

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

La ministre des solidarités et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

(pour attribution et transmission aux établissements)

Mesdames et messieurs les directeurs des établissements de santé

(pour mise en œuvre)

**INSTRUCTION N°**DGOS/xxxx du xxx 2019 relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées au sein des établissements de santé

**Validée par le CNP le xxx - Visa CNP xxx**

NOR : **xxx**

Classement thématique : xxx

**Publiée au BO : xxx**

**Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr** **: xxx**

|  |
| --- |
| **Catégorie :** Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application |
| **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. |
| **Mots-clés** : ambulatoire, facturation hospitalière, hospitalisation de jour, activité externe |
| **Textes de référence** :   * 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. |
| **Annexes** :   * Annexe 1 : Conditions de facturation des prises en charge 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 de moins de 24h en unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD) * Annexe 4 : Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d’une journée hors UHCD * Annexe 5 : Forfaits pathologies chroniques * Annexe 6 : Dispositif de rescrit tarifaire |
| **Textes abrogés :** 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). |
| **Diffusion :** Etablissements de santé |

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 en moins d’une journée 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.

Dans le cadre de la campagne tarifaire 2019, une stratégie globale de développement de ces prises en charge a été engagée. Elle repose sur trois leviers qui forment un ensemble cohérent et indissociable :

* Amplifier la politique tarifaire incitative au développement de l’ambulatoire pour donner de véritables signaux positifs aux acteurs ;
* Clarifier la gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé et des tarifications associées via une instruction cadre ;
* 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 modifié susvisé, dit arrêté « prestations MCO », évoluent en campagne 2019 de manière à clarifier les conditions de facturation d’un groupe homogène de séjours (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d’une journée.

Ces évolutions s’accompagnent, dès la campagne tarifaire 2019, 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’Etat 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.**

**Son contenu ne préjuge pas de l’opportunité des différentes investigations et prises en charge thérapeutiques effectuées.**

A des fins de lisibilité, ces précisions 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. Il s’agit de prises en charge qui ne nécessitent pas une hospitalisation formelle du patient mais doivent être réalisées dans un environnement hospitalier.

L’annexe 3 présente les conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24H en unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD).

L’annexe 4 présente les conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d’une journée, 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 DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010.

Pour la ministre et par délégation

Cécile COURREGES

Directrice générale de l’offre de soins

Pour la ministre et par délégation Pour la ministre et par délégation

Mathilde LIGNOT-LELOUP Sabine FOURCADE

Directrice de la sécurité sociale Secrétaire générale

des ministères chargés des affaires sociales

**Annexe 1**

**Conditions de facturation des prises en charge externes en établissements de santé**

1. **La règlementation générale relative aux actes et consultations externes des établissements de santé (ACE)**

L’ensemble des établissements de santé a la possibilité de dispenser aux patients des actes et consultations externes (ACE), dans la limite de l’autorisation MCO, SSR ou de psychiatrie dont ils disposent.

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.

Concernant le champ du MCO, **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 au nom du praticien qui les a réalisés. A 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 (CSS)**, en ouvrant la possibilité à ces établissements, lorsqu’ils ont contractualisé avec l’ARS de leur territoire et qu’ils exercent des activités de médecine, dialyse, chirurgie, obstétrique, odontologie, soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, 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 CSS** leur permet depuis 2004 de facturer des actes et consultations externes, dans le cadre de leur activité.

Cet article 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.

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 CSS**. A ce jour, c’est **l’arrêté du 27 avril 2017** qui s’applique.

A noter que les actes de télémédecine 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.

1. **Focus sur les consultations avancées**

Le développement des consultations « hors les murs » recouvre à la fois les consultations avancées dans d’autres établissements de santé et les consultations dans des structures de ville (MSP, centres de santé…) et vise à améliorer la structuration territoriale de l’offre de soins, notamment dans les zones sous-denses.

Elles recouvrent deux types de situation :

* Les consultations avancées de professionnels de santé salariés qui vont réaliser une activité de consultation hors les murs de l’établissement de santé (centres de santé, EHPAD, collectivités territoriales …) ;
* Les consultations avancées de professionnels de santé salariés, relevant d’une unité MCO, qui assurent des plages de consultations sur des sites géographiques disposant d’une autorisation de psychiatrie ou de SSR.

