

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse
organisationnelle et financière (R1)

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Bureau établissements de santé
et établissements médico-sociaux (1A)

Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 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

NOR : SSAH2007743J

Date d'application : immédiate.

Validée par le CNP, le 6 mars 2020. – Visa CNP 2020-13.

Résumé : la présente instruction précise les conditions de facturation à l'assurance maladie, par les établissements de santé, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein, en rappelant les textes réglementaires qui les régissent.

Mention outre-mer : ces dispositions s'appliquent aux territoires ultramarins à l'exception de Mayotte, de Saint-Pierre-et-Miquelon, de la Polynésie française, de la Nouvelle-Calédonie, des îles Wallis et Futuna et des Terres australes et antarctiques françaises.

Mots clés : ambulatoire – facturation hospitalière – hospitalisation de jour – intermédiaire – activité externe – sans nuitée.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment ses article L. 162-22-6 et R. 162-33-1 ;

Arrêté du 19 février 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, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile ;

Arrêté du 23 décembre 2016 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 du 28 juin 2019 relatif aux majorations applicables aux tarifs des actes et consultations externes des établissements de santé publics et des établissements de santé privés.

Instruction abrogée : Instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Annexes :

- Annexe 1. – Conditions de facturation des actes et consultations externes en établissements de santé ;
- Annexe 2. – Conditions de facturation des prestations hospitalières sans hospitalisation ;
- Annexe 3. – Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ;
- Annexe 3. – Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée ;
- Annexe 4. – Forfaits pathologies chroniques ;
- Annexe 5. – Dispositif de rescrit tarifaire.

Le ministre des solidarités et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour mise en œuvre).

La poursuite et l'amplification du virage ambulatoire opéré au sein des établissements de santé nécessite d'envisager de façon globale l'ensemble des prises en charge réalisées sans nuitée au sein des établissements de santé.

Ces prises en charge répondent à une logique de gradation des soins et des moyens mobilisés autour du patient, en fonction de ses besoins, dans un continuum allant de l'activité externe jusqu'à l'hospitalisation de jour.

Une stratégie globale de développement de ces prises en charge a été engagée depuis la campagne 2019. Elle repose sur trois leviers qui forment un ensemble cohérent et indissociable :

- amplifier la politique tarifaire incitative au développement de l'ambulatoire ;
- clarifier la gradation des prises en charge ambulatoires en Établissement de santé et des tarifications associées ;
- promouvoir une meilleure valorisation de l'activité réalisée par les établissements de santé dans le champ externe.

Pour répondre au second objectif de cette stratégie, les règles fixées par l'arrêté du 19 février 2015 susvisé, évoluent de manière à clarifier les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les prises en charge hospitalières sans nuitée.

Ces évolutions s'accompagnent de la mise en place d'un mécanisme de rescrit tarifaire. Ce dispositif permettra à tout Établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière d'obtenir une prise de position formelle de l'État et de l'assurance maladie sur les conditions de facturation d'une prise en charge spécifique.

La présente instruction s'inscrit dans ce même objectif de clarification et vient préciser, de manière globale, les conditions de facturation à l'assurance maladie, par les établissements de santé, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein.

La présente instruction ne préjuge pas de l'opportunité des différentes investigations et prises en charges thérapeutiques effectuées, en référence à l'article R. 4127-8 du code de la santé publique (CSP), repris dans l'article 8 du code de déontologie médicale selon lequel « Dans les limites fixées par la loi et compte tenu des données acquises de la science, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles. »

Les évolutions et clarifications apportées par le nouveau corpus juridique mis en place en campagne 2020, tant dans l'arrêté du 19 février 2015 susvisé que dans la présente instruction, permettent de lever le moratoire sur la facturation des hôpitaux de jour dits « médicaux », en vigueur sur les séjours réalisés depuis 2017.

Par exception, dans le contexte des travaux d'évolution de la procédure de recours au dispositif des recommandations temporaires d'utilisation qui ont pour objectif d'être portés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 et le temps que cette évolution du dispositif soit rendue opérationnelle, le moratoire sur le contrôle de la facturation en hôpital de jour est prolongé dans le cas des prises en charge liées à l'administration d'une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché.

Il convient de préciser que ce moratoire concerne le contrôle de la facturation en hôpital de jour et que la prescription et l'administration d'une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché demeurent soumises au cadre légal décrit à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique.

À des fins de lisibilité, les précisions relatives aux différentes conditions de facturation sont déclinées dans les différentes annexes de la présente instruction :

L'annexe 1 présente les conditions de facturation des actes et consultations externes réalisés en établissements de santé.

L'annexe 2 présente les conditions de facturation des prestations hospitalières sans hospitalisation.

L'annexe 3 présente les conditions de facturation des GHS pour les prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

L'annexe 4 présente les conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée, en dehors des UHCD.

L'annexe 5 présente le cas spécifique des pathologies chroniques tarifées dans le cadre d'un forfait annuel.

L'annexe 6 présente le dispositif de rescrit tarifaire, qui complète la présente instruction.

La présente instruction abroge et remplace l'instruction n° DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Pour le ministre et par délégation :

*La cheffe de service, adjointe à la directrice
générale de l'offre de soins,*

S. DECOOPMAN

*Le chef de service, adjoint au directeur
de la sécurité sociale,*

L. GALLET

*Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,*

S. FOURCADE

ANNEXE 1

CONDITIONS DE FACTURATION DES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES
RÉALISÉS EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

*La réglementation générale relative aux actes et consultations externes
des établissements de santé*

L'ensemble des établissements de santé a la possibilité de dispenser aux patients des actes et consultations externes (ACE).

La prise en charge de ces ACE par les organismes de sécurité sociale dépend toutefois de la nature de l'Établissement de santé d'une part et des actes et consultations réalisés d'autre part.

S'agissant des établissements de santé du secteur ex-OQN, les actes et consultations externes réalisés sont assimilés à des soins de ville et facturés directement à l'assurance maladie au nom du praticien qui les a réalisés.

À noter que l'article 41 de la LFSS pour 2014 a introduit une modification de l'article L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale, en ouvrant la possibilité à ces établissements, lorsqu'ils ont contractualisé avec l'ARS de leur territoire, de facturer les ACE réalisés par les médecins généralistes ou spécialistes exerçant en leur sein et ayant choisi le mode d'exercice salarié.

S'agissant des établissements de santé du secteur ex-DG, l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale leur permet depuis 2004 de facturer des actes et consultations externes, dans le cadre de leur activité.

L'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale prévoit que les tarifs des ACE applicables en ville et négociés dans le cadre des différentes conventions s'appliquent de droit aux établissements de santé du secteur ex-DG ou du secteur ex-OQN pour les médecins salariés.

En revanche, les majorations adossées à ces tarifs ne leur sont applicables que sous réserve d'être explicitement mentionnées dans un arrêté, en application de l'article R. 162-51 du code de la sécurité sociale. À ce jour, c'est l'arrêté du 28 juin 2019 susvisé qui s'applique.

À noter que les actes de télémedecine, entrés dans le droit commun avec l'avenant 6 de la convention médicale de 2016, relèvent de cette réglementation générale et sont ainsi réalisés et facturés en Établissement de santé dans les mêmes conditions que l'ensemble des ACE.

Focus sur les consultations avancées

Le développement des consultations avancées vise à améliorer la structuration territoriale de l'offre de soins, notamment dans les zones sous-denses.

Les professionnels de santé salariés relevant d'une unité MCO¹ d'un Établissement de santé vont réaliser une activité de consultation « hors les murs » soit dans des structures de ville ou du secteur médico-social (centres de santé, maisons de santé pluridisciplinaires, EHPAD...) soit dans d'autres établissements de santé ou sites géographiques disposant d'une autorisation de MCO, SSR ou psychiatrie.

Ces consultations sont facturables à l'assurance maladie selon les règles de droit commun des ACE. Leurs modalités de recueil ont été précisées dans la notice technique de l'ATIH n° CIM-MF-848-2-2018, version rectificative du 15 janvier 2018.

¹ La présente instruction concernant le champ MCO, il est précisé que les professionnels de santé salariés qui exercent en SSR peuvent réaliser une activité de consultation « hors les murs ».

ANNEXE 2

CONDITIONS DE FACTURATION DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES SANS HOSPITALISATION

Les prestations non suivies d'hospitalisation sont visées par les dispositions des 2° à 6° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.

Il s'agit de prestations qui ne nécessitent pas une admission du patient dans une unité d'hospitalisation mais qui doivent être réalisées dans un environnement hospitalier au sens de structure hospitalière autorisée.

Ces prestations donnent lieu à la facturation des forfaits suivants :

Sont ainsi visés :

- le forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) ;
- le forfait « forfait de petit matériel » (FFM) ;
- les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » (SE) ;
- le forfait « administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier » (APE).

1. Forfait accueil et traitement des urgences (ATU)

Dans le cas de l'urgence autorisée, chaque passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation donne lieu à facturation d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU).

Le forfait « ATU » vise, complémentirement au forfait annuel urgences (FAU), à couvrir les dépenses résultant de la prise en charge diagnostique et du traitement des patients admis dans les services et les unités d'accueil et de traitement des urgences des établissements de santé autorisés à exercer la médecine d'urgence.

Ainsi que le précise l'article 13 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé, le forfait ATU est facturé à l'occasion de chaque passage aux urgences dès lors que :

- des soins non programmés sont délivrés au patient ;
- le passage aux urgences n'est pas suivi d'une hospitalisation au sein de l'entité géographique dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ou dans une autre unité de l'établissement.

Peuvent être facturés en sus du forfait « ATU » :

- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;
- les honoraires médicaux ainsi que les honoraires des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article ;
- les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Ne peuvent pas être facturés en sus du forfait « ATU » :

- les actes médico-infirmiers (AMI).

Ce forfait, ainsi que les actes, consultations ou honoraires associés, ne sont pas facturables :

- lorsque le passage aux urgences est suivi d'une hospitalisation au sein de l'établissement, en UHCD ou dans autre unité de MCO de la même entité géographique ;
- en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation : forfaits « SE », « PO », « FFM », « APE ».

2. Forfaits de petit matériel (FFM)

Le « forfait de petit matériel » (FFM) vise à couvrir les dépenses résultant de la mise à disposition de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation pour des soins non programmés et non suivis d'une hospitalisation dispensés dans les établissements de santé non autorisés à exercer la médecine d'urgence.

Ce forfait est facturé dès lors que des soins réalisés sans geste d'anesthésie générale ou loco-régionale et inscrits sur la liste fixée à l'annexe 10 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation sont délivrés au patient.

Peuvent être facturés en sus du forfait « FFM » :

- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;
- les honoraires médicaux ainsi que les honoraires des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article ;
- les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

Ne peuvent pas être facturés en sus du forfait « FFM » :

- les actes médico-infirmiers (AMI).

Ce forfait, ainsi que les actes, consultations et honoraires associés, ne sont pas facturables :

- lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement ;
- lorsque le praticien a établi une prescription couvrant les dépenses engagées ;
- en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation : forfaits « ATU », « PO », « SE », « APE ».

3. Forfaits sécurité et environnement hospitalier (SE)

Les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » ou « SE » rémunèrent la réalisation de certains actes limitatifs, qui requièrent l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement particulier.

Les forfaits « SE » sont facturables lorsqu'un acte inscrit sur l'une des listes figurant à l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé est réalisé.

Si l'état de santé du patient conduit à la réalisation de deux actes inscrits sur des listes différentes de l'annexe 11, deux forfaits « SE » peuvent être facturés par l'établissement. Dans ce cas, le montant du forfait facturé le moins élevé est minoré de 50 %.

Peuvent être facturés en sus des forfaits « SE » :

- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;
- les honoraires médicaux ainsi que les honoraires des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du même article ;
- les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- un forfait d'hospitalisation à domicile (GHT) ;

Ne peuvent pas être facturés en sus du forfait « SE » :

- les actes médico-infirmiers (AMI) ;
- les prestations hospitalières sans hospitalisation « ATU », « FFM », « PO » et « APE ».

La facturation de ce forfait n'est pas cumulable avec celle d'un GHS pour une même venue.

À noter que les prises en charge concernant des actes associés à un forfait « sécurité environnement » (SE) ne peuvent en principe donner lieu à facturation d'un GHS, sauf dans les cas particuliers suivants, qui correspondent à des situations décrites dans l'annexe 4 de la présente instruction :

- si l'acte est réalisé sous anesthésie générale ou loco-régionale ;
- si l'acte a été réalisé au cours d'une prise en charge comportant d'autres interventions ;
- ou s'il est réalisé chez un patient dont l'état de santé présente un contexte justifiant le recours à une hospitalisation.

4. Forfait administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier (APE)

Le forfait « administration de produits et prestations en environnement hospitalier » (APE) vise à couvrir les dépenses résultant de l'administration au patient, en environnement hospitalier, de l'un des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale et inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code ou d'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du même code.

Un forfait APE est facturé pour chaque prise en charge dès lors que l'administration du produit ou de la prestation n'est pas suivie d'une hospitalisation du patient.

Peuvent être facturés en sus du forfait « APE » :

- les produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (liste en sus) ;
- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, à l'exclusion des actes médico-infirmiers, ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;
- les honoraires médicaux ainsi que les honoraires des auxiliaires médicaux (hors soins infirmiers) pour les établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* du code de la sécurité sociale.

ANNEXE 3

CONDITIONS DE FACTURATION DES GHS POUR LES PRISES EN CHARGE EN UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (UHCD)

L'article 12 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé précise que la prise en charge d'un patient dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), non suivie d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), ne peut donner lieu à facturation d'un GHS que dans les cas où l'état de santé du patient, au moment de son admission au sein de l'UHCD :

- présente une pathologie potentiellement évolutive et susceptible d'aggravation ou dont le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Ces trois conditions présentent un caractère cumulatif et s'apprécient avant l'admission du patient en UHCD. Dès que l'une d'entre elles n'est pas remplie, la prise en charge ne donne pas lieu à facturation d'un GHS mais à celle d'un forfait « accueil et traitement des urgences » (ATU) présenté en annexe 2, ainsi que des actes et consultations réalisés.

À noter que, de la même façon que pour les prises en charge ambulatoires programmées, dont les conditions de facturation sont décrites dans l'annexe 4 de la présente instruction, les prises en charge en UHCD comportant l'administration de produits de la réserve hospitalière telle que définie à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique, emporte une facturation en GHS.

La troisième condition relative à la « réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques » ne renvoie pas exclusivement à la réalisation d'actes CCAM et le respect de cette condition n'est pas soumis au caractère répétitif de l'acte.

Lorsque les conditions précitées sont remplies, la prise en charge en UHCD donne lieu à facturation d'un « GHS correspondant à un GHM pour lequel la date de sortie est égale à la date d'entrée, quelle que soit la durée de séjour dans cette unité ».

En d'autres termes, la prise en charge d'un patient en UHCD donne lieu à facturation du GHS correspondant au GHM du niveau de sévérité le plus bas au regard de la racine à laquelle conduit le groupage de son résumé de séjour.

Dans le cas d'une mutation vers un service MCO de la même entité géographique, les règles générales de production des résumés de sortie standardisés (RSS) s'appliquent : il s'agit d'un même séjour hospitalier, avec passage dans plusieurs unités médicales. Un RSS unique doit être produit et un seul GHS facturé. Lorsqu'en revanche, la prise en charge en UHCD est suivie d'un transfert du patient vers une unité MCO relevant d'une autre entité géographique, le passage en UHCD donne bien lieu à facturation d'un GHS, sous réserve du respect des trois conditions cumulatives.

ANNEXE 4

CONDITIONS DE FACTURATION DES GHS
POUR LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES SANS NUITÉE

Le cadre général des conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières sans nuitée (c'est-à-dire avec date de sortie identique à la date d'entrée) est prévu par l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé. La présente annexe vient préciser ce cadre général en décrivant de façon détaillée les conditions de facturation de ces prises en charge.

Pour pouvoir justifier de la facturation d'un GHS, les prises en charge sans nuitée doivent répondre à une condition commune ainsi qu'à des conditions spécifiques relatives à la typologie de prises en charge dont elles relèvent, à l'exception de certaines qui ne relèvent d'aucune condition spécifique et qui sont présentées au point 1 de la présente annexe.

Les prises en charge en hospitalisation de jour font l'objet d'une admission du patient dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique et utilisent ses moyens en locaux, matériel et personnel.

Ces prises en charge doivent répondre à certains critères, qui diffèrent selon le type de prise en charge.

Les typologies de prises en charge ainsi que les critères auxquels elles doivent répondre sont précisés au point 2 de la présente annexe.

Le point 3 de l'annexe est relatif aux prises en charge liées à l'addictologie, dont les modalités de facturation sont prévues par l'article 11 *bis* de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé.

Le point 4 de l'annexe illustre les prises en charge de la douleur.

Enfin, le point 5 de cette annexe vient expliciter les éléments de traçabilité de ces prises en charge.

1. Les prises en charge sans nuitée dont la facturation en GHS est admise sans condition spécifique

Ces prises en charges particulières sont les suivantes :

Les hospitalisations écourtées suite au décès, au transfert, à la fugue ou à la sortie contre avis médical du patient

Il s'agit des hospitalisations écourtées au sens strict, c'est-à-dire ayant connu un commencement d'exécution se traduisant par la mobilisation par l'établissement de certains moyens.

Ne relève pas de ce cas, et ne doit donc pas donner lieu à facturation d'un GHS, la prise en charge écourtée qui n'aurait donné lieu qu'à une simple installation du patient dans les locaux, sans mobilisation d'aucun moyen médical.

Les prises en charge correspondant à des « séances »

Il s'agit, d'une part, des prestations correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 définie à l'annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé (séances).

L'intégralité de ces séances, telles que définies dans le guide méthodologique PMSI MCO, est ainsi financée à travers un GHS sans que la prise en charge n'ait à répondre aux critères de la présente instruction.

D'autre part, font également l'objet de la facturation d'un GHS sans conditions spécifiques, les prises en charge assimilables à des séances, c'est-à-dire, des prises en charge sans nuitée comportant des actes ou des diagnostics de la catégorie majeure de diagnostic n° 28¹, mais dont le groupage renvoie vers d'autres CMD (notamment parce que le diagnostic n'est pas codé en diagnostic principal mais en diagnostic associé).

¹ CMD 28 (Séances) : Volume 2 du manuel des groupes homogènes de malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé.

Les prises en charge donnant droit à la facturation d'un GHS correspondant au GHM 23Z02T (soins palliatifs)

Les prises en charge sans nuitée qui respectent les critères définis dans l'arbre décisionnel de l'assurance maladie portant sur la facturation des séjours classés dans le GHM 23Z02T de soins palliatifs donnent lieu à facturation d'un GHS, indépendamment des conditions fixées par la présente instruction.

2. Les prises en charge sans nuitée dont la facturation en GHS est soumise au respect de certaines conditions

- a) Une condition commune à l'ensemble des prises en charge :
l'admission dans une structure d'hospitalisation de jour

Une prise en charge programmée sans nuitée requiert une organisation spécifique réalisée sur un plateau adapté, à savoir une structure d'hospitalisation à temps partiel individualisée, respectant les conditions de fonctionnement telles que définies par les articles D. 6124-301-1 et suivants du code de la santé publique.

La prise en charge du patient donne lieu à l'utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation de jour.

De manière dérogatoire, pour les prises en charge de médecine visées au point iii du b et pour des raisons tenant à l'organisation de la prise en charge, le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité que la structure d'hospitalisation de jour.

- b) La facturation de GHS d'hospitalisation de jour pour des prises en charge hospitalières sans nuitée : des critères adaptés selon les types de prises en charge

i. Prises en charge avec un acte classant

Ces prises en charge se caractérisent par la réalisation d'un acte CCAM classant², au sens du manuel des GHM. Ces prises en charge font le plus souvent l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en C (chirurgicales), en K (interventionnelles) mais peuvent également donner lieu à un groupage dans certaines racines de GHM en Z.

Ces prises en charge donnent lieu à la facturation d'un GHS dit « plein » dès lors que la présence d'un acte classant est détectée au sein du séjour, et ceci indépendamment du groupage de ce dernier.

À titre d'illustration :

- allogreffes, autogreffes ou greffes de cellules souches hématopoïétiques, le cas échéant, lors d'une venue sans nuitée ;
- accouchement, le cas échéant, lors d'une venue sans nuitée.

