

# Coordination Nationale Infirmière

## Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité

---

NOR : SANH0421476A

---

Le ministre de la santé et de la protection sociale,

Vu le [code de la santé publique](#), notamment ses articles L. 6113-7, L. 6113-8 et R. 710-5-2 ;

Vu la [loi no 2003-1199](#) du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, notamment son article 34 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 11 février 2004 ;

Vu la saisine de la Commission nationale des accidents du travail et de maladies professionnelles en date du 5 février 2004,

Arrête :

### Article 1

Les tarifs de référence nationaux des forfaits couvrant les prestations d'hospitalisation déterminés dans les conditions définies à l'article 2, sur la base desquels est valorisée l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'[article L. 162-22-6](#) du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la loi du 18 décembre 2003 susvisée prise en compte pour le calcul du montant des dotations régionales et du montant des dépenses autorisées des établissements susmentionnés pour 2004, sont fixés en annexe 1.

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

### Article 2

I. - Les prestations de séjour et de soins avec ou sans hébergement sont couvertes par des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes homogènes de séjours » (GHS). Ils sont pris en compte pour chaque séjour et établis à partir d'une classification de séjours pour lesquels des moyens techniques, matériels et humains comparables ont été mis oeuvre pour la prise en charge du patient. Cette classification est celle établie en application de l'[article R. 710-5-2](#) du code de la santé publique.

Un seul GHS est pris en compte par séjour. Toutefois, lorsque les prestations de séjour et de soins délivrées au patient sont couvertes par un GHS autre qu'un des GHS figurant aux I des listes 1 et 2 de l'annexe 3, la réalisation d'un des actes figurant aux II de ces mêmes listes donne lieu à prise en compte d'un GHS supplémentaire couvrant les prestations afférentes à ces actes.

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

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

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

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

Dès lors que le patient est présent plus de 24 heures, puis à chaque fois qu'il est présent à zéro heure dans une unité de réanimation, qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 5 ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectués, un supplément journalier spécifique, dénommé « réanimation » (REA), dont le tarif est fixé au II de l'annexe 1, est pris en compte en sus du GHS et, le cas échéant, du EXH.

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

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

Le séjour de soins palliatifs correspondants au « groupe homogène de malades » (GHM) 23Z02Z ne donnent lieu à prise en compte d'un GHS no 7957 que lorsqu'ils ont lieu dans une unité de soins palliatifs ou des lits dédiés à cette activité reconnus par contrat entre

l'établissement et l'agence régionale de l'hospitalisation.

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

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

IV. - Dans les services de consultations externes, les actes effectués sont pris en compte dans les conditions prises en application de l'[article L. 162-1-7](#) du code de la sécurité sociale.

Article 3

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

Article 4

Le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et le directeur de la sécurité sociale au ministère de la santé et de la protection sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 août 2004.

Philippe Douste-Blazy

## A N N E X E 1

### TARIFS DES PRESTATIONS D'HOSPITALISATION

I. - Tarifs des prestations de séjour et de soins

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## II. - Tarif du supplément journalier

spécifique de réanimation

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## III. - Tarifs du forfait annuel urgence

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

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

## IV. - Tarif de la prestation d'accueil

et de traitement des urgences

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## V. - Tarifs du forfait annuel

de coordination des prélèvements d'organes

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## A N N E X E 2

### ZONES D'APPLICATION DU COEFFICIENT GÉOGRAPHIQUE

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## A N N E X E 3

## LISTES DES ACTES DE DIALYSE ET DE RADIOTHÉRAPIE

### Liste 1 : Valorisation des séances de dialyse

#### I. - GHS incluant la valorisation de la séance de dialyse

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

#### II. - Actes permettant la valorisation

d'une séance de dialyse en hospitalisation

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

### Liste 2 : Valorisation des séances de radiothérapie

#### I. - GHS incluant la valorisation de la radiothérapie

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

#### II. - Actes permettant la valorisation

d'une séance de radiothérapie

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

A N N E X E 4

## LISTE DES GHS EN SUS DESQUELS AUCUN SUPPLÉMENT JOURNALIER SPÉCIFIQUE DE RÉANIMATION NE PEUT ÊTRE VALORISÉ

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

### A N N E X E 5

Liste 1 : Actes marqueurs de suppléance vitale

pour lesquels une occurrence suffit

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

Liste 2 : Liste des actes marqueurs de suppléance vitale

pour lesquels il faut au moins trois occurrences

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

### A N N E X E 6

## LISTE DES SPÉCIALITÉS PHARMACEUTIQUES

Vous pouvez consulter le tableau dans le JO

n° 195 du 22/08/2004 texte numéro 13

## A N N E X E 7

### LISTE DES PRODUITS ET PRESTATIONS

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

Valves cardiaques.

Anneaux valvulaires.

Tubes ou conduits valvés.

Implants vasculaires de pontage droits.

Implants de pontage bifurqués ou multifurqués.

Implants endovasculaires coronariens.

Implants endovasculaires coronariens à libération de principe actif.

Implants endovasculaires pour lésions artérielles aortiques, rénales, iliaques ou fémorales.

Implants vasculaires d'embolisation artérielle.

Implants exovasculaires (type ombrelle) de fermeture de malformations congénitales.

Stimulateurs cardiaques simple chambre.

Stimulateurs cardiaques simple chambre à fréquence asservie.

Stimulateurs cardiaques double chambre.

Stimulateurs cardiaques double chambre à fréquence asservie.

Sondes de stimulation cardiaque.

Implants endovasculaires aortique abdominal.

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

Implants pour lésions carotidiennes.

Endoprothèses cérébrales.

Défibrillateurs cardiaques simple chambre.

Défibrillateurs cardiaques double chambre.

Défibrillateurs cardiaques triple chambre.

Sondes de défibrillation cardiaque.

Coeurs artificiels.

Implants pour lésions artérielles rénales.

Implants pour lésion artérielle aortique abdominale ou thoracique.

Stimulateurs cardiaques triple chambre (multisites) à stimulation biventriculaire.