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.

**Annexe 2**

**Conditions de facturation des prestations hospitalières sans hospitalisation**

Les prestations non suivies d’hospitalisation sont visées par les dispositions des **2° à 7° 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 doivent être réalisées dans un environnement hospitalier.

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) ;
* les forfaits « administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier » (APE et AP2) ;
* le forfait « prestation intermédiaire » (FPI).

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, complémentairement au forfait annuel urgences (FAU), à couvrir les dépenses résultant de l’admission et du traitement des patients reçus **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 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé, 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 CSS, à l’exclusion des AMI (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 CSS ;
* les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L.162-22-7 du CSS.

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 service de MCO ou en UHCD ;
* en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation : forfaits « SE », « PO », « FFM », « APE » « AP2 » et « FPI ».

1. **Forfaits de petit matériel (FFM)**

Le forfait « 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 anesthésie et inscrits sur la liste fixée à l’annexe 10 de l’arrêté du 19 février 2015 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 CSS, 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 même article ;
* En cumul avec les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L.162-22-7 du CSS.

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 », « AP2 » et « FPI »;

1. **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 « prestations MCO » est réalisé.

Si l’état de santé du patient conduit à la réalisation de deux ou plusieurs 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 CSS, 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 CSS ;
* les forfait « SE » peuvent se cumuler avec le forfait « FPI » et avec un forfait d’hospitalisation à domicile (GHT) ;
* en cumul avec les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L.162-22-7 du CSS.

Ce forfait n’est pas facturable lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l’établissement.

Ce forfait n’est pas facturable en cumul avec les autres prestations hospitalières sans hospitalisation, à l’exception du forfait « FPI » et du forfait « APE » dans les conditions prévues par l’arrêté « prestations MCO ».

1. **Forfaits administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier (APE et AP2)**

Les forfaits « administration de produits, prestations et spécialités en environnement hospitalier » (APE et AP2) visent à couvrir les dépenses résultant de l’administration au patient, en environnement hospitalier, de certains dispositifs médicaux, ainsi que de certains médicaments classés dans la catégorie des médicaments réservés à usage hospitalier.

* Un forfait APE est facturé pour chaque administration dès lors :
* qu’est administré au patient un produit (MO) ou une prestation (DM) figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l’article L.165-1 du code de la sécurité sociale et inscrit sur la liste en sus mentionnée à l’article L.162-22-7 du même code ;
* que l’administration du produit (MO) ou de la prestation (DM) **n’est pas suivie d’une hospitalisation** du patient.

Il peut s’agir d’un dispositif médical implantable, de tissus ou cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments et des prestations de services et d'adaptation associées.

Peuvent être facturés en sus du forfait « APE » :

* les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l’article L. 162-22-6 du CSS, 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 CSS ;
* les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L. 162-22-7 du CSS;

Ce forfait n’est pas facturable en cumul avec les autres prestations hospitalières sans hospitalisation, à l’exception du forfait « FPI » et du forfait « SE » dans les conditions prévues par l’arrêté « prestations MCO ».

* Un forfait AP2 est facturé à chaque administration dès lors :
* qu’une spécialité pharmaceutique mentionnée à l’article R. 5121-82 du code de la santé publique (médicaments de la réserve hospitalière) est administrée au patient ;
* que cette spécialité pharmaceutique de la réserve hospitalière n’est pas inscrite sur la liste mentionnée à l’article L. 162-22-7 du CSS. **Dans le cas contraire, l’administration donne en effet lieu à facturation d’un forfait APE.**

Lorsque l’administration du produit de la réserve hospitalière donne lieu à un acte CCAM inscrit sur la liste 5 ou 6 de l’annexe 11 de l’arrêté prestations MCO, la prise en charge donne lieu à facturation d’un forfait SE5 ou SE6 et non d’un forfait AP2.

Peuvent être facturés en sus du forfait « AP2 » :

* les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l’article L. 162-22-6 du CSS, 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 CSS ;

Ce forfait n’est pas facturable en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation à l’exception du forfait « FPI ».