À noter que les prises en charge concernant des actes associés à un forfait « sécurité environnement » (SE) tel que décrit à l'annexe 2 de la présente instruction, ne peuvent en principe donner lieu à facturation d'un GHS, sauf dans les cas particuliers suivants, qui correspondent à des situations décrites ci-après dans la présente annexe :

- si l'acte est réalisé de sous anesthésie générale ou loco-régionale ;
- si l'acte est réalisé au cours d'une prise en charge comportant d'autres interventions ;
- ou s'il est réalisé chez un patient dont l'état de santé présente un contexte justifiant le recours à une hospitalisation.

ii. Prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie générale ou loco-régionale

Il s'agit de prises en charge de type médical avec des actes non classant ou sans acte qui sont réalisées sous anesthésie générale ou loco-régionale : le geste d'anesthésie générale ou loco-régionale et son codage emportent la possibilité de facturer un GHS dit « plein ».

Ces prises en charge se caractérisent :

- soit par la réalisation d'un acte CCAM non classant mais acceptant une activité 4 d'anesthésie que celle-ci ait ou non été réalisée ;
- soit par la réalisation d'un acte CCAM non classant associé à une anesthésie complémentaire (anesthésie générale ou loco-régionale) ;

² Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'annexe 8 du volume 1 du manuel des groupes homogènes de malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé.

- soit par la réalisation, au cours d'un séjour sans acte CCAM, d'une anesthésie générale ou locorégionale.

À titre d'illustration :

- les endoscopies œso-gastro-duodénales sont codées en CCAM par un code n'acceptant pas une activité 4. Si elles sont réalisées sous anesthésie générale, celle-ci doit être codée par un geste d'anesthésie complémentaire et la prise en charge fait l'objet d'une facturation en GHS ;
- endoscopie pédiatrique sous anesthésie générale ;
- IRM pédiatriques sous anesthésie générale ;
- examen clinique d'un enfant victime de sévices sexuels réalisé sous anesthésie générale.

iii. Prises en charge de médecine

Il s'agit des prises en charge sans acte classant³, qui mobilisent au moins trois interventions coordonnées par un professionnel médical.

La facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions ;

La facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées.

Que la prise en charge soit itérative ou unique, le respect de ces conditions s'apprécie pour chaque journée de prise en charge.

La coordination de la prise en charge

La coordination de la prise en charge, assurée par un professionnel médical, donne lieu, comme pour les autres types de prises en charge, à la rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1112-1-2 du code de la santé publique. Seuls les professionnels médicaux définis à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique (médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) peuvent assurer la coordination de la prise en charge.

Les modalités de dénombrement des interventions

Pour pouvoir être dénombrée, l'intervention doit soit être caractérisée par un acte CCAM, codé dans le respect des règles en vigueur, soit avoir été réalisée directement auprès du patient par les professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs.

Focus sur les actes CCAM

Deux actes de la CCAM peuvent être dénombrés de façon distincte dès lors qu'ils relèvent de deux techniques différentes.

Ainsi, peuvent être dénombrés :

2 actes techniques relevant de 2 sous-paragraphes de la CCAM ;

2 actes d'un même sous-paragraphe mais correspondant à 2 techniques différentes.

L'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne dans la mesure où ce dernier constitue le prolongement du premier relèvent d'une seule et même technique.

À noter que l'acte d'électrocardiographie sur au moins douze dérivations (DEQP003) ne peut être dénombré au titre d'une intervention.

Focus sur les interventions des professionnels médicaux

Les interventions qui ne sont pas réalisées directement auprès du patient ainsi que les professionnels dont l'intervention est déjà comptabilisée à travers l'acte CCAM sont exclus du dénombrement au titre de cette intervention.

À titre d'illustration :

- le biologiste ou l'anatomopathologiste qui traite un prélèvement au sein du laboratoire ne peut être dénombré ;
- de la même façon, le radiologue dont l'intervention est déjà comptabilisée à travers l'acte CCAM, ne peut être dénombré au titre de cette intervention ;

³ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'annexe 8 du volume 1 du manuel des groupes homogènes de malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé.

- l'intervention du pharmacien, en tant que clinicien réalisant des entretiens pharmaceutiques directement auprès du patient peut être dénombrée.

Si un professionnel médical effectue à lui seul toutes les interventions et/ou tous les actes, l'ensemble de ses actes/interventions peut être dénombré.

À titre d'illustration :

- prises en charge pédiatriques au cours desquelles le pédiatre peut être amené à réaliser tous les actes/interventions.

Dans le cas où plusieurs professionnels médicaux interviennent directement auprès du patient, ces professionnels doivent relever de deux spécialités ou surspécialités distinctes pour que leurs interventions puissent être dénombrées. Sauf exception, la spécialité est entendue au sens de la qualification ordinale, la surspécialité étant celle validée par l'obtention d'un diplôme en formation complémentaire (DU, DESC).

Les prises en charge peuvent comporter des interventions réalisées dans le cadre de la télémédecine et de la téléexpertise.

Le cas échéant, des interventions réalisées dans un autre établissement dans le cadre de la prise en charge coordonnée du patient, peuvent être dénombrées. Pour la facturation à l'assurance maladie, ces interventions relèvent des règles de facturation des Prestations inter-établissements (PIE).

À titre d'illustration :

- prise en charge du patient dans un établissement qui ne dispose pas de plateau de médecine nucléaire et qui organise la réalisation d'une scintigraphie dans un autre établissement.

Focus sur les interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs

Les interventions de l'ensemble des autres professionnels, paramédicaux ou socio-éducatifs, que leurs actes soient ou non inscrits à la nomenclature NGAP, peuvent être dénombrées.

Les interventions des infirmier(e)s peuvent être dénombrées au titre des interventions des professionnels paramédicaux pour les soins courants (tels que, à titre d'illustration, la surveillance des constantes du patient, la réalisation de pansements, la mise en place d'une perfusion) incluant les soins de nursing.

Lorsqu'un(e) infirmier(e) intervient directement auprès du patient dans le cadre des soins courants et qu'il/elle réalise une consultation d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des infirmier(e)s de pratique avancées, deux interventions peuvent être dénombrées, qu'il s'agisse de la même personne ou de deux personnes distinctes.

De la même manière, le professionnel paramédical qui réalise un entretien directement auprès du patient dans le cadre d'un programme personnalisé de soins (PPS) en cancérologie peut être dénombré

Focus sur les interventions collectives

Une intervention collective, c'est à dire réalisée par un professionnel quel qu'il soit, auprès de plusieurs patients et dans le même temps, peut être dénombrée au titre de ce professionnel pour chacun des patients. La facturation d'un GHS pour la prise en charge incluant cette intervention collective s'apprécie au regard de l'ensemble de la prise en charge de chacun de ces patients.

À titre d'illustration des modalités de dénombrement des interventions, les prises en charge suivantes, lorsqu'elles justifient de 3 interventions font l'objet d'un GHS dit « intermédiaire » et lorsqu'elles justifient d'au moins 4 interventions font l'objet de la facturation d'un GHS dit « plein » :

- les prises en charge pour bilan complexe des maladies chroniques, maladies rares, maladies orphelines, notamment en pédiatrie ;
- les prises en charge des troubles neurodéveloppementaux, troubles du spectre autistique et des troubles des apprentissages, notamment en pédiatrie ;
- les bilans pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnels de suivi des grands prématurés, des enfants souffrant de handicaps neuromoteurs ;
- les bilans et les réévaluations des troubles cognitifs chez la personne âgée.

La prise en compte de la surveillance particulière ou du contexte patient

Dans certains cas, quel que soit le nombre d'interventions réalisées auprès du patient, la prise en charge peut justifier une hospitalisation de jour et la facturation d'un GHS dit « plein » :

- soit parce que la prise en charge comporte l'administration de produits de la réserve hospitalière telle que définie à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique ;

- soit parce qu’il s’agit de modalités de prise en charge qui nécessitent un temps de surveillance du patient ou de réalisation plus important ou qui nécessitent des conditions d’asepsie spécifiques : cette situation est dénommée « surveillance particulière » ;
- soit parce l’état de santé du patient présente un contexte requérant que des précautions adaptées à ce patient soient prises dans le cadre des interventions réalisées : cette situation est dénommée « contexte patient ».

L’ensemble de ces situations justifie la facturation d’un GHS dit « plein », quel que soit le nombre d’interventions dénombrée au cours de la prise en charge, dans la mesure où les éléments justifiant l’administration d’un produit de la réserve hospitalière, le contexte patient ou la surveillance particulière sont bien retracés dans le dossier du patient.

Focus sur les prises en charge liées à l’administration de produits en dehors du cadre de leur autorisation de mise sur le marché (AMM)

Comme indiqué *supra* dans la présente instruction, dans l’attente de la finalisation des travaux d’évolution de la procédure de recours au dispositif des recommandations temporaires d’utilisation (RTU), qui constitue le cadre réglementaire de l’administration d’une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son AMM, la facturation des prises en charge liées à l’administration d’une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché fait l’objet d’un moratoire dans le cadre des contrôles de la facturation en hôpital de jour.

Il convient de préciser que ce moratoire ne concerne que le contrôle de la facturation et que la prescription et l’administration d’une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché demeurent soumises au cadre légal décrit à l’article L. 5121-12-1 du CSP, qui prévoit notamment que l’administration est possible « en l’absence d’alternative médicamenteuse appropriée disposant d’une autorisation de mise sur le marché ou d’une autorisation temporaire d’utilisation et sous réserve que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l’état clinique de son patient. ». Le cas échéant, l’établissement doit pouvoir fournir l’ensemble des éléments permettant d’attester le respect de cette réglementation. À noter que ces prises en charge concernent principalement les maladies rares, le traitement de la douleur, la pédiatrie, l’oncopédiatrie et l’oncogériatrie.

La « surveillance particulière » renvoie aux situations suivantes :

- la réalisation d’un prélèvement complexe ;
- la nécessité d’isolement prophylactique ;
- le recours à un environnement de type bloc opératoire ou interventionnel ou nécessitant des conditions d’asepsie spécifiques ;
- la nécessité d’une surveillance prolongée du fait du risque de complication ;
- le cas échéant, d’autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

À titre d’illustration, la notion de surveillance particulière comprend :

- les prises en charge de patients atteints de maladies infectieuses pour lesquelles les recommandations de bonnes pratiques prescrivent l’isolement prophylactique du patient, cet isolement ayant mobilisé des moyens supplémentaires ;
- la réalisation d’un prélèvement complexe comme les épreuves dynamiques hormonales, notamment chez l’enfant ;
- la réalisation d’un acte CCAM qui n’accepte pas le code activité 4 et qui est réalisé sans anesthésie générale ou loco-régionale mais qui nécessite pour des raisons tenant à la sécurité des soins, une technique de bloc opératoire ou de secteur interventionnel et ne peut être réalisé que dans des conditions strictes d’asepsie : par exemple, les actes de pose de cathéter veineux central par voie transcutanée (acte EPLF002) et de pose d’un cathéter relié à une veine profonde du membre supérieur ou du cou par voie transcutanée, avec pose d’un système diffuseur implantable sous-cutané (acte EBLA003) ;
- la réalisation de tests allergologiques, la désensibilisation, la réintroduction d’aliments ou de médicaments dans les situations d’allergie avec risque de choc anaphylactique ;
- la première administration à risque de complication lors de la mise en place d’une immunothérapie, notamment chez l’enfant ;
- un séjour sans nuitée consécutif à un accouchement en dehors d’un établissement de santé.

Le « contexte patient » fait référence à la fois à la fragilité du patient et à son terrain à risque au moment de cette prise en charge.

Ce contexte nécessite un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières pour la réalisation de la prise en charge, que d’autres patients n’auraient pas requis.

Les informations attestant de la majoration des efforts de soin imposée par le contexte patient doivent figurer dans le dossier du patient.

Le « contexte patient » renvoie aux situations suivantes :

- âge du patient ;
- handicap ;
- pathologie psychiatrique ;
- état grabataire ;
- antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement, échec ou impossibilité de la réalisation d'un acte en externe) ;
- précarité sociale ;
- difficultés de coopération ou incapacité à s'exprimer ;
- suspicion de maltraitance chez majeur protégé/chez le mineur (*cf. focus infra*) ou mise en place de mesures de protection d'une femme victime de violence au sein du couple ;
- prise en charge réalisée en urgence ou de manière non programmée en dehors de l'UHCD (*cf. focus infra*) ;
- le cas échéant, en raison d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

À titre d'illustration :

- le cas où une sédation est réalisée notamment pour la réalisation d'une IRM chez un patient ayant des difficultés de coopération (très jeune enfant, patient agité, patient présentant des troubles autistiques par exemple) relève du « contexte patient » ;
- la réalisation d'une évaluation neuro-pédiatrique chez un nouveau-né prématuré, fragile et fatigable relève du « contexte patient » ;
- la réalisation d'une endoscopie, d'une fibroscopie bronchique ou œsophagienne chez l'enfant sous sédation ou analgésie ;
- la réalisation d'explorations fonctionnelles respiratoires chez le nouveau-né ou le nourrisson sous sédation prolongée.

Focus sur l'hospitalisation du patient mineur décidée par un médecin dans le cadre d'une suspicion de maltraitance

En vertu de son obligation réglementaire de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la protection de la santé de l'enfant et des recommandations de bonnes pratiques en la matière, le médecin peut être conduit à prescrire l'hospitalisation immédiate de son patient en cas de danger d'ordre médical, psychologique ou social pour le patient mineur.

Cette hospitalisation immédiate devient même nécessaire dans certaines situations, notamment lorsque l'enfant est un nourrisson, lorsqu'il existe un risque médical important voire vital ou lorsque la mise à l'abri de l'enfant est nécessaire, le cas échéant sous un prétexte médical.

L'admission, dans ce cadre, du patient mineur au sein une unité d'hospitalisation exonère l'établissement du respect des critères définis *supra* et justifie la production d'un GHS dit « plein ».

Focus sur les prises en charge réalisées en urgence ou de manière non programmée en dehors des unités d'hospitalisation de courte durée

Le contexte patient recouvre également la prise en charge non programmée, c'est-à-dire non planifiée par la structure d'hospitalisation à temps partiel dans les 24h avant la venue du patient, ou réalisée en urgence en dehors d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), d'un patient dont l'état de santé répond cumulativement aux critères définis à l'article 12 de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé, précisés au sein de l'annexe 3 de la présente instruction, justifie la facturation d'un GHS dit « plein ».

Il s'agit de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé :

- présente une pathologie potentiellement évolutive et susceptible d'aggravation ou dont le diagnostic reste incertain ;
- nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- nécessite la réalisation d'examens complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

En effet, une prise en charge cumulant ces trois conditions justifie la mobilisation des moyens d'hospitalisation de l'établissement et donc la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- Les prises en charge en urgence pour menace d'accouchement prématuré font partie de ces cas particuliers ;
- les prises en charge en urgence pour suspicion d'accident ischémique transitoire (AIT).

3. La facturation des prises en charge sans nuitée en addictologie

Ces prises en charge sont décrites dans l'article 11 *bis* de l'arrêté du 19 février 2015 susvisé. Son annexe 9 précise les GHS concernés ainsi que la liste des activités que la prise en charge peut comporter pour justifier de la facturation d'un GHS dit « plein ».

En outre, il est spécifié que ces activités doivent s'inscrire dans un programme de soins formalisé dont la durée en nombre de venues du patient est définie et le contenu retracé, pour chaque venue du patient, dans le dossier médical.

À noter que pour ces prises en charge sans nuitée en addictologie, le dénombrement des interventions, de même que la surveillance particulière ou le contexte patient, ne font pas l'objet d'un recueil dans le PMSI.

4. La facturation des hospitalisations sans nuitée liées à la prise en charge de la douleur

Ces prises en charge s'inscrivent dans la démarche de gradation décrite dans la présente instruction, et en particulier dans les différentes typologies et niveaux de valorisation en hospitalisation de jour décrits au 2 de la présente annexe.

Les hospitalisations sans nuitée liées à la prise en charge de la douleur, qu'elle soit chronique ou aiguë, font l'objet de recommandations de prises en charge par la société savante, la Société française d'étude et traitement de la douleur (SFETD), ainsi que le cas échéant des autres sociétés savantes concernées.

Certaines de ces prises en charge se caractérisent par la réalisation d'un acte CCAM classant⁴, et sont donc prises en compte tel que précédemment décrit au point i du b du 2.

Pour les autres, dès lors qu'elles sont réalisées dans le respect du référentiel de bonnes pratiques cliniques de la SFETD, les prises en charge décrites ci-après font l'objet des modalités de facturation suivantes :

Les prises en charge interventionnelles au niveau rachidien : ces prises en charge peuvent être réalisées dans un environnement externe mais elles peuvent également relever du contexte patient présenté au iii du 2 de la présente annexe et à ce titre donner lieu à une hospitalisation et à la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- les infiltrations rachidiennes (voie du hiatus sacro-coccygien, voies interlaminaires, facettaires...), les infiltrations épidurales postérieures lombaires, les infiltrations intradiscales ;
- les blocs facettaires ;
- la thermocoagulation articulaire vertébrale postérieure (rhizolyse).

Les prises en charge « lourdes » de radiologie interventionnelle : compte tenu de la lourdeur de ces gestes, ces prises en charge se font majoritairement dans le cadre d'une hospitalisation avec nuitée mais sont parfois organisées dans le cadre d'une hospitalisation sans nuitée et font l'objet d'une facturation en GHS dit « plein » soit parce qu'un acte classant est réalisé (groupage de la prise en charge dans un GHM interventionnel en « K ») soit lorsqu'elles sont classées dans un GHM de médecine en raison de la surveillance particulière qu'elles impliquent dans un environnement de type salle de radiologie interventionnelle.

À titre d'illustration :

- les blocs neurolytiques tels que le bloc neurolytique des nerfs splanchniques et du plexus coéliquaire, le bloc neurolytique du plexus hypogastrique ou sacré, le bloc neurolytique du ganglion impar ;
- les vertébroplasties ou spondyloplasties, les cimentoplasties intra-osseuses extra-rachidiennes ;
- les gestes sur les tumeurs, les actes d'ostéosynthèse percutanée...

⁴ Acte CCAM « classant » : acte présent sur la liste de l'annexe 8 du volume 1 du manuel des groupes homogènes de malades figurant en annexe I de l'arrêté du 23 décembre 2016 susvisé.

Les prises en charge pour analgésie loco-régionale : d'une manière générale, l'administration de volumes ou doses conséquentes d'anesthésique local, est réalisée dans le cadre d'une hospitalisation et facturée en GHS dit « plein » en raison de la surveillance particulière qu'elle requiert. Dans les autres situations, les blocs sont plutôt réalisés dans un cadre de prise en charge externe mais le cas échéant, la pathologie causale ou l'état clinique du patient peut justifier une hospitalisation et la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- les blocs analgésiques du système nerveux périphérique somatique (tels les blocs du nerf grand occipital, du nerf pudendal...) ;
- l'analgésie loco-régionale continue par cathéter périnerveux ;
- les blocs analgésiques du système nerveux périphérique autonome ou végétatif (tels le bloc du ganglion stellaire, le bloc du ganglion impar...) ;
- le bloc nerveux analgésique somatique et sympathique (tel le bloc paravertébral).

Les prises en charge pour analgésie périmédullaire : en raison de la surveillance particulière qu'elles impliquent et/ou de l'environnement de type salle interventionnelle qu'elles mobilisent, ces prises en charge sont réalisées dans le cadre d'une hospitalisation sans nuitée et font l'objet de la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- analgésie intrathécale avec pompe implantable (remplissage et programmation de la pompe) ;
- analgésie périmédullaire (intrathécale ou périurale) avec pompe externe...

Les prises en charge liées à la mise en place d'une analgésie contrôlée par le patient (ACP ou PCA) : pompe PCA d'opiacés par voie intraveineuse (sur cathéter veineux central), ou par voie sous-cutanée (morphine, oxycodone, fentanyl, surfentanyl). En raison de la surveillance prolongée qu'elles impliquent, ces prises en charge lorsqu'elles sont réalisées sans nuitée, le sont dans le cadre d'une hospitalisation et font l'objet de la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- mise en place d'une pompe PCA, par exemple dans le cadre de la douleur cancéreuse, dans les crises aiguës drépanocytaires...

Les prises en charge liées à l'administration de produits de la réserve hospitalière : ainsi que le prévoit le point relatif à la prise en compte de la surveillance particulière ou du contexte patient au iii du 2 de la présente annexe, les prises en charge comportant l'administration de produits de la réserve hospitalière telle que définie à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique, justifient une hospitalisation et font l'objet de la facturation d'un GHS dit « plein ». Ces prises en charge ont fait l'objet d'une validation par la Société française d'étude et de traitement de la douleur (SFETD).

À titre d'illustration :

- traitement topique par application de patches de haute concentration de capsaïcine 8 %.

Les prises en charge pour injections épidurales de sang autologue (blood patch) : en raison de l'environnement de type salle interventionnelle qu'elles mobilisent pour la réalisation du geste et de la surveillance qu'elles impliquent après le geste, ces prises en charge sont réalisées dans le cadre d'une hospitalisation sans nuitée et font l'objet de la facturation d'un GHS dit « plein ».

Les bilans dans un contexte de douleur chronique invalidante chez l'adulte ou l'enfant : il s'agit d'évaluations multidisciplinaires et pluriprofessionnelles, faisant intervenir au sein d'une prise en charge globale plusieurs professionnels médicaux (médecin douleur, psychiatre, le cas échéant autres médecins spécialistes), soignants ou socio-éducatifs. Ces interventions auprès des patients peuvent être associées (chez l'adulte ou l'enfant) à des actes à visée thérapeutique, comme la neurostimulation électrique transcutanée TENS), une séance d'hypnose à visée antalgique...

Ces prises en charge relèvent du point iii du 2 de la présente annexe : selon le nombre d'interventions dénombrées, elles font l'objet d'une facturation en GHS dit « intermédiaire » (prises en charge avec 3 interventions) ou d'une facturation en GHS dit « plein » (prises en charge justifiant d'au moins 4 interventions).

À titre d'illustration :

- bilan d'évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle de situations douloureuses chroniques complexes de l'adulte ou de l'enfant à visée diagnostique ;
- bilan intermédiaire de suivi pour décider de la poursuite ou de l'arrêt d'une thérapeutique chez l'adulte ou l'enfant : évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle ;

- bilan d'évaluation multidisciplinaire et pluriprofessionnelle chez l'adulte ou l'enfant, en cas d'échec de toutes les thérapeutiques proposées par la structure douleur chronique, en vue de mettre ultérieurement en place une thérapeutique invasive, notamment une technique de neuromodulation implantée ou l'implantation d'une pompe d'antalgie intrathécale...

Les prises en charge des douleurs induites par les soins chez l'enfant : il s'agit de prises en charge thérapeutiques multidisciplinaires et pluriprofessionnelles au cours desquelles des moyens médicamenteux ou non médicamenteux sont administrés. Ces prises en charge s'inscrivent dans la démarche de gradation décrite dans la présente instruction et font l'objet d'une facturation d'un GHS dit « plein » ou dit « intermédiaire » en fonction du nombre d'interventions dénombrées conformément aux modalités de décompte décrites au point iii du 2 de la présente annexe.

Lorsque la prise en charge concerne un jeune enfant et/ou un enfant handicapé ou polyhandicapé physique et/ou psychique, elle relève, de par le contexte patient et la surveillance prolongée qu'elle requiert, de la facturation d'un GHS dit « plein ».

À titre d'illustration :

- pansements chirurgicaux ou de brûlures ;
- soins de pieds bots ;
- soins de plexus brachial chez le nourrisson ;
- soins chez un enfant phobique.

Il convient de noter que, comme évoqué supra dans la présente instruction, par conséquent y compris dans le cadre des prises en charge de la douleur, les prises en charge relatives à l'administration d'une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son AMM font l'objet d'un moratoire sur le contrôle de la facturation du séjour, dans l'attente de l'évolution de la procédure de recours au dispositif de recommandation temporaire d'utilisation et le temps que ces travaux aboutissent.

5. Les éléments de traçabilité permettant de caractériser l'hospitalisation de jour

Dans tous les cas de figure, les établissements de santé doivent veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l'hospitalisation de jour.

Les interventions réalisées par les différents professionnels ou celles caractérisées par la réalisation d'actes CCAM doivent donner lieu à une mention dans le dossier du patient. Le dossier du patient doit également permettre d'apprécier les éléments de contexte patient et de surveillance particulière.

ANNEXE 5

FORFAITS PAIEMENT AU SUIVI DES PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques a conduit à une réflexion sur la prise en charge des patients qui en sont atteints, au sein du système de santé.

Afin de renforcer la prévention de ces maladies et d'assurer un meilleur suivi des patients, l'article 38 de la loi n° 2018-1203 de financement de la sécurité sociale pour 2019 crée l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale qui prévoit la forfaitisation de la prise en charge de certaines pathologies chroniques par les établissements de santé.

En application de la LFSS pour 2019, le décret en Conseil d'État du 23 septembre 2019 crée l'article R. 162-33-16-1 du code de la sécurité sociale, qui établit le modèle de financement de la prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

Concernant la maladie rénale chroniques (MRC), deux arrêtés viennent expliciter les règles du modèle de financement spécifiques à la prise en charge de cette pathologie et déterminer les établissements intégrés dans le dispositif de financement au forfait. :

- l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale ;
- l'arrêté du 27 septembre 2019 fixant la liste des établissements éligibles aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique en application de l'article L. 162-22-6-2 du code de la sécurité sociale.

Ainsi, pour les établissements de santé éligibles conformément aux textes précités, la prise en charge de patients atteints de MRC est financée par une rémunération forfaitaire visant la mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention, d'éducation thérapeutique et de coordination des parcours patients avec la médecine de ville se substituant aux ACE et à certains forfaits de l'annexe 2.

Sont couverts par la dotation MRC pour les patients pris en charge au sein des établissements éligibles :

- les consultations, y compris les téléconsultations et téléexpertise pour les patients de la file-active, réalisées par le médecin néphrologue ;
- les forfaits et catégories de prestations mentionnés aux 5° (SE) et 6° (APE) de l'article R. 162-33-1, réalisées par le médecin néphrologue.

A contrario sont exclus de la rémunération forfaitaire relative à la prise en charge des patients atteints de MRC au sein des établissements éligibles et donc facturables en sus du forfait :

- les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements du *d* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ou ceux exerçant dans les établissements du *a* de l'article L. 162-22-6 conformément aux dispositions des articles L. 6154-1 à L. 6154-7 du code de la santé publique ;
- les honoraires des médecins libéraux exerçant dans les établissements visés au *b* et au *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale conformément aux dispositions de l'article 57 de la loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé ;
- la rémunération des médecins salariés au sens de l'article L. 162-26-1.

Les établissements non éligibles continuent à facturer leurs ACE, leurs forfaits et leurs GHS selon les règles de droit commun, conformément à l'arrêté du 19 février 2015 susvisé et conformément à la présente instruction.

Une réflexion est engagée pour élargir à d'autres pathologies chroniques à compter de 2021.

ANNEXE 6

DISPOSITIF DE RESCRIT TARIFAIRE

Du fait de l'évolution permanente des pratiques médicales et de l'impossibilité de dresser une liste exhaustive des situations relevant d'une hospitalisation de jour, il semble nécessaire de compléter les règles précisées par la présente instruction par un mécanisme de « rescrit tarifaire ».

Le dispositif de rescrit tarifaire est un dispositif national, créé sous l'autorité du ministère des solidarités et de la santé, qui permet à tout Établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière, d'obtenir en dehors des périodes de contrôle une prise de position formelle de l'État, sur les règles de facturation applicables.

Cette décision devient opposable dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité.

La mise en œuvre de ce rescrit permet d'apporter une réponse à certaines situations qui ne se retrouveraient pas dans les critères spécifiques décrits au chapitre 7 de l'arrêté prestation du 19 février 2015 et précisés dans la présente instruction afin de déterminer si elles justifient néanmoins de la facturation d'un GHS.

Ce mécanisme de rescrit s'effectue dans les conditions suivantes :

1. Objet et conditions de la demande

La demande est formulée par écrit par le représentant légal d'un établissement de santé, par une fédération hospitalière représentative ou une société savante médicale et est adressée, par tout moyen permettant d'apporter la preuve de sa date de réception, au service national du ministère des solidarités et de la santé compétent.

Une copie de la demande est adressée, pour information, à l'agence régionale de santé (ARS) territorialement compétente.

La demande de rescrit porte sur l'application à un type précis de situation médicale des règles définies au chapitre 7 : « Hospitalisation de jour et hospitalisation en unité d'hospitalisation de courte durée » de l'arrêté du 19 février 2015, dit arrêté « prestations MCO », ou des précisions techniques qui y sont apportées dans la présente instruction.

La description par le demandeur de la situation de fait en cause doit être présentée de manière sincère et revêtir un caractère suffisamment clair et précis pour permettre à l'administration d'en apprécier le contenu. Le demandeur transmet ainsi au service national compétent le protocole de prise en charge envisagé.

Éléments à transmettre à l'appui de la demande de rescrit :

- raison sociale de l'établissement, de la société savante ou de la fédération hospitalière ;
- numéro FINESS juridique et numéro FINESS géographique lorsque le demandeur est un Établissement de santé ;
- numéro de téléphone et adresse électronique du service responsable ;
- une présentation précise, complète et sincère du protocole de prise en charge afin que l'administration se prononce en toute connaissance de cause. Le demandeur décrit ainsi la liste exhaustive des actes et examens auxquels la prise en charge renvoie, ainsi que le type et le nombre d'interventions réalisées ;
- les références précises des dispositions de l'arrêté « prestations MCO » et de la présente instruction sur la base desquelles s'appuie la demande (type d'hospitalisation de jour concerné...). Dans la mesure du possible, le demandeur présente son interprétation de la facturation de la prise en charge concernée au regard des règles existantes et pourquoi, selon lui, celle-ci justifie la facturation d'un GHS.

Aucune demande de rescrit, pour un séjour donné, ne peut être formulée par un établissement de santé lorsqu'un contrôle de la tarification à l'activité, prévu à l'article L. 162-23-13 du code de la sécurité sociale, sur ce séjour, a été engagé pour cet établissement (soit à compter de la réception de l'avis de contrôle mentionnant les activités, prestations ou ensembles de séjours concernés).

Ainsi, la demande de rescrit ne peut être formulée par l'établissement contrôlé pour un séjour donné de ce dernier, dont l'assurance maladie conteste la facturation.

De la même manière, aucune demande de rescrit ne peut être formulée par l'établissement lorsqu'un contentieux entre lui et l'assurance maladie, en rapport avec cette demande, est en cours.

Toutefois, au cours du contrôle, l'établissement concerné ou sa fédération peuvent échanger avec les services de l'assurance maladie conformément à la procédure décrite au sein du « guide de

contrôle T2A MCO ». De la même façon, la procédure de saisine de l'ATIH, telle que décrite à l'annexe 2 de la circulaire n° DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 et précisée à l'annexe 5 de la circulaire n° DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009, peut toujours être mobilisée en cas de désaccord relatif à des problèmes de codage.

Dans le cadre de l'élaboration du programme de contrôle, l'UCR s'assure que celui-ci ne couvre pas une typologie de séjours qui fait l'objet d'une demande de rescrit publiée.

2. Examen de la demande

La demande d'un établissement de santé, d'une fédération hospitalière représentative ou une société savante médicale, est adressée au service du ministère des solidarités et de la santé compétent qui en accuse réception auprès du demandeur.

Le ministère des solidarités et de la santé s'assure, dans un délai d'un mois, que l'ensemble des éléments à transmettre à l'appui de la demande aient été fournis. Le cas échéant, il sollicite le demandeur pour apporter les éléments manquants.

Passé ce délai, tant que l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction de la demande n'ont pas été transmises, le ministère ne peut procéder à l'instruction de la demande. Le dossier ne fera l'objet d'un traitement que lorsque l'ensemble des pièces auront été réceptionnées.

3. Réponse à la demande

Lorsque l'ensemble des pièces nécessaires à l'instruction de la demande de rescrit a été transmis au ministère des solidarités et de la santé, la demande fait l'objet d'une publication anonymisée sur le site internet du ministère des solidarités et de la santé, qui dispose d'un délai maximum de 3 mois, à compter de la publication de la demande, pour se prononcer et notifier sa réponse au demandeur.

Si les informations contenues dans les pièces transmises ne permettent pas au ministère de se positionner, il peut solliciter le demandeur afin d'obtenir des compléments. Le délai de 3 mois est alors suspendu jusqu'à la réception par le ministère des éléments complémentaires nécessaires à l'instruction.

Ce délai permet un examen conjoint de la demande par les services du ministère et de l'assurance maladie.

Il permet également au ministère de solliciter pour avis le Conseil national professionnel (CNP) qui pourra s'appuyer, en son sein, sur la société savante de la spécialité médicale concernée.

À cet effet, le ministère lui transmet la demande dès sa publication. Le CNP dispose alors d'un délai de 2 mois pour émettre un avis médicalisé sur la pertinence de l'organisation de la prise en charge visée par la demande de rescrit au regard des bonnes pratiques.

À l'appui de cet avis consultatif, les services du ministère et de l'assurance maladie prennent position sur la demande de rescrit. Dans le cas où cette position se détache de l'avis du CNP, celle-ci doit être motivée expressément.

L'ensemble des demandes complètent ainsi que les avis consultatifs des CNP et les réponses apportées font l'objet d'une publication. Lors de la publication de la réponse, le dossier ne fait plus l'objet d'une anonymisation du demandeur.

Lorsque la question posée ne présente pas un caractère nouveau, c'est-à-dire si elle a déjà fait l'objet d'une réponse publiée dans les conditions décrites précédemment, le ministère retransmet au demandeur la réponse publiée.

4. Opposabilité de la réponse

La réponse apportée est opposable par l'établissement à l'origine de la demande et engage ainsi les services de l'État et de l'assurance maladie à ne pas revenir sur cette position formelle en cas de contrôle ultérieur réalisé au sein de l'établissement et portant sur une prise en charge comparable à celle décrite dans la demande. L'établissement doit être de bonne foi et suivre effectivement la position ou les indications communiquées par l'administration.

Cette garantie prend fin lorsque la situation de fait exposée dans la demande ou la réglementation au regard de laquelle cette situation a été appréciée, ont été modifiées.

La réponse apportée, dès lors qu'elle a fait l'objet d'une publication, est également opposable, selon les mêmes modalités, par les autres établissements de santé, y compris au cours d'un contrôle, à condition de relever de situations de faits comparables à celle exposée dans le rescrit.