopiques	–	11	1 151,91	237,18
5458	14Z06Z	Menaces d'avortement	–	18	730,47	109,22
5459	14Z07Z	Faux travail	–	18	708,72	104,12
5800	15Z02Z	Autres problèmes postnéonataux précoces	–	50	1 406,56	62,67
5801	15Z03Z	Transferts précoces de nouveau-nés vers un autre établissement	–	4	404,91	126,68
5802	15Z04E	Nouveau-nés de 1500 g et plus, décédés	–	18	2 212,57	287,21
5803	15Z05A	Nouveau-nés de 2500 g et plus, sans problème significatif	–	8	201,23	30,25
5804	15Z05B	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec autre problème significatif	–	12	345,68	40,80
5805	15Z05C	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème sévère	–	15	838,72	95,40
5806	15Z05D	Nouveau-nés de 2500 g et plus, avec problème majeur	–	20	1 242,87	134,19
5807	15Z06A	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, sans problème significatif	3	18	655,05	71,34
5808	15Z06B	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec autre problème significatif	3	24	1 156,47	106,31
5809	15Z06C	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème sévère	3	30	1 545,66	112,53
5810	15Z06D	Nouveau-nés de 2000 g à 2499 g, avec problème majeur	4	37	2 468,68	146,75
5811	15Z07A	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, sans problème significatif	–	34	1 803,26	116,04
5812	15Z07B	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec autre problème significatif	3	55	2 876,91	112,61
5813	15Z07C	Nouveau-nés de 1500 g à 1999 g, avec problème majeur ou sévère	–	76	3 974,52	116,40
5814	15Z08A	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, sortis en vie	–	66	4 377,42	148,58
5815	15Z08E	Nouveau-nés de 1000 g à 1499 g, décédés	–	17	2 953,12	664,45
5816	15Z09A	Nouveau-nés de moins de 1000 g, sortis en vie	–	62	6 206,51	225,16
5817	15Z09E	Nouveau-nés de moins de 1000 g, décédés	–	18	2 250,73	319,36
6100	16C01S	Interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	–	56	4 931,42	196,51
6101	16C02Z	Interventions sur la rate	3	30	2 391,83	174,92
6102	16C03V	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques sans CMA	–	15	891,95	180,58
6103	16C03W	Autres interventions pour affections du sang et des organes hématopoïétiques avec CMA	3	18	1 278,18	155,41
6150	16M01S	Affections du sang et des organes hématopoïétiques, avec CMAS	–	37	2 451,99	147,33
6151	16M02V	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire sans CMA	–	18	809,39	116,79
6152	16M02W	Affections du système réticuloendothélial ou immunitaire avec CMA	–	26	1 292,60	111,70
6153	16M03V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans sans CMA	–	18	1 087,06	160,27
6154	16M03W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge inférieur à 18 ans avec CMA	–	18	2 026,71	260,58

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
6155	16M04V	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	961,63	184,14
6156	16M04W	Troubles de la lignée érythrocytaire, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	24	1 563,05	140,97
6157	16M05V	Troubles de la coagulation, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	1 266,87	182,91
6158	16M05W	Troubles de la coagulation, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	28	1 708,91	136,34
6300	17C01S	Interventions pour affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	3	70	4 573,92	145,35
6301	17C02V	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	-	20	1 561,43	171,95
6302	17C02W	Interventions majeures au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	-	29	2 244,33	168,81
6303	17C03V	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies sans CMA	-	18	1 106,88	162,19
6304	17C03W	Autres interventions au cours de lymphomes ou de leucémies avec CMA	-	27	1 707,63	137,61
6305	17C04V	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, sans CMA	-	28	2 137,80	166,09
6306	17C04W	Interventions majeures pour affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMA	3	44	3 224,51	162,71
6307	17C05V	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus sans CMA	-	18	1 101,46	177,68
6308	17C05W	Autres interventions au cours d'affections myéloprolifératives ou de tumeurs de siège imprécis ou diffus avec CMA	-	24	1 528,35	143,17
6450	17K02Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales avec exploration endoscopique	-	16	740,44	181,40
6451	17K03Z	Curiethérapie et autres irradiations internes	-	9	544,21	124,12
6452	17K04Z	Autres irradiations	-	35	1 807,57	113,46
6453	17M01S	Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, avec CMAS	-	45	2 702,63	133,46
6454	17M02Z	Lymphomes ou leucémies, âge inférieur à 18 ans	-	11	3 771,52	942,88
6455	17M03V	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	23	1 321,95	124,84
6456	17M03W	Lymphomes ou leucémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	40	2 274,21	126,52
6457	17M04Z	Antécédents ou suspicion d'affections tumorales sans exploration endoscopique	-	18	769,39	113,33
6458	17M05Z	Chimiothérapie pour leucémie aiguë	-	18	2 074,55	278,67
6459	17M06V	Chimiothérapie pour autre tumeur, sans CMA	-	18	1 045,94	148,30
6460	17M06W	Chimiothérapie pour autre tumeur, avec CMA	-	22	1 375,97	136,52
6461	17M07V	Autres affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	969,33	166,29
6462	17M07W	Autres affections myéloprolifératives ou tumeurs de siège imprécis ou diffus, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 646,86	124,01
6700	18C02V	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires sans CMA	-	25	1 442,46	127,81
6701	18C02W	Interventions pour maladies infectieuses ou parasitaires avec CMA	-	48	2 550,84	117,25
6750	18M02V	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans sans CMA	-	9	435,79	113,09
6751	18M02W	Maladies virales et fièvres d'étiologie indéterminée, âge inférieur à 18 ans avec CMA	3	18	1 200,85	166,78
6752	18M03Z	Maladies virales, âge supérieur à 17 ans	-	18	820,88	106,49
6753	18M04V	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	18	654,88	100,45
6754	18M04W	Fièvres d'étiologie indéterminée, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	24	1 140,58	106,66
6755	18M05V	Infections postopératoires et posttraumatiques sans CMA	-	21	941,91	100,32
6756	18M05W	Infections postopératoires et posttraumatiques avec CMA	-	34	1 535,47	101,13

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
6757	18M06Z	Septicémies, âge inférieur à 18 ans	-	40	1 684,11	93,56
6758	18M07V	Septicémies, âge supérieur à 17 ans sans CMA	-	32	1 379,81	96,55
6759	18M07W	Septicémies, âge supérieur à 17 ans avec CMA	-	42	2 002,86	106,04
6760	18M08V	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	739,41	98,58
6761	18M08W	Autres maladies infectieuses ou parasitaires, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	29	1 297,03	98,95
6762	18Z01S	Maladies infectieuses et parasitaires, avec CMAS, avec ou sans acte	-	55	2 804,32	113,37
7000	19C02Z	Interventions chirurgicales avec un diagnostic principal de maladie mentale	-	27	1 650,31	134,73
7050	19M02V	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	23	947,20	90,54
7051	19M02W	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	33	1 289,38	85,93
7052	19M03Z	Troubles de la personnalité et du comportement avec réactions impulsives	-	34	1 392,14	91,81
7053	19M04Z	Psychoses, âge supérieur à 80 ans	-	43	1 626,52	83,72
7054	19M05Z	Psychoses, âge inférieur à 81 ans	-	41	1 609,11	87,22
7055	19M06V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans sans CMA	-	34	1 321,47	86,66
7056	19M06W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge supérieur à 80 ans avec CMA	-	43	1 649,42	86,07
7057	19M07V	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans sans CMA	-	28	1 143,03	89,73
7058	19M07W	Troubles mentaux d'origine organique et retards mentaux, âge inférieur à 81 ans avec CMA	3	37	1 551,30	92,60
7059	19M08Z	Maladies et troubles mentaux de l'enfance	-	12	942,66	208,31
7060	19M09Z	Autres troubles mentaux	-	23	948,72	89,28
7061	19M10Z	Névroses autres que les névroses dépressives	-	21	885,09	94,01
7062	19M11V	Névroses dépressives, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	32	1 316,42	90,64
7063	19M11W	Névroses dépressives, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	38	1 502,69	88,84
7250	20Z02Z	Toxicomanies non éthyliques avec dépendance	-	29	1 257,34	94,85
7251	20Z03Z	Abus de drogues non éthyliques sans dépendance	-	19	826,92	95,80
7252	20Z04Z	Ethylisme avec dépendance	-	36	1 425,01	87,75
7253	20Z05Z	Ethylisme aigu	-	18	774,53	93,35
7254	20Z06V	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	21	983,67	103,73
7255	20Z06W	Troubles mentaux organiques induits par l'alcool ou d'autres substances, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	3	32	1 369,53	94,44
7400	21C01S	Interventions pour traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	-	77	6 155,42	177,63
7401	21C02Z	Greffes de peau pour lésions autres que des brûlures	-	18	1 672,65	209,20
7402	21C03Z	Parages de plaies pour lésions autres que des brûlures	-	25	1 763,49	158,22
7403	21C04Z	Interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures	-	18	1 882,75	296,50
7404	21C05V	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte sans CMA	-	25	1 680,98	148,59
7405	21C05W	Autres interventions pour blessures ou complications d'acte avec CMA	-	44	2 908,76	145,53
7550	21M01S	Traumatismes, allergies et empoisonnements, avec CMAS	-	40	1 763,25	98,09
7551	21M02Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge inférieur à 18 ans	-	18	772,41	177,01
7552	21M03V	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	443,02	100,06
7553	21M03W	Effets toxiques des médicaments et autres produits, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	25	1 071,13	96,37
7554	21M04Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge inférieur à 18 ans	-	4	566,37	152,92

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
7555	21M05Z	Réactions allergiques non classées ailleurs, âge supérieur à 17 ans	-	15	500,35	100,74
7556	21M06Z	Traumatismes complexes, âge inférieur à 18 ans	-	13	635,34	147,88
7557	21M07V	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans sans CMA	-	18	643,92	129,51
7558	21M07W	Traumatismes complexes, âge de 18 à 69 ans avec CMA, ou âge supérieur à 69 ans	-	23	1 023,19	96,72
7559	21M08V	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge inférieur à 70 ans sans CMA	-	18	556,06	108,27
7560	21M08W	Autres traumatismes et effets nocifs autres que les intoxications, âge supérieur à 69 ans et/ou CMA	-	22	1 108,97	108,76
7561	21M09V	Complications iatrogéniques non classées ailleurs sans CMA	-	18	870,02	119,79
7562	21M09W	Complications iatrogéniques non classées ailleurs avec CMA	-	26	1 310,01	110,26
7800	22C02Z	Brûlures non étendues avec greffe cutanée	-	32	7 704,67	537,73
7801	22C03Z	Brûlures non étendues avec parages de plaie ou autres interventions chirurgicales	-	22	4 551,25	458,86
7850	22M02Z	Brûlures non étendues sans intervention chirurgicale	-	21	1 134,94	120,48
7900	23C02Z	Interventions chirurgicales avec autres motifs de recours aux services de santé	-	18	1 307,56	166,23
7950	23M02Z	Rééducation	3	69	2 268,76	73,38
7951	23M03V	Signes et symptômes sans CMA	-	21	944,71	97,99
7952	23M03W	Signes et symptômes avec CMA	-	33	1 539,83	102,46
7953	23M04Z	Suivi thérapeutique avec antécédent d'affections malignes	-	18	782,52	100,33
7954	23M05Z	Suivi thérapeutique sans antécédent d'affections malignes	-	18	807,80	102,06
7955	23M06Z	Autres facteurs influant sur l'état de santé	-	18	830,30	110,14
7956	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte	-	35	2 844,61	151,98
7957	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte dans une USP	-	35	3 982,46	177,19
7958	23Z02Z	Soins palliatifs, avec ou sans acte dans un lit identifié	-	35	3 698,00	162,98
8000	24C01Z	Libérations du canal carpien : séjours de moins de 2 jours			445,19	
8001	24C02Z	Affections de la CMD01 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD01			559,06	
8002	24C03Z	Interventions sur le cristallin : séjours de moins de 2 jours			1 064,06	
8003	24C04Z	Affections de la CMD02 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD02			507,70	
8004	24C05Z	Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies : séjours de moins de 2 jours			391,69	
8005	24C06Z	Drains transtympaniques : séjours de moins de 2 jours			465,80	
8006	24C07Z	Affections de la CMD03 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD03			555,46	
8007	24C08Z	Affections de la CMD04 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD04			472,18	
8008	24C09Z	Ligatures de veines et éveinages : séjours de moins de 2 jours			624,35	
8009	24C10Z	Affections de la CMD05 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD05			660,94	
8010	24C11Z	Interventions réparatrices pour hernies abdominales : séjours de moins de 2 jours			631,74	
8011	24C12Z	Interventions sur le rectum et l'anus : séjours de moins de 2 jours			436,72	
8012	24C13Z	Affections de la CMD06 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD06			526,56	
8013	24C14Z	Affections de la CMD07 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD07			793,45	
8014	24C15Z	Résections osseuses localisées et ablations de matériel de fixation : séjours de moins de 2 jours			387,73	
8015	24C16Z	Interventions sur la main : séjours de moins de 2 jours			574,40	
8016	24C17Z	Arthroscopies : séjours de moins de 2 jours			601,17	
8017	24C18Z	Affections de la CMD08 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD08			490,27	

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
8018	24C19Z	Affections de la CMD09 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD09			413,90	
8019	24C20Z	Affections de la CMD10 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD10			599,09	
8020	24C21Z	Interventions transurétrales, sauf prostatectomie : séjours de moins de 2 jours			562,29	
8021	24C22Z	Affections de la CMD11 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD11			455,33	
8022	24C23Z	Interventions sur les testicules : séjours de moins de 2 jours			500,95	
8023	24C24Z	Circoncisions : séjours de moins de 2 jours			376,79	
8024	24C25Z	Affections de la CMD12 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD12			411,63	
8025	24C26Z	Interventions sur le système utéroannexiel : séjours de moins de 2 jours			382,50	
8026	24C27Z	Interventions sur la vulve, le vagin et le col utérin : séjours de moins de 2 jours			325,47	
8027	24C28Z	Dilatations et curetages en dehors de la grossesse, conisations : séjours de moins de 2 jours			382,01	
8028	24C29Z	Affections de la CMD13 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD13			611,06	
8029	24C30Z	Dilatations et curetages au cours de la grossesse en dehors des interruptions volontaires : séjours de moins de 2 jours			338,95	
8030	24C31Z	Affections de la CMD14 : séjours de moins de 2 jours, avec autre acte opératoire de la CMD14			465,64	
8031	24C32Z	Affections de la CMD16 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD16			369,50	
8032	24C33Z	Affections de la CMD17 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			412,61	
8033	24C34Z	Affections de la CMD18 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			424,73	
8034	24C35Z	Affections de la CMD19 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			414,77	
8035	24C36Z	Affections de la CMD21 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD21			711,51	
8036	24C37Z	Affections de la CMD22 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire de la CMD22			431,46	
8037	24C38Z	Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, avec acte opératoire			435,12	
8250	24K01Z	Greffes d'organes : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD27			351,72	
8251	24K02Z	Endoscopies avec anesthésie : séjours de moins de 2 jours			401,55	
8252	24K03Z	Endoscopies sans anesthésie : séjours de moins de 2 jours			176,75	
8253	24K04Z	Mise en place de certains accès vasculaires : séjours de moins de 2 jours			376,24	
8254	24K05Z	Explorations nocturnes et apparentées : séjours de moins de 2 jours			109,10	
8255	24K06Z	Affections de la bouche et des dents avec certaines extractions, réparations et prothèses dentaires : séjours de moins de 2 jours			423,43	
8256	24K07Z	Cathétérismes cardiaques ou coronarographies : séjours de moins de 2 jours			841,48	
8257	24K08Z	Affections de la CMD08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD08, avec anesthésie			327,37	
8258	24K09Z	Affections de la CMD09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD09, avec anesthésie			363,37	
8259	24K10Z	Lithotritie extracorporelle de l'appareil urinaire : séjours de moins de 2 jours			648,16	
8260	24K11Z	Affections de la CMD13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD13, avec anesthésie			316,23	
8261	24K12Z	Affections de la CMD17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie			358,75	
8262	24K13Z	Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire, avec anesthésie			309,69	
8263	24M01Z	Convulsions, épilepsies et céphalées : séjours de moins de 2 jours			193,97	
8264	24M02Z	Commotions cérébrales : séjours de moins de 2 jours			123,43	
8265	24M03Z	Affections de la CMD01 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD01			336,89	
8266	24M04Z	Affections de la CMD02 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD02			388,34	
8267	24M05Z	Otitis moyennes et infections des voies aériennes supérieures : séjours de moins de 2 jours			298,40	
8268	24M06Z	Affections de la CMD03 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD03			278,61	