1. **Forfait prestation intermédiaire (FPI)**

Afin de lever le frein au virage ambulatoire que constituait l’absence de niveau de tarification adapté pour les activités de consultation pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles, sans dimension technique, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017, a créé via l’article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale une prestation dite « intermédiaire » entre les prises en charge externes et l’hospitalisation de jour.

Les moyens mobilisés dans ce cadre n’ont en effet pas la même lourdeur que ceux mobilisés lors d’un séjour d’hospitalisation mais ne peuvent pour autant pas être pleinement couverts par la seule facturation des actes et consultations externes, dans la mesure où les interventions de certains des professionnels impliqués (psychologues, diététiciens, assistantes sociales par exemple) ne peuvent faire l’objet d’une facturation à l’acte.

La mise en place de ce nouvel échelon dans la gradation des soins ambulatoires s’est traduite par la création au 1er mars 2017, d’un forfait prenant la forme d’une prestation hospitalière non suivie d’hospitalisation intitulée « forfait prestation intermédiaire » (FPI).

**Le « FPI » vise à couvrir les soins non suivis d’hospitalisation dispensés dans les établissements de santé publics et privés représentatifs de la mise à disposition de l’ensemble des moyens nécessaires à la prise en charge de certaines affections listées à l’annexe 18 de l’arrêté « prestations MCO » du 19 février 2015.**

Ce forfait est facturé à chaque venue du patient remplissant trois conditions cumulatives :

* **L’intervention d’au moins un professionnel médical** (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), chargé d’assurer la coordination de la prise en charge ;
* **Et d’au moins deux professionnels supplémentaires**, qu’ils soient médicaux (à condition alors d’apporter une expertise complémentaire à celle du professionnel médical chargé de la coordination), paramédicaux ou socio-éducatifs ;
* La réalisation par un professionnel médical d’une **synthèse diagnostique ou thérapeutique, même provisoire, de l’ensemble de la prise en charge par les différents acteurs**. Cette synthèse médicale a vocation à conclure sur l’ensemble de la prise en charge effectuée pendant la journée et à indiquer la conduite à tenir pour la suite. Les établissements de santé doivent donc veiller à la traçabilité, dans le cadre de cette synthèse médicale, du contenu de la prise en charge et de la composition de l’équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle.

Si l’une de ces conditions cumulatives n’est pas remplie, la prise en charge ne donne pas droit à facturation du « FPI » mais à la facturation des seuls actes et consultations externes réalisés.

Le champ d’application de ce forfait est restreint à des pathologies limitativement listées dans l’arrêté « prestations MCO » du 19 février 2015, liste pouvant être amenée à évoluer.

Peuvent être facturés en sus du forfait « FPI » :

* les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l’article L. 162-22-6 du CSS, 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 CSS ;
* les forfaits « SE », « APE » et « AP2 » ;
* un forfait d’hospitalisation à domicile (GHT) ;
* les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L.162-22-7 du CSS.

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** ;
* en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation suivantes : forfaits « ATU », « FFM » et « PO » ;
* en cumul avec les spécialités pharmaceutiques, produits et prestations mentionnés à l’article L.162-22-7 du CSS ;
* en cumul avec le forfait pathologie chronique décrit dans l’annexe 5 de la présente instruction.

Le forfait FPI ne se substitue pas à l’hospitalisation de jour pour les pathologies ciblées. Les prises en charge qui remplissent les critères relatifs à l’hospitalisation de jour, présentés dans l’annexe 4, demeurent facturables en GHS.

L’articulation entre le « FPI » et l’hospitalisation de jour, tient au fait que la facturation du « FPI » :

* n’implique pas nécessairement le passage par une structure d’hospitalisation individualisée mentionnée à l’article D. 6124-301 du code de la santé publique (structure d’HDJ) et la mobilisation des moyens de cette structure ;
* n’implique pas la réalisation d’actes techniques. Si toutefois un ou plusieurs actes techniques sont réalisés, ces derniers peuvent être facturés en sus du forfait.

