



**PREFET
DE LA RÉGION
HAUTS-DE-FRANCE**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°R32-2025-701

PUBLIÉ LE 31 DÉCEMBRE 2025

Sommaire

Agence Régionale de Santé Hauts-de-France /

R32-2025-12-30-00007 - DÉCISION PORTANT ADOPTION DU
PROGRAMME DE CONTRÔLE EXTERNE RÉGIONAL DES
ÉTABLISSEMENTS DE **??**SANTÉ SOUMIS À LA TARIFICATION À
L'ACTIVITÉ EN RÉGION HAUTS-DE-FRANCE POUR L'ANNÉE 2025
(10 pages)

Page 3

DÉCISION PORTANT ADOPTION DU PROGRAMME DE CONTRÔLE EXTERNE RÉGIONAL DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ SOUMIS À LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ EN RÉGION HAUTS-DE-FRANCE POUR L'ANNÉE 2025

LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ HAUTS-DE-FRANCE

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L.162-23-13 et R162-35 et suivants ;

Vu l'ordonnance n°2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;

Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions et prorogeant le mandat des unions régionales de professionnels de santé regroupant les infirmiers ;

Vu le décret du 2 novembre 2022 portant nomination du directeur général de l'agence régionale de santé des Hauts-de-France – M. Gilardi (Hugo) ;

Vu l'instruction n° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024 ;

Vu le programme de contrôle externe régional des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité en région Hauts-de-France pour l'année 2025, proposé par la commission de contrôle en date du 18 décembre 2025 sur la base du projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe Hauts-de-France ;

DECIDE

Article 1 - Le programme de contrôle externe régional des établissements de santé soumis à la tarification à l'activité en région Hauts-de-France pour l'année 2025 est établi tel qu'il figure en annexe de la présente décision.

Article 2 - Les cinq établissements inclus dans le programme régional de contrôle sont les suivants

- polyclinique médico-chirurgical d'Hénin-Beaumont (finess n°620003376)
- CHU d'Amiens (finess n°800000044)
- GCS GHICL hôpital Saint Vincent (finess n°590797353)
- clinique Victor Pauchet (finess n°800009920)
- clinique du Croisé Laroche (finess n°590781951)

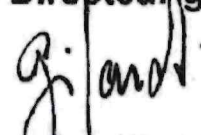
Seront contrôlées les facturations de séjours de la période du 01/03/2024 au 31/12/2024 (date d'entrée supérieure ou égale au 01/03/2024 et date de sortie inférieure ou égale au 31/12/2024).

Article 3 – La présente décision est susceptible de faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification ou de sa publication.

Article 4 – Le directeur de l'offre de soins est chargé de l'exécution de la présente décision, qui sera publiée au recueil des actes administratifs de l'Etat en Hauts-de-France.

Fait à Lille, le 30/12/2025

Le Directeur général



Hugo GILARDI

Programme de contrôle de la T2A pour l'année 2025 Hauts-de-France

Conformément à l'article L.162-23-13 du code de la sécurité sociale, le contrôle portera, pour chaque dossier et quel que soit le champ, sur les règles de facturation, les règles de codage et la réalisation des prestations facturées.

I. Préconisation de contrôle, référentiels et textes

- Pour chaque établissement, le nombre de dossiers contrôlés pour chaque champ sera adapté en fonction de l'importance du champ pour qu'il soit homogène et représentatif.
- Les séjours ciblés seront ceux qui sont produits selon les règles de l'arrêté prestations¹ de l'année contrôlée, soit les facturations de séjours à partir du 01/03/2024 et jusqu'au 31/12/2024.
- L'analyse des contrôleurs portera sur le respect du codage, les règles de facturation et sur les actes facturés non réalisés pour l'ensemble des champs de contrôle (GHS).
- Les textes juridiques applicables pour le contrôle sont notamment :
 - les textes issus du code de la santé publique et du code de la sécurité sociale, et notamment les articles L.162-23-13, R.162-35 à R.162-35 -6 du code de la sécurité sociale.
 - l'arrêté du 19/02/2015 modifié 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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
 - l'arrêté du 15/04/2024 fixant pour l'année 2024 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L.162-22-10 du code de la sécurité sociale.
 - le guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie n°22 du 01/08/2024 (annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 modifié 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 (arrêté « PMSI-MCO »)).
 - l'instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10/09/2020 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.
- Le guide de contrôle externe 2018 sera également utilisé comme référentiel pour le contrôle.

1 L'arrêté du 19/02/2015 modifié 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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

II. Rappel des objectifs de contrôle externe de la tarification à l'activité

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité.

Ce contrôle externe concerne le champ MCO (hors HAD) et uniquement pour les séjours en hospitalisation complète, y compris ceux des patients hospitalisés pour la prise en charge de la COVID-19 et les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel.

Les séjours sans nuitée dits de médecine (racines en M et en Z) ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025, hors PIE et hors séjours contigus.

Il s'agit d'un contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation, qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients.

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des analyses statistiques des bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et lors des campagnes de contrôle précédentes.

Les établissements financés en 2024 par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2025².

Les priorités nationales sont les suivantes :

1. les activités non prises en charge par l'assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
2. le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants ;
3. les séjours dits « contigus » ;
4. les séjours avec comorbidités ;
5. les prestations inter-établissements.

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé l'informant d'un contrôle de la tarification à l'activité (T2A), un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA sur les séjours concernés par le ciblage. De la même manière, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé, un établissement ne peut plus adresser de factures rectificatives sur les séjours concernés.

Dans le cadre de la campagne 2025, la disposition exceptionnelle pour la campagne 2024 de ne pas appliquer de sanction est levée.

III. Méthodologie appliquée par l'UCR pour le ciblage des établissements et des différents champs de contrôle

Le ciblage a été réalisé sur les bases PMSI de mars à décembre 2024.

Le ciblage des établissements de santé et des champs de contrôle est établi en fonction :

- des priorités nationales de contrôle de l'année,
- des atypies de l'activité des établissements constatées dans la région,
- de la connaissance des établissements de la région issue des contrôles antérieurs,

Les contrôles porteront uniquement sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (hors hospitalisation à domicile -HAD) pour les séjours en hospitalisation complète, y compris

2 INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024

ceux des patients hospitalisés pour la prise en charge de la COVID-19 et les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel.

Ont été exclus du ciblage :

- les établissements financés en 2024 par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité (SMA) ;
- les établissements de proximité bénéficiant de la dotation forfaitaire garantie ;
- les séjours sans nuitée (date d'entrée = date de sortie) dits de médecine (racines en M et en Z) à l'exception du champ de contrôle PIE et des séjours dits « contigus » ;
- le champ de contrôle des suppléments facturés (réanimation, soins intensifs et surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie).
[Néanmoins tout séjour entrant dans le champ des contrôles comportant un supplément pourra faire l'objet d'un contrôle (y compris donc du supplément)].

Le premier travail de ciblage a consisté en l'exploitation des tests permettant de retenir les établissements en atypie. La construction du programme de contrôle s'est faite à partir d'une priorisation des trois thématiques principales retenues au niveau national, à savoir :

1. le codage du diagnostic principal (DP) et certains actes CCAM classants (racines apparentées) ;
2. les séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel ;
3. les séjours avec comorbidités.

Pour les comorbidités, a été retenu le test concernant les CMA de niveau 3 : les séjours avec une CMA unique valorisant le niveau 3.

Un classement a été établi à partir de ces trois thématiques réalisant ainsi l'axe de ciblage retenu par l'UCR. Les autres thématiques de contrôle ont alors été prises en compte pour ces établissements si les effectifs le permettaient.

A noter que :

- lorsque des séjours ont été identifiés dans plusieurs champs, ils n'ont été conservés que dans l'un des champs ;
- pour les établissements retenus, seuls les champs de contrôle avec effectif supérieur à 10 sont contrôlés.

Liste des 5 établissements retenus :

Secteur	FINESS	Nom de l'établissement
Ex-DGF	62000337 6	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
Ex-DGF	80000004 4	CHU D'AMIENS
Ex-DGF	59079735 3	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT
Ex-OQN	80000992 0	CLINIQUE VICTOR PAUCHET
Ex-OQN	59078195 1	CLINIQUE DU CROISE LAROCHE

La mise en œuvre de ce programme de contrôle se fera à partir du premier trimestre 2026.

- 1) Les activités non prises en charge par l'assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité**

Pour répondre à la priorité nationale de contrôle relative aux « activités non prises en charge par l'assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité », le ciblage régional s'est appuyé sur le test « séjours avec acte d'esthétique hors racines 09Z02 Chirurgie esthétique ».

Ce test repère des séjours avec des actes, soumis à entente préalable ou remboursable sous conditions, pouvant ne pas être pris en charge par l'assurance maladie.

Le test utilisé cible le nombre de séjours tel qu'il existe un ou 2 actes CCAM d'esthétique hors racines 09Z02 Chirurgie esthétique et hors décès, hors CM 17³, 28⁴ et 90⁵, hors codes en DP ou DR ou DAS en C* ou D* ou Z85.3⁶ et Z87.4⁷ ou Z90.1 Absence acquise de sein ou Q35. Fente palatine ou Q37. Fente labio-palatine ou Q38. Autres malformations (...) et sans autre acte CCAM classant (hors actes d'anesthésie).

Le libellé du champ est donc : « Séjours avec jusqu'à 2 actes CCAM d'esthétique ne relevant potentiellement pas d'une prise en charge assurance maladie, hors : [racines 09Z02, décès, CM 17, CM 28, CM 90, codes CIM 10 suivants : C* ou D*, Z85.3, Z87.4, Z90.1, Q35.-, Q37.- ou Q38.-] et hors séjours 0 nuitée en « M » ou « Z » ».

Liste des établissements :

1	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
2	CHU D'AMIENS
3	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT
4	CLINIQUE VICTOR PAUCHET

2) Le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants

Pour répondre à la priorité nationale de contrôle « le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants », le ciblage régional s'est appuyé sur le test « Séjours avec un taux atypique dans la racine 08C38 "Autres arthroscopies du genou" ».

Ce test repère le nombre de séjours dans la racine 08C38 « Autre arthroscopie du genou » tel que le pourcentage de cette racine 08C38 « Autre arthroscopie du genou » par rapport à la racine 08C45 « Ménisectomie sous arthroscopie » soit atypique hors décès, PIE, CM 28 et 90.

Le libellé du champ est donc : « Séjours dans la racine 08C38 Autres arthroscopies du genou, hors PIE, hors décès, hors CM 28 et 90 ».

Liste de l'établissement :

1	CLINIQUE DU CROISE LAROCHE
---	----------------------------

3) Les séjours dits « contigus »

Les séjours contigus désignent des hospitalisations successives réalisées pour un même patient au sein d'une même entité juridique et avec un même FINESS géographique, dont la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente⁸.

Pour répondre à la priorité nationale de contrôle « les séjours dits « contigus » », le ciblage

3 Affections myéoprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus

4 Séances

5 Erreurs et autres séjours inclassables

6 Antécédents personnels de tumeur maligne du sein

7 Antécédents personnels de maladies de l'appareil génito-urinaire

8 INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/FIP1/DSS/1A/2025/141 du 14 octobre 2025 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2025 portant sur l'activité 2024

régional s'est appuyé sur le test « séjours d'hospitalisation contigus, imbriqués ou avec chevauchement pour un même patient dans l'établissement géographique ».

Ce test repère le nombre de séjours avec durée de séjour ≥ 0 jour pour le même patient dans le même établissement géographique hors CM15⁹, 28 et 90 : séjours contigus (la date d'entrée du 2ème séjour = date de sortie du 1er séjour), séjours imbriqués (dates d'entrée et de sortie du 2ème séjour comprises dans les dates du 1er séjour) ou séjours se chevauchant (date d'entrée du 2ème séjour antérieure à la date de sortie du 1er séjour et date de sortie du 2ème séjour postérieure à la date de sortie du 1er séjour).

Le libellé du champ est donc : « Séjours contigus avec ré hospitalisation le même jour dans un même établissement géographique hors CM 15, 28 et 90 »

Liste des établissements :

1	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
2	CHU D'AMIENS
3	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT

4) Les séjours avec comorbidités

Pour répondre à la priorité nationale de contrôle « les séjours avec comorbidités », le ciblage régional s'est appuyé sur le test « Séjours avec une seule CMA valorisant le niveau 3 du GHM ».

Ce test dénombre les séjours dans le GHM de niveau 3 avec une seule CMA de niveau 3, avec DS ≤ 11 jours ou de niveau 2 avec effet âge et DS ≤ 11 jours ou niveau 4 avec DS = 4 jours, hors CMA exclues par le DP ou la racine, hors suppléments (REA¹⁰, REP¹¹), décès, CM28 et 90, âge ≤ 2 ans et ≥ 90 ans, hors mono RUM UHCD. L'effet âge (> 69 et > 79 ans) est pris en compte.

Le ciblage régional s'est fait à partir des critères de CMA unique valorisant un niveau 3 en retenant les séjours avec une durée inférieure ou égale à 8 jours, et inférieur ou égal à 2 RUM.

Le libellé du champ est donc : « Séjours avec une seule comorbidité associée valorisant le niveau 3 du GHM, avec les caractéristiques suivantes : âge > 2 ans et < 90 ans, durée de séjour ≤ 8 jours, nombre de RUM ≤ 2 , hors décès, hors séjours avec suppléments REA et REP, hors mono RUM d'UHCD ».

Liste des établissements :

1	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
2	CHU D'AMIENS
3	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT
4	CLINIQUE VICTOR PAUCHET
5	CLINIQUE DU CROISE LAROCHE

5) Les prestations inter-établissements

Les contrôles antérieurs ont montré que certains établissements n'appliquent pas correctement les règles de codage et de facturation relatives aux modes d'entrée et de sortie, notamment celles relatives aux prestations inter-établissements (PIE).

⁹ Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale

¹⁰ Réanimation

¹¹ Réanimation pédiatrique

Pour répondre à la priorité nationale de contrôle « les prestations inter-établissements », le ciblage régional s'est appuyé sur le test « Séjours de moins de 2 nuitées pouvant relever d'une PIE prestataire ».

Ce test dénombre les séjours d'une durée de zéro à une nuitée intercalée entre deux séjours (PIE Amont Aval) ou concomitant à un séjour (PIE incluse) dans un autre établissement géographique, hors CM 28 (exception GHM 28Z14Z – Transfusion en séances, 28Z15Z – Oxygénothérapie hyperbare en séance et 28Z16Z – Aphérèses sanguines en séances) et hors CM 90.

Le libellé du champ est donc : « Séjours de moins de 2 nuitées pouvant relever de PIE (prestations inter-établissements) hors CM 28 (exception GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z) et hors CM90 »

Liste des établissements :

1	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
2	CHU D'AMIENS
3	CLINIQUE DU CROISE LAROCHE

6) Séjours sans nuitée de chirurgie et d'interventionnel

Pour répondre aux périmètres prévus des séjours à contrôler, le ciblage régional s'est appuyé sur 2 tests :

- « Séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (FSE) » ;
- « Séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité dermatologie" (FSD) ».

6 a) « Séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité environnement" (FSE) »

Le test utilisé dénombre les séjours avec une durée de séjour = 0, nb d'actes <3 dont un acte CCAM d'une des listes SE, hors décès, sortie transfert 7, sortie contre avis médical DP ou DAS Z53.2¹², GHM 23Z02T¹³, CM28 et 90, DP Z51*¹⁴ et Z49*¹⁵, séjours avec actes classant hors SE, séjours avec acte relevant de FSD, séjours avec acte d'anesthésie (tous actes) ou acte CCAM acceptant l'activité 4 (sauf actes SE), nombre d'interventions = (C) ou (B), PIE, contexte / surveillance = 1, maltraitance d'un mineur Z61.6 ou T74.- en DP ou DAS. Et hors administration de la RH = 1 sauf si actes d'injection de toxine botulinique (BALB001 –SE5-, PCLB002 et PCLB003 –SE6-). Et hors GHM avec racine en « M » ou « Z ».

Le ciblage régional s'est fait en excluant les actes CCAM PCLB002¹⁶ et PCLB003¹⁷.

Le libellé du champ est donc : « Séjours de zéro nuitée avec 2 actes CCAM maximum dont un acte d'une des listes de forfaits SE, hors : [PIE, contexte patient/surveillance particulière =1, nombre d'interventions = « C » ou « B », acte CCAM avec code activité 4, acte FSD, RH=1 sauf si actes d'injection de toxine botulinique BALB001- SE5, décès, sortie transfert, sortie contre avis médical, maltraitance d'un mineur, GHM 23Z02T, CM28 et 90, DP Z51.- et Z49.-, séjours avec actes classant hors SE], et hors racine en « M » ou « Z » ».

12 Acte non effectué par décision du sujet pour des raisons autres et non précisées

13 Soins Palliatifs, avec ou sans acte, très courte durée

14 Autres soins médicaux

15 Surveillance d'une dialyse

16 Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, sans examen électromyographique de détection

17 Séance d'injection de toxine botulique dans les muscles striés par voie transcutanée, avec examen électromyographique de détection

Liste des établissements :

1	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT
2	CHU D'AMIENS
3	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT

6 b) « Séjours sans nuitée avec un acte externe "forfait sécurité dermatologie" (FSD) ».

Le test utilisé dénombre les séjours avec une durée de séjour = 0, nb d'actes <3 dont un acte CCAM relevant de FSD, hors décès, sortie transfert 7, sortie contre avis médical DP ou DAS Z53.2, GHM 23Z02T, CM28 et 90, DP Z51* et Z49*, séjours avec actes classant hors FSD, séjours avec acte d'anesthésie (tous actes) ou acte CCAM acceptant l'activité 4 (sauf FSD), PIE, nombre d'interventions = (C) ou (B), contexte / surveillance = 1, maltraitance d'un mineur Z61.6¹⁸ ou T74¹⁹. – en DP ou DAS. Et hors GHM avec racine en « M » ou « Z ».

Le libellé du champ est donc : « Séjours de zéro nuitée avec 2 actes CCAM maximum dont un acte pouvant relever d'un forfait FSD, hors : [PIE, contexte patient/surveillance particulière = 1, nombre d'interventions = « C » ou « B », acte CCAM avec code activité 4, décès, sortie transfert, sortie contre avis médical, maltraitance d'un mineur, GHM 23Z02T, CM28 et 90, DP Z51.- et Z49.-, séjours avec actes classant hors FSD], et hors racine en « M » ou « Z » ».

Liste des établissements :

1	CHU D'AMIENS
2	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT

IV. Caractère sanctionnable des activités

Aucune sanction n'est envisagée pour cette campagne 2025.

V. Tableau de synthèse

18 Difficultés liées à de possibles sévices physiques infligés à un enfant

19 Syndromes dus à de mauvais traitements

FINES	Nom de l' établissement	« Séjours avec jusqu'à 2 actes CCAM d'esthétique ne relevant potentiellement pas d'une prise en charge assurance maladie, hors : (racines 09Z02, décès, CM 17, CM 28, CM 90, codes CIM 10 suivants : C* ou D*, Z85.3, Z87.4, Z90.1, Q35-, Q37- ou Q38-j et hors séjours 0 nuitée en « M » ou « Z » ».	« Séjours dans la racine 08C38 Autres arthroscopies du genou, hors PIE, hors décès, hors CM 28 et 90 ».	« Séjours contigus avec ré hospitalisation le même jour dans un même établissement géographique hors CM 15, 28 et 90 »	« Séjours avec une seule comorbidité associée valorisant le niveau 3 du GHM, avec les caractéristiques suivantes : âge > 2 ans et < 90 ans, durée de séjour ≤ à 8 jours, nombre de RUM < ou égal à 2, hors décès, hors séjours avec suppléments REA et REP, hors mono RUM d'UHCD. ».	« Séjours de moins de 2 nuitées pouvant relever de PIE (prestations inter établissements) hors CM 28 (exception GHM 28Z14Z, 28Z15Z et 28Z16Z) et hors CM90 »	« Séjours de zéro nuitée avec 2 actes CCAM maximum dont un acte d'une des listes de forfaits SE, hors : [PIE, contexte patient/surveillance particulière =1, nombre d'interventions = « C » ou « B », acte CCAM avec code activité 4, acte FSD, RH=1 sauf si actes d'injection de toxine botulinique BALB001- SE5, décès, sortie transfert, sortie contre avis médical, maltraitance d'un mineur, GHM 23Z02T, CM28 et 90, DP Z51- et Z49-, séjours avec actes classant hors SE], et hors racine en « M » ou « Z » ».	« Séjours de zéro nuitée avec 2 actes CCAM maximum dont un acte pouvant relever d'un forfait FSD, hors : [PIE, contexte patient/surveillance particulière = 1, nombre d'interventions = « C » ou « B », acte CCAM avec code activité 4, décès, sortie transfert, sortie contre avis médical, maltraitance d'un mineur, GHM 23Z02T, CM28 et 90, DP Z51- et Z49-, séjours avec actes classant hors FSD], et hors racine en « M » ou « Z » ».
620003376	POLYCLINIQUE MEDICO-CHIRURGICALE D'HENIN-BEAUMONT	x		x	x	x	x	
800000044	CHU D'AMIENS	x		x	x	x	x	x
560797353	GCS GHICL HOPITAL SAINT VINCENT	x		x	x		x	x
800006620	CLINIQUE VICTOR PAUCHET	x			x			
560781951	CLINIQUE DU CROISE LAROCHE		x		x	x		