GHS	GHM	GHM LIBELLÉS	BORNE basse	BORNE haute	TARIF (euros)	EXH (euros)
8269	24M07Z	Bronchites et asthme : séjours de moins de 2 jours			174,05	
8270	24M08Z	Affections de la CMD04 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD04			190,40	
8271	24M09Z	Arythmies et troubles de la conduction cardiaque : séjours de moins de 2 jours			233,98	
8272	24M10Z	Affections de la CMD05 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD05			385,54	
8273	24M11Z	Gastroentérites et maladies diverses du tube digestif : séjours de moins de 2 jours			167,64	
8274	24M12Z	Affections de la CMD06 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD06			256,28	
8275	24M13Z	Affections de la CMD07 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD07			286,02	
8276	24M14Z	Pathologies rachidiennes relevant d'un traitement médical : séjours de moins de 2 jours			180,89	
8277	24M15Z	Fractures, entorses et luxations : séjours de moins de 2 jours, sans anesthésie			238,34	
8278	24M16Z	Affections de la CMD08 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD08			242,77	
8279	24M17Z	Traumatismes de la peau et des tissus sous-cutanés : séjours de moins de 2 jours			193,48	
8280	24M18Z	Affections de la CMD09 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD09			266,78	
8281	24M19Z	Affections de la CMD10 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD10			151,49	
8282	24M20Z	Lithiases urinaires : séjours de moins de 2 jours			146,36	
8283	24M21Z	Affections de la CMD11 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD11			205,26	
8284	24M22Z	Affections de la CMD12 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD12			258,83	
8285	24M23Z	Affections de la CMD13 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD13			199,18	
8286	24M24Z	Affections de l'ante partum : séjours de moins de 2 jours			124,15	
8287	24M25Z	Affections de la CMD14 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD14			144,21	
8288	24M26Z	Affections de la CMD16 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD16			408,82	
8289	24M27Z	Affections de la CMD17 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			274,63	
8290	24M28Z	Affections de la CMD18 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			214,60	
8291	24M29Z	Troubles aigus de l'adaptation et du fonctionnement psychosocial : séjours de moins de 2 jours			133,39	
8292	24M30Z	Affections de la CMD19 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			179,41	
8293	24M31Z	Effets toxiques des médicaments et autres produits : séjours de moins de 2 jours			228,60	
8294	24M32Z	Affections de la CMD21 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD21			289,15	
8295	24M33Z	Affections de la CMD22 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire de la CMD22			180,57	
8297	24M35Z	Autres motifs de recours chez un patient diabétique : séjours de moins de 2 jours			87,63	
8298	24M36Z	Motifs de recours de la CMD23 : séjours de moins de 2 jours, sans acte opératoire			209,77	
8300	24Z02Z	Chimiothérapie pour tumeur, en séances			311,11	
8306	24Z08Z	Transfusion, en séances			451,33	
8307	24Z09E	Infarctus du myocarde avec décès : séjours de moins de 2 jours			1 319,50	
8308	24Z10E	Nouveau-nés décédés : séjours de moins de 2 jours			196,46	
8309	24Z11E	Autres décès : séjours de moins de 2 jours			496,61	
8310	24Z12Z	Transferts de nouveau-nés vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours			174,97	
8311	24Z13Z	Brûlures avec transfert vers un autre établissement : séjours de moins de 2 jours			365,51	
8312	24Z14Z	Autres transferts : séjours de moins de 2 jours			551,19	
8314	24Z16Z	Affections de la CMD15 : séjours de moins de 2 jours			169,98	
8315	24Z17Z	Ethylisme aigu : séjours de moins de 2 jours			108,13	
8316	24Z18Z	Affections de la CMD20 : séjours de moins de 2 jours			153,69	
8700	25C02Z	Interventions pour maladie due au VIH	-	18	3 118,07	417,60
8750	25M02A	Autres maladies dues au VIH	-	32	1 470,68	102,27
8751	25M02B	Maladies dues au VIH, avec une seule complication infectieuse	-	19	1 638,35	188,32
8752	25M02C	Maladies dues au VIH, avec plusieurs complications infectieuses	-	36	2 649,54	165,60
8753	25Z02E	Maladies dues au VIH, avec décès	4	72	4 487,46	140,23
8800	26C01S	Interventions pour traumatismes multiples graves, avec CMAS	5	85	11 518,86	242,50
8801	26C02Z	Interventions pour traumatismes multiples graves, sans CMAS	4	62	6 282,27	227,20
8850	26M01S	Traumatismes multiples graves, avec CMAS	-	88	7 217,60	184,54
8851	26M02Z	Traumatismes multiples graves, sans CMAS	-	36	3 015,06	184,20
9900	90H02Z	Reclassement des séjours en hospitalisation complète mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal	-	18	1 397,93	167,21
9901	90H03Z	Reclassement des séjours de moins de 2 jours mentionnant un acte sans relation avec le diagnostic principal			425,17	

ANNEXE II

TARIFS DES FORFAITS « GROUPES HOMOGÈNES DES TARIFS »

CODES PRESTATION	TARIFS EN €
GHT1	53,66
GHT2	69,68
GHT3	85,70
GHT4	101,72
GHT5	117,74
GHT6	133,76
GHT7	149,78
GHT8	165,80
GHT9	181,82
GHT10	197,84
GHT11	213,86
GHT12	229,87
GHT13	245,89
GHT14	261,91
GHT15	277,93
GHT16	293,95
GHT17	309,97
GHT18	325,99
GHT19	342,01
GHT20	358,03
GHT21	374,05
GHT22	390,07
GHT23	406,09
GHT24	422,10
GHT25	438,12
GHT26	454,14
GHT27	470,16
GHT28	486,18

CODES PRESTATION	TARIFS EN €
GHT29	502,20
GHT30	518,22
GHT31	534,24

ANNEXE III

TARIFS DES FORFAITS DIALYSE

Liste des forfaits dénommés « dialyse » mentionnés à l'annexe VIII de l'arrêté du 31 janvier 2005

CODE PRESTATION	LIBELLÉ	TARIF EN €
D01	Hémodialyse en centre	296,23
D02	Autodialyse (simple ou assistée)	218,72
D03	Entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	352,17
D04	Entraînement à la DPA	360,80
D05	Entraînement à la DPCA	335,97
D06	Hémodialyse à domicile	190,79
D07	Dialyse péritonéale automatisée (DPA)	641,22
D08	Dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	497,99

Liste des forfaits dénommés « dialyse » mentionnés à l'annexe 2 de l'arrêté du 31 janvier 2005

CODE PRESTATION	LIBELLÉ	TARIF EN €
D09	Forfait d'hémodialyse en centre	296,23
D10	Forfait d'hémodialyse en centre pour enfants	343,83
D11	Forfait d'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée	255,00
D12	Forfait d'autodialyse simple	218,72
D13	Forfait d'autodialyse assistée	224,57
D14	Forfait d'hémodialyse à domicile	190,79
D15	Forfait de dialyse péritonéale automatisée (DPA)	641,22
D16	Forfait de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA)	497,99
D17	Forfait d'entraînement à l'hémodialyse à domicile et à l'autodialyse	352,17

CODE PRESTATION	LIBELLÉ	TARIF EN €
D18	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale automatisée	360,80
D19	Forfait d'entraînement à la dialyse péritonéale continue ambulatoire	335,97

s d'hospitalisation nationaux par séjour, une facturation des consommations de médicaments et dispositifs médicaux sur des bases de responsabilité et des financements complémentaires for...

peut être atteint qu'à l'issue de la période de transition et la campagne budgétaire présente encore en 2005 des caractéristiques distinctes entre les deux secteurs. Les activités non encore tarifées (psychiatrie, soins de suite et de rééducation...) restent...

de santé antérieurement financés par dotation globale

NOR : SANH0530156C

te d'application : immédiate.

ctes de références :

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

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

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

Décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé ;

Arrêté du 31 janvier 2005 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.

nnexes :

Annexe I : dotations régionales des DAF ;

Annexe II : dotations régionales de financement des MIGAC ;

Annexe III : dotations régionales des DAC ;

Annexe IV : tarifs et forfaits annuels ;

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

Annexe VIII : modalités de valorisation des MIGAC ;

Annexe IX : modalités de fixation des MERRI ;

Annexe X : adaptation du cadre budgétaire et comptable ;

Annexe XI : présentation des plans de santé publique.

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

La nouvelle étape de la réforme du mode de financement des établissements de santé engagée au 1^{er} janvier 2005 se traduit par un changement fondamental dans la gestion de la campagne budgétaire : les dépenses d'assurance maladie couvrant les frais d'hospitalisation dans les établissements de santé sont désormais suivies dans le cadre de quatre objectifs distincts dont deux sont communs à tous les établissements de court séjour quel que soit leur statut : public, privé participant au service public hospitalier, privé à but non lucratif antérieurement sous dotation globale et privé à but non lucratif ou commercial antérieurement sous Objectif quantifié régional (OQN). Ces deux objectifs communs représentent près des trois quarts du montant total des objectifs concernant les établissements de santé. Dès 2005, les principales modalités de financement qui découlent de la tarification à l'activité sont appliquées à

fin à la notion de « dépenses hospitalières encadrées » pour les établissements antérieurement sous dotation globale modifie radicalement pour ce secteur les conditions de la campagne en inversant la logique de la construction budgétaire qui doit désormais reposer sur l'évolution des recettes et non plus sur l'autorisation de dépenses. La campagne budgétaire pour 2005 représente une évolution considérable, tant en ce qui concerne les modalités de détermination des ressources que les procédures budgétaires, qui nécessitent des retraitements très complexes pour parvenir à la construction de nouvelles bases que ce soit au niveau national, régional ou au niveau de l'établissement. La place très importante de cette phase de « reconstruction » et les modalités encore différentes de la période de transition expliquent que la campagne soit présentée séparément en 2005. La présente circulaire vous expose donc les modalités de gestion de la campagne budgétaire relatives au secteur antérieurement financé par dotation globale et vous notifie les dotations régionales correspondant aux nouvelles dotations qu'ils vous appartient de fixer pour ce secteur.

I. – LES OBJECTIFS DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1.1. La définition des objectifs

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

a) Deux objectifs communs aux deux secteurs public et privé

Les dépenses d'assurance maladie correspondant aux activités

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

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

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

b) Un objectif propre au secteur antérieurement sous dotation globale

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

1.2. La détermination des bases

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