

Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

VERSION EN VIGUEUR AU 22/07/2026

Article 7

VERSION EN VIGUEUR DU 01/01/2026 AU 01/01/2027

Modifié par Arrêté du 29 décembre 2025 - art. 1

A la facturation d'un GHS peut s'ajouter la facturation de suppléments dans les conditions définies ci-après :

1° Lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie, un des suppléments suivants est facturé :

a) Un supplément dénommé " réanimation " (REA) pour chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité de réanimation autorisée et qu'il présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15 et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 7 y a été effectué, ou que trois occurrences d'au moins un des actes de la liste 2 figurant à la même annexe y ont été effectuées. Pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte.

b) Un supplément dénommé " réanimation pédiatrique " (REP) pour chaque journée où le patient de moins de 18 ans est pris en charge dans une unité de réanimation pédiatrique ou de réanimation pédiatrique spécialisée ou de recours autorisée et que les conditions mentionnées au c du 2° sont remplies.

c) Un supplément dénommé " soins intensifs " (STF) pour chaque journée où le patient est pris en charge soit :

-dans une unité de réanimation autorisée et que les conditions définies aux a et b du présent 1° ne sont pas remplies ;

- dans une unité de soins intensifs de spécialité autorisée ou reconnue par contrat conclu entre l'établissement et l'agence régionale de santé, y compris dans une chambre d'une unité d'hématologie équipée d'un système de traitement et de contrôle de l'air réduisant les risques de contamination microbienne par voie aérienne ;
- dans une unité de soins intensifs polyvalents ou polyvalents dérogatoires autorisée et que l'une des conditions suivantes est remplie :
 - le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément mentionné au a ou au b du présent 1° ;
 - le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge, et le diagnostic établi correspond à l'un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 ou pour les enfants de moins de 18 ans fixé par la liste 3, figurant en annexe 8 du présent arrêté. Pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte ;
 - le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15, après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
- un acte de la liste 2 établie en annexe 8 du présent arrêté a été effectué.

Les établissements pratiquant l'activité de soins critiques adulte ou pédiatrique à la date d'ouverture de la période de dépôt de demande d'autorisation mentionnée à l'article R. 6122-28 du code de la santé publique dans les conditions prévues à l'article R. 6122-29 du même code peuvent facturer les suppléments mentionnés aux a, b et c du présent 1°, s'il y a lieu, à compter de la notification de leur autorisation.

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

- le patient a été directement transféré depuis une unité de réanimation autorisée et sa prise en charge dans cette unité a donné lieu à facturation du supplément mentionné au a ou au b ;
- le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 7, après déduction des points générés par le critère de l'âge, et le diagnostic établi correspond à l'un des diagnostics, associé le cas échéant à un acte, fixé par la liste 1 ou pour les enfants de moins de 18 ans fixé par la liste 3, figurant en annexe 8. Pour les patients de moins de 18 ans, la valeur de l'IGS n'est pas prise en compte ;
- le patient présente un indice de gravité simplifié (IGS) d'une valeur supérieure ou égale à 15, après déduction des points générés par le critère de l'âge ;
- un acte de la liste 2 établie en annexe 8 a été effectué.

2° Lorsque l'enfant est pris en charge en unité de néonatalogie ou de réanimation néonatale, un des suppléments suivants est facturé en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins, à l'exception du GHS 5903 :

a) Un supplément dénommé " néonatalogie " (NN1) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée ;

b) Un supplément dénommé " néonatalogie avec soins intensifs " (NN2) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge soit dans un lit de soins intensifs d'une unité de néonatalogie autorisée, soit dans un lit d'une unité de réanimation néonatale autorisée et que les conditions définies au c ne sont pas remplies ;

c) Un supplément dénommé " réanimation néonatale " (NN3) pour chaque journée où l'enfant est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée et qu'un des actes de la liste 1 figurant en annexe 7 y a été effectué, ou qu'une occurrence de l'acte de la liste 2 figurant à la même annexe y a été effectuée.

3° Un supplément dénommé " dialyse péritonéale " (DIP) est facturé en sus d'un GHS pour chaque journée où le patient sous dialyse péritonéale est hospitalisé au sein d'un établissement de santé, à l'exception des cas où ce GHS est l'un de ceux figurant sur la liste 2 fixée à l'annexe 5. Les séjours dont la date de sortie est égale à la date d'entrée ne peuvent donner lieu à facturation du supplément.

4° Lorsque la prise en charge de la patiente donne lieu à la production de l'un des GHM figurant sur la liste 1 fixée à l'annexe 12 et que le diagnostic établi correspond à un des diagnostics figurant sur la liste 2 de la même annexe, un supplément journalier dénommé " antepartum " (ANT) est facturé pour chaque journée de la période de l'antepartum, à l'exception des deux jours qui précèdent la date de l'accouchement.

5° La prise en charge d'un patient de moins de 18 ans pour une séance de radiothérapie donne lieu à la facturation d'un supplément au séjour dénommé " radiothérapie pédiatrique " (RAP) en sus d'un des GHS couvrant les prestations de séjour et de soins correspondant à une séance de radiothérapie de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe IV de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes.

6° A l'exception des cas où la prise en charge donne lieu à la production du GHM 05C191, 05C192, 05C193, 05C194 ou 05C19T, la réalisation de l'un des actes mentionnés à l'annexe 17 donne lieu à la facturation d'un supplément au séjour dénommé " Supplément défibrillateur cardiaque " (SDC) en sus du GHS couvrant les prestations de séjour et de soins.

7° Le transport d'un patient hospitalisé, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies par le décret pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale et correspondant à un transfert entre deux établissements de santé d'une durée supérieure à deux jours donne lieu à facturation d'un supplément au séjour dénommé transport définitif (TDE), modulé en fonction de la distance parcourue, par l'établissement depuis lequel le patient est transféré, en sus des forfaits mentionnés au 1° et 3° de l'article 1er couvrant les prestations de séjour et de soins.

8° Le transport d'un patient hospitalisé, pris en charge par les établissements de santé dans les conditions définies par le décret pris en application de l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale et correspondant à un transfert entre deux établissements de santé d'une durée inférieure à deux jours donne lieu à facturation d'un supplément au séjour, modulé en fonction de la distance parcourue, dénommé " transport séance " (TSE) :

-par l'établissement prestataire, en sus des forfaits mentionnés au 1° de l'article 1er, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe IV de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé, à l'exception des GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z, ou correspondant à un forfait de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée mentionné au 3° de l'article 1er ;

-par l'établissement prestataire, en sus des forfaits mentionnés au 3° de l'article 1er, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une prestation correspondant à l'un des forfaits mentionnés au 3° de l'article 1er et correspond à la catégorie définie au 1er alinéa de l'article 4 ter ;

-par l'établissement demandeur, en sus des forfaits mentionnés au 1° de l'article 1er, lorsque ce transfert a pour objet la réalisation d'une prestation correspondant à l'un des forfaits mentionnés au 3° de l'article 1er et correspond à la catégorie définie au 1er alinéa de l'article 4bis, à l'exception des prestations correspondant à un forfait de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée mentionné au 3° de l'article 1er.

9° Un supplément dénommé CTC est facturé en sus d'un GHS dès lors qu'un acte d'administration d'un médicament de thérapie génique autologue par voie veineuse (FGLF671) a été réalisé par un établissement bénéficiant d'une habilitation au titre de l'arrêté du 19 mai 2021 limitant l'utilisation de médicaments de thérapie innovante à base de lymphocytes T génétiquement modifiés dits CAR-T Cells autologues à certains établissements de santé en application des dispositions de l'article L. 1151-1 du code de la santé publique.

NOTA :

Conformément à l'article 3 de l'arrêté du 29 décembre 2025 (SFHH2535681A), ces dispositions, dans leur rédaction issue de l'article 1er de l'arrêté précité, entrent en vigueur au 1er janvier 2026.

Article 8

VERSION EN VIGUEUR DEPUIS LE 25/02/2015

Les suppléments journaliers mentionnés au 1 à 4 de l'article 7 sont facturés de la manière suivante :

- lorsque le patient est présent moins d'une journée dans l'unité ou le lit, un supplément est facturé ;
- sans préjudice des dispositions de l'alinéa précédent, le supplément n'est pas facturé le jour de sortie de l'établissement ou de l'unité y compris lorsque le patient est transféré dans une autre unité ou lit ouvrant droit à la facturation d'un supplément, à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède.