



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PRÉFET DE LA CREUSE

ISSN – 0990 – 8935

Recueil des Actes Administratifs

Préfecture de la Creuse

Spécial n°3 publié le 05/02/2013

Spécial 2013-04

Agence Régionale de Santé du Limousin - Montant des recettes

d'assurance maladie

Sommaire

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie à la Clinique de la Croix Blanche	1
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie à la Clinique de la Croix Blanche	5
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CCRF André Lalande de Noth	9
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier d'Aubusson	13
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Bourgneuf	17
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Bourgneuf	21
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Guéret	25
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Guéret	29
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CMN de Sainte-Feyre	33
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CMN de Sainte-Feyre	37
Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CRRF André Lalande de Noth	41

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie à la Clinique de la Croix Blanche

Numéro interne : 649

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Novembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque**Arrêté ARS n° 2012-649 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille (n° FINESS : 230780199) pour la période de septembre 2012 (M9), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale**

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-903 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 311 448,24 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 268 073,85 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 22 064,09 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 252,70 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 5 798,22 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 870,28 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 14 389,10 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 311 448,24 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur de la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 novembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie à la Clinique de la Croix Blanche

Numéro interne : 785

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque**Arrêté ARS n° 2012-785 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille (n° FINESS : 230780199) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale**

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-903 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées à la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 279 872,27 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 226 717,99 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 26 628,04 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 0,00 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 7 699,28 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 456,54 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 18 370,42 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 279 872,27 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur de la clinique de la Croix Blanche de Moutier-Rozeille ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CCRF André Lalande de Noth

Numéro interne : 654

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Novembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-654 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth (n° FINESS : 230782617) pour la période de septembre 2012 (M9), le versement étant effectué par la la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-982 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth sous forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les activités d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques est égal à : 146 254,35 €.

1° Dont part tarifée au titre de l'hospitalisation à domicile : 113 434,62 € ;

2° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale : 32 819,73 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 146 254,35 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du CRRF André Lalande de Noth ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 novembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier d'Aubusson

Numéro interne : 710

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 10 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-710 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité centre hospitalier d'Aubusson (n° FINESS : 230780058) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la mutualité sociale agricole (MSA) du Limousin, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-911 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre hospitalier d'Aubusson ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre hospitalier d'Aubusson sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 121 291,12 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 119 171,44 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 0,00 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 0,00 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 0,00 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 0,00 €

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 2 119,68 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 121 291,12 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre hospitalier d'Aubusson ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 10 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Bourgneuf

Numéro interne : 633

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 09 Novembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-633 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre hospitalier de Bourgneuf (n° FINESS : 230780066) pour la période de septembre 2012 (M9), le versement étant effectué par la mutualité sociale agricole (MSA) du Limousin, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 14 mars 2011 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-912 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre hospitalier de Bourgneuf ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre hospitalier de Bourgneuf sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 142 574,76 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 130 280,22 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 0,00 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 38,50 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 0,00 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 572,43 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 0,00 €

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 11 683,61 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 142 574,76 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse – 103 bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre hospitalier de Bourgneuf ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 9 novembre 2012.

Le directeur général de l'agence

régionale de santé du Limousin,

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Bourgneuf

Numéro interne : 709

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 10 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-709 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre hospitalier de Bourgneuf (n° FINESS : 230780066) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la mutualité sociale agricole (MSA) du Limousin, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 14 mars 2011 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-912 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre hospitalier de Bourgneuf ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre hospitalier de Bourgneuf sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 165 160,55 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 153 216,51 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 0,00 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 0,00 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 0,00 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 662,10 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 0,00 €

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 11 281,94 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 165 160,55 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse – 103 bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre hospitalier de Bourgneuf ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 10 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Guéret

Numéro interne : 657

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Novembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012–657 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre hospitalier de Guéret (n° FINESS : 230780041) pour la période de septembre 2012 (M9), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-914 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre hospitalier de Guéret ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre hospitalier de Guéret sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 3 344 928,21 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 2 878 059,20 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 4 549,19 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 116 741,29 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 120 703,52 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 18 564,63 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 2 815,32 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 203 495,06 ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 3 344 928,21 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cédex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre hospitalier de Guéret ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 novembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au Centre Hospitalier de Guéret

Numéro interne : 790

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque**Arrêté ARS n° 2012-790 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre hospitalier de Guéret (n° FINESS : 230780041) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale**

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-914 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre hospitalier de Guéret ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre hospitalier de Guéret sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 3 927 243,69 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 3 467 307,68 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 2 258,27 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 85 121,70 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 115 423,21 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 19 873,67 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 3 514,46 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 233 744,70 ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 3 927 243,69 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre hospitalier de Guéret ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CMN de Sainte-Feyre

Numéro interne : 784

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque**Arrêté ARS n° 2012-784 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre médical national de Sainte Feyre (n° FINESS : 230780082) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale**

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-907 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre médical national de Sainte Feyre ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre médical national de Sainte Feyre sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 485 225,53 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 435 985,53 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 0,00 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 19 288,85 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 0,00 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 1 125,33 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 28 825,82 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide

médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 485 225,53 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre médical national de Sainte Feyre ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CMN de Sainte-Feyre

Numéro interne : 648

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Novembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-648 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au centre médical national de Sainte Feyre (n° FINESS : 230780082) pour la période de septembre 2012 (M9), le versement étant effectué par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-907 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au centre médical national de Sainte Feyre ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au centre médical national de Sainte Feyre sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 427 330,05 €.

1° Dont valorisation des forfaits GHS et suppléments : 389 128,44 € ;

2° Dont prélèvements d'organes : 0,00 € ;

3° Dont valorisation des codes prestations d'IVG : 0,00 € ;

4° Dont valorisation des produits et prestations mentionnés à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (DMI) : 0,00 € ;

5° Dont valorisation des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part MCO : 13 752,83 € ;

6° Dont traitement des alternatives à la dialyse : 0,00 € ;

7° Dont valorisation des passages aux urgences (ATU) : 0,00 € ;

8° Dont valorisation des prestations forfaits petit matériel (FFM) : 0,00 € ;

9° Dont valorisation des codes Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE) : 769,21 € ;

10° Dont valorisation des actes et consultations externes : 23 679,57 € ;

11° Dont valorisation des forfaits GHT (hospitalisation à domicile) : 0,00 € ;

12° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (MON) - part HAD : 0,00 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous la forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois de septembre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et/ou d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques et de produits et prestations est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 427 330,05 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du centre médical national de Sainte Feyre ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 novembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin*

Autre

Arrêté fixant le montant des recettes d'assurance maladie au CRRF André Lalande de Noth

Numéro interne : 787

Administration :

Hors Département

Agence Régionale de Santé du Limousin

Signataire : Directeur ARS

Date de signature : 19 Décembre 2012

Direction de l'offre de soins et de la gestion du risque

Arrêté ARS n° 2012-787 fixant le montant des recettes d'assurance maladie dues au titre de la part tarifée à l'activité au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth (n° FINESS : 230782617) pour la période d'octobre 2012 (M10), le versement étant effectué par la la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de la Creuse, caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale

Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin,

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifiée, et notamment son article 33, modifié ;

Vu la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 ;

Vu le décret n° 2004-1539 du 30 décembre 2004 modifié relatif aux objectifs de dépenses des établissements de santé ainsi qu'à la fixation de leurs ressources financées par l'assurance maladie et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) ;

Vu le décret n° 2005-30 du 14 janvier 2005 relatif au budget des établissements de santé et modifiant le code de la santé publique et le code de la sécurité sociale, notamment son article 9 ;

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

Vu l'arrêté du 2 mars 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 4 avril 2005 modifié pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation ;

Vu l'arrêté du 23 janvier 2008 modifié relatif aux modalités de versement des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

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

Vu l'arrêté du 19 février 2009 modifié 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 ;

Vu l'arrêté du 28 février 2012 fixant pour l'année 2012 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale et aux IV et V de l'article 33 modifié de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;

Vu l'arrêté du 8 mars 2012 pris pour application de l'article L. 162-22-7-2 du code de la sécurité sociale;

Vu l'arrêté du 14 décembre 2011 fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'AME (aide médicale de l'Etat) ;

Vu l'arrêté du 23 février 2012 fixant pour l'année 2012 l'objectif des dépenses d'assurance maladie communs aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie mentionné à l'article L. 162-22-9 du code de la sécurité sociale ;

Vu l'arrêté n° ARS 2011-982 du 2 décembre 2011 fixant le taux de remboursement 2012 de la part assurance maladie pour les médicaments et produits et prestations financés en sus des GHS au titre du suivi et de l'évaluation annuelle de la mise en œuvre du contrat de bon usage mentionné à l'article L-162-22-7 du code de la sécurité sociale au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth ;

Vu les résultats issus de la valorisation de l'activité constatée et validée à partir de la plateforme e-PMSI (MAT2A STC),

Arrête :

Art. 1^{er}. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées au CRRF (centre de rééducation et de réadaptation fonctionnelle) André Lalande de Noth sous forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les activités d'hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques est égal à : 145 240,82 €.

1° Dont part tarifée au titre de l'hospitalisation à domicile : 125 964,20 € ;

2° Dont part des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale : 19 276,62 €.

Art. 2. - Le montant total de l'activité dû au titre des années antérieures (LAMBDA) s'établit à : 0,00 €.

Art. 3. - Le montant des recettes d'assurance maladie versées sous forme de dotation mensuelle pour la part tarifée à l'activité, au titre de la valorisation déclarée au mois d'octobre 2012 pour les séjours relevant de l'AME (aide médicale d'Etat) en hospitalisation à domicile, ainsi que de la consommation de spécialités pharmaceutiques est égal à : 0,00 €.

Art. 4. - Le montant total à verser par la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale, dans les conditions fixées par l'arrêté du 23 janvier 2008, est ainsi fixé à : 145 240,82 €.

Art. 5. - Tout recours contre le présent arrêté doit parvenir au secrétariat du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux - Espace Rodesse - 103bis, rue Belleville - BP 952 - 33063 Bordeaux Cedex, dans le délai franc d'un mois à compter de sa notification pour les personnes auxquelles il a été notifié, ou de sa publication pour les autres personnes.

Art. 6. - Le directeur général de l'agence régionale de santé du Limousin, le directeur du CRRF André Lalande de Noth ainsi que le directeur de la caisse désignée en application de l'article L.174-2 du code de la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs.

Fait à Limoges, le 19 décembre 2012.

*Le directeur général de l'agence
régionale de santé du Limousin,*