Le forfait FPI permet ainsi de sécuriser la facturation de prises en charge qui ne rempliraient pas les critères de l’hospitalisation de jour, notamment s’agissant de prises en charge pour lesquelles aucun acte n’est réalisé.

**Annexe 3**

**Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h en unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD)**

L’article 12 de l’arrêté du 19 février 2015 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, à l’issue de son passage dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences :

* présente un caractère instable ou que 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 : 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.

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.

A noter que, justifient la facturation d'un GHS en UHCD, les passages dans ces unités non suivis du transfert du patient dans un service de MCO du même établissement entendu au sens d’entité géographique, c'est-à-dire aux prises en charge non suivies d’une mutation au sens du PMSI.

En effet, 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 de moins d’une journée**

Le cadre général des conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d’une journée (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, dit arrêté « prestations ». La présente annexe vient préciser ce cadre général en décrivant de façon détaillée les conditions de facturation des hospitalisations de jour.

Pour pouvoir justifier de la facturation d’un GHS, les prises en charge de moins d’une journée doivent répondre à une condition commune ainsi qu’à des conditions spécifiques relatives à la typologie de prise en charge dont elles relèvent.

* 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](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006917191&dateTexte=&categorieLien=cid) et utilisent ses moyens en locaux, matériel et personnel.
* En outre, ces prises en charge à visée thérapeutique ou diagnostique, doivent respecter des **conditions spécifiques selon leur typologie** :
* Prise en charge chirurgicale ou interventionnelle
* Prise en charge en médecine, pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle
* Prise en charge d’un patient dont l’état de santé présente une fragilité et prises en charge nécessitant une surveillance particulière

Ces critères spécifiques par typologie de prise en charge sont décrits aux points 2.1 à 2.3 de la présente annexe.

* Enfin, certaines prises en charge sont, de façon dérogatoire, exemptes du respect des conditions spécifiques décrites au point 2. Elles sont limitativement listées au point 3 de la présente annexe.

1. **Une condition commune à l’ensemble des prises en charge: l’admission dans une structure d’hospitalisation de jour**

Une prise en charge programmée de moins d’une journée requiert une organisation spécifique réalisée sur un plateau adapté, à savoir une structure d’hospitalisation individualisée telle que mentionnée à l’article D. 9124-301 du code de la santé publique.

Il s’agit d’une structure d’hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit, respectant les conditions techniques de fonctionnement telles que définies par le décret n°2012-969 du 20 août 2012 modifiant certaines conditions techniques de fonctionnement des structures alternatives à l’hospitalisation complète.

Ces structures doivent ainsi disposer des moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels du ou des actes réalisés.

La prise en charge donne lieu à utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d’hospitalisation. Sont notamment mobilisés au sein de ces structures et au bénéfice du patient des « espaces spécifiques adaptés » (mentionnés à l’article D. 6124-302 du code de la santé publique) visant à garantir « à chaque patient les conditions d’hygiène et d’aseptie nécessaires ainsi que le respect de son intimité et de sa dignité ». Il s’agit d’unités de lieu, au sein de la structure d’hospitalisation de jour, dans lesquelles le patient peut bénéficier d’investigations cliniques ou techniques à visée diagnostiques ou thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels comprenant un protocole, d’interventions chirurgicales courtes ou d’une surveillance post-thérapeutique spécifique ou spécialisée.

Cette utilisation des moyens de la structure d’HDJ n’implique pas que la prise en charge du patient se fasse uniquement à travers les moyens de cette structure. Les conditions techniques de fonctionnement des structures d’hospitalisation à temps partiel permettent en effet le recours au personnel ou aux plateaux techniques des autres unités du site.

A noter que pour des raisons d’organisation, le patient peut être hospitalisé au sein d’une autre unité que la structure d’HDJ en cas d’indisponibilité des locaux de cette dernière (capacité d’accueil maximale atteinte par exemple).

1. **Les différentes typologies de prises en charge et les conditions spécifiques de chacune d’elles**

Outre la condition d’admission dans une unité d’hospitalisation individualisée présentée précédemment, des critères supplémentaires sont requis pour justifier de la facturation d’un GHS et dépendent du type de prise en charge réalisé :

* 1. **Prise en charge chirurgicale ou interventionnelle**

Ces prises en charge sont constituées par un acte mentionné à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale (actes inscrits à la CCAM) **qui nécessite un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l’anesthésie.**

Sont ici visés :

* **Tous les actes CCAM requérant une anesthésie générale ou locorégionale** (définition de l’activité 4 au sens de la CCAM) ;

Pour mémoire, l’anesthésie locale faite par un médecin au cours de la réalisation d’un acte, ne répond pas à cette définition.

* Les actes CCAM acceptant un code activité 4 pour lesquels la réalisation d’une anesthésie n’est pas nécessairement requise mais **qui nécessitent néanmoins la proximité d’un anesthésiste, ou encore un milieu stérile**.

Il convient de citer, par exemple, les coronarographies ou certains actes de radiologie interventionnelle dans l’attente de l’avis de la Haute Autorité de Santé concernant la nature des plateaux techniques nécessaires à la réalisation de certains actes.

Sont également visés les actes exceptionnellement réalisés sans anesthésie générale ou locorégionale, comme les endoscopies longues par exemple.

* Les actes techniques qui n’acceptent pas de code activité 4 mais **qui sont réalisés, à titre exceptionnel, avec une anesthésie générale ou loco-régionale.**

En effet, dans certains cas, même si ces actes ne nécessitent habituellement pas d’anesthésie, cette dernière peut s’avérer nécessaire (exemple : acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant ou chez un enfant ayant des troubles cognitifs…). La prise en charge en hospitalisation est alors justifiée, et un résumé de séjour sera réalisé. L’acte réalisé est alors porté sur le résumé de séjour, ainsi que le geste complémentaire d’anesthésie (ces gestes complémentaires sont codés au moyen du chapitre 18 de la CCAM, le code activité prend alors la valeur 4).

* Certains actes n’acceptant pas le code activité 4 et réalisés sans anesthésie générale ou loco-régionale, justifient également la facturation d’un GHS, dans la mesure où, **pour des raisons tenant à la sécurité des soins, ces prises en charge relèvent d’une technique de bloc opératoire ou de secteur interventionnel et ne peuvent être réalisées que dans des conditions strictes d’aseptie.**

Sont ici notamment visés les actes de pose de cathéther 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 souscutané (acte EBLA003).

Enfin, il convient de noter en outre que certaines prises en charge donnant lieu à la réalisation d’actes non encore inscrits à la CCAM et effectuées conformément aux recommandations de bonnes pratiques pourront être considérées, via le mécanisme de rescrit tarifaire (cf. annexe 6), comme éligibles à l’hospitalisation de jour.

Les prises en charge concernant des actes associés à un forfait « sécurité environnement » (SE) ou à un forfait « de petit matériel » (FFM), tels que décrits en annexe 2 de la présente instruction, ne peuvent en principe donner lieu à facturation d’un GHS.

Toutefois, la facturation d’un GHS pourra être justifiée :

* Si l’acte réalisé ne l’a pas été de manière isolée mais au côté d’autres interventions dans le cadre d’une prise en charge pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle (cf. point 2.2)
* S’il est réalisé de manière exceptionnelle sous anésthésie générale ou loco-régionale
* Ou s’il est réalisé sur un patient présentant un terrain à risque justifiant le recours à une hospitalisation (cf point 2.3)
  1. **Prise en charge en médecine**

Il s’agit d’une prise en charge de médecine, pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle, qui mobilise plusieurs interventions coordonnées constituant un **socle mixte d’actes intellectuels et d’actes techniques.**

Au titre de ces prises en charge, sont attendues a minima quatre interventions coordonnées, soit :

* au moins un professionnel médical associé à la réalisation de trois actes techniques ;
* ou au moins un acte technique et l’intervention d’un professionnel médical, et d’au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs ;
* ou au moins un professionnel médical et un autre professionnel médical, paramédical ou socio-éducatif, associés à la réalisation de deux actes techniques.

**La coordination de la prise en charge est assurée par un professionnel médical** et 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.

**Les intervention des IDE** peuvent être comptabilisées au titre des interventions des professionels paramédicaux.

**Les modalités de décompte des critères :**

* Que la prise en charge soit itérative ou unique, le respect de ces critères s’apprécie pour chaque journée de prise en charge.
* Pour être comptabilisée, chaque intervention de ces différents professionnels doit donner lieu à un avis tracé sur la prise en charge effectuée, qu’il soit d’ordre médical, psychologique ou social, avec interrogatoire du patient et, le cas échéant, réalisation d’un examen clinique ou d’une évaluation psychologique ou sociale.
* Ne doit ainsi pas être comptabilisée, au titre de ce critère de pluridisciplinarité/ pluriprofessionnalité, l’intervention médico-technique d’un professionnel, lorsque celle-ci n’est pas associée à une consultation réalisée par ce dernier (interrogatoire, examen clinique, conduite à tenir) : dans ce cas, l’intervention est comptabilisée au titre de l’acte technique.
* Les actes techniques considérés sont ceux mentionnés à l’article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale et doivent relever de deux techniques différentes. Ne sont pas comptabilisés à ce titre les actes médico-infirmiers, de biologie ainsi que l'acte d'électrocardiographie sur au moins douze dérivations (DEQP003).

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

* 1. **Prise en charge d’un patient dont l’état de santé présente une fragilité et prises en charges nécessitant une surveillance particulière**

Enfin, dans certains cas, la prise en charge peut justifier d’une hospitalisation de jour et donc de la facturation d’un GHS, soit parce le patient pris en charge est plus fragile ou à risque, ce qui implique que des précautions particulières soient prises dans le cadre des examens ou des soins qui lui sont réalisés, soit parce qu’il s’agit d’une prise en charge qui nécessite un temps de surveillance ou de réalisation plus important.

**Le terrain à risque ou la fragilité du patient** peut être liée à son âge (patient très jeune âge ou personne âgée), à une situation de handicap qui impacte la prise en charge, aux antécédents du patients (présence d’une autre pathologie ou d’un traitement qui influe sur la prise en charge programmée…).

Dans tous les cas, l’état du patient nécessite un environnement spécial, des soins adaptés ou des précautions particulières pour la réalisation de la prise en charge, que d’autres de patients n’auraient pas requis.

A titre d’illustration, il pourra s’agir de situations de handicap, d’état grabataire, de pathologies psychiatriques ou relevant de la précarité sociale, pour lesquelles doivent être prises en compte la nature de la dépendance ou du handicap, les difficultés de coopération du patient ou son incapacité à s’exprimer : ces situations qui mobilisent des moyens supplémentaires par rapport à ce qui serait fait pour d’autres patients, peuvent justifier le recours à l’hospitalisation de jour.

Autre exemple, les prises en charge de moins d’une journée de patients atteints de maladies infectieuses pour lesquelles les recommandations de bonnes pratiques prescrivent l’isolement du patient[[1]](#footnote-2) correspondent également à un terrain à risque mobilisant des moyens supplémentaires et justifiant de la facturation d’un GHS.

Dans tous les cas, **il importe que les établissements de santé veillent à retracer les éléments de nature à témoigner de l’existence du terrain à risque et des moyens supplémentaires mobilisés**.

Enfin, certaines prises en charge pour injection d’un produit pharmaceutique qui nécessite une surveillance particulière de plusieurs heures selon les recommandations de l’ANSM ou ou de l’HAS, ou qui intègrent la réalisation d’un examen de biologie avec prélévements étagés et/ou un suivi en temps réel de la réaction du patient, nécessitent une durée de prise en charge qui justifie une hospitalisation et la facturation d’un GHS.

1. **Les exceptions au respect des critères justifiant d’une HDJ**

Par dérogation au point 2 de la présente annexe, certaines prises en charges ne sont pas soumises aux conditions spécifiques pour la facturation d'un GHS. Il s’agit des cas particuliers suivants :

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

Cette exclusion des prises en charges écourtées du champ d’application de la présente instruction vise les 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, justifiant ainsi la production d’un résumé d’unité médicale (RUM) dans les conditions décrites au point 1.6 « Prise en charge prévue non réalisée » du chapitre VI du guide de production des informations relatives à l’activité médicale et à sa facturation en MCO.

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 » au sens du PMSI et de la classification des GHM (catégorie majeure 28)**

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

En effet, pour l’ensemble de ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit, conformément au guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en MCO, et un GHS facturé.

Sont concernées par cette exception aux conditions de facturation d’un GHS définies dans la présente instruction l’ensemble des séances :

* Chimiothérapie (tumorale et non tumorale) ;
* Transfusion ;
* Dialyse (entrainement et hémodialyse) ;
* Radiothérapie ;
* Oxygénothérapie hyperbare ;
* Aphérèse.

L’intégralité de ces séances, telle que définies dans le guide méthodologique PMSI MCO, demeure donc financée à travers un GHS, sans que la prise en charge ait à répondre aux critères de la présente instruction.

* **Les prises en charge donnant droit à la facturation d’un GHS correspondant au GHM 23Z02Z (soins palliatifs)**

Les prises en charge de moins d’une journée qui respectent les critères définis dans l’arbre décisionnel de l’assurance maladie portant sur la facturation des séjours classés dans le GHM 23Z02Z de Soins palliatifs[[2]](#footnote-3) donnent lieu à facturation d’un GHS, indépendamment des conditions fixées par la présente instruction.

* **L’hospitalisation du patient mineur décidée par un médecin dans le cadre d’une suspicion de maltraitance.**

En vertu de son obligation règlementaire de mettre en œuvre les moyens nécessaires à la protection de la santé de l’enfant[[3]](#footnote-4) et des recommandations de bonnes pratiques en la matière[[4]](#footnote-5), 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.

* **Les prises en charge en urgence en dehors des unités d’hospitalisation de courte durée**

De manière dérogatoire, toute prise en charge 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 « prestations MCO », précisés au sein de l’annexe 3 de la présente instruction, et justifie la facturation d’un GHS.

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

* présente un caractère instable ou que 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.

*A titre d’exemple, c’est notamment le cas des prises en charge en urgence pour menace d’accouchement prématuré.*

1. **Les éléments de traçabilité permettant de caractériser l’hospitalisation de jour**

Les établissements de santé doivent veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l’hospitalisation de jour : le contenu de la prise en charge, le ou les actes réalisés, la composition de l’équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle le cas échéant, l’état spécifique du patient ayant nécessité de mobiliser des moyens particuliers...

Ces éléments peuvent figurer au sein du compte-rendu d’hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l’article R. 1112-1-2 du code de la santé publique,

Le compte-rendu peut être un compte-rendu intermédiaire dans l’attente du compte rendu définitif. Sont visées ici, les prises en charge itératives (à l’exclusion des séances, non concernées par cette exigence) ainsi que celles pour lesquelles des résultats, du fait de la nature même de l’examen, ne sont disponibles qu’à distance de la venue. Chaque compte rendu intermédiaire doit cependant retracer les éléments permettant d’objectiver l’hospitalisation de jour du patient.

**Annexe 5**

**Forfaits 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.

La rémunération à l'acte est peu adaptée aux pathologies chroniques et conduit à financer essentiellement les soins curatifs au détriment des soins préventifs destinés à prévenir la survenue des complications des maladies chroniques et à en freiner l'évolution.

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.

Les établissements de santé et services de soins éligibles aux forfaits s’engagent à transformer leur prise en charge en substituant certaines pratiques (consultations, hôpitaux de jour) par la mise en place d’actions pluridisciplinaires de prévention, d’éducation thérapeutique et de coordination des parcours patients avec la médecine de ville.

***A compléter à l’issue du prochain GT sur les règles et conditions générales de facturation de ces forfaits (sans entrer dans le détail par pathologie chronique)***

**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 une prise de position formelle de l’Etat, 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 sein de l’annexe 4 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, d’une fédération hospitalière représentative ou d’une société savante médicale et est adressée à l’unité de coordination régionale (UCR) territorialement compétente.

Pour rappel, l’UCR, mentionnée à l’article R. 162-42-9 du code de la sécurité sociale, est composée pour les deux tiers de personnels des caisses d’assurance maladie désignés par la commission de contrôle régionale et pour un tiers de personnels de l’agence régionale de santé.

L’assurance maladie et les agences régionales de santé rappellent sur leurs sites internet la démarche à suivre telle qu’exposée dans la présente instruction et indiquent par ailleurs les coordonnées de l’UCR en charge de réceptionner les demandes de rescrit. La demande est transmise à cette adresse par tout moyen permettant d’apporter la preuve de sa date de réception.

La demande de rescrit porte sur l’application à un type précis de situation médicale des règles définies à l’article 11 de l’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 à l’UCR le protocole de prise en charge envisagé.

**Eléments 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 envisagé, afin que l’administration se prononce en toute connaissance de cause. Le demandeur décrit ainsi la liste exhaustive des actes et examens auquels la prise en charge renvoie, ainsi que le type et le nombre d’intervenants mobilisés
* Référence précise des dispositions de la présente instruction sur la base desquelles s’appuie la demande (type d’hospitalisation de jour concerné…) et, dans la mesure du possible, analyse qui en est faite par le demandeur

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 (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 pour un séjour donné dont l’assurance maladie conteste la facturation.

De la même manière, aucune demande de rescrit ne peut être formulée lorsqu’un contentieux en rapport avec cette demande est en cours.

**2. Examen de la demande et réponse**

L’UCR accuse réception de la demande de rescrit auprès du demandeur. Elle n’a pas vocation à se prononcer sur le fond de la demande de rescrit mais doit en apprécier le caractère complet au regard des éléments mentionnés supra. Le cas échéant, l’UCR sollicite le demandeur pour apporter les éléments manquants.

La demande doit être transmise par l’UCR au Ministère des solidarités et de la santé dans un délai d’un mois à compter de sa réception. Lors de sa transmission, l’UCR en précise le caractère complet ou incomplet.

Le Ministère des solidarités et de la santé dispose d’un délai maximum de 3 mois, à compter de la transmission de la demande par l’UCR pour se prononcer et notifier sa réponse au demandeur.

Ce délai permet un examen de la demande, associant le ministère, l’assurance maladie, ainsi que des experts médicaux désignés par les fédérations.

L’ensemble des demandes ainsi que les réponses apportées font l’objet d’une publication sur le site internet de l’ATIH et sur le site de l’assurance maladie AMELI. Elles y sont classées par thématique.

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.

**3. 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’Etat 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 règlementation 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 à condition de relever de situations de faits comparables à celle exposée dans le rescrit.

1. Par exemple, le patient tuberculeux nécessitant une isolation respiratoire, la mise en place de mesure d’hygiène supplémentaire parmi le personnel… [↑](#footnote-ref-2)
2. Document CNAMTS/ DCCRF annexe 5 LR priorités 2008\_ « Critères de décision pour le contrôle du GHM 23Z02Z (soins palliatifs) correspondant aux GHS 7956 7957 7958). [↑](#footnote-ref-3)
3. L’article 43 du code de déontologie médicale, qui a été retranscrit dans le CSP (art. R. 4147-43) dispose que : « *Le médecin doit être le défenseur de l'enfant lorsqu'il estime que l'intérêt de sa santé est mal compris ou mal préservé par son entourage*. » L’article 44 (retranscrit à l’article R. 4147-44 du CSP) dispose quantà lui que : « *Lorsqu'un médecin discerne qu'une personne auprès de laquelle il est appelé est victime de sévices ou de privations, il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour la protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection. S'il s'agit d'un mineur de quinze ans ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son état physique ou psychique, il doit, sauf circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales ou administratives.* » [↑](#footnote-ref-4)
4. Cette obligation de mettre en œuvre les moyens adéquats peut donc effectivement conduire le médecin à prescrire l’hospitalisation de son patient. La HAS a d’ailleurs publié une fiche mémo en octobre 2014 intitulée « *Maltraitance chez l’enfant : repérage et conduite à tenir* », dans laquelle elle recommande une hospitalisation immédiate :

   * lorsque l’enfant est un nourrisson ;
   * lorsqu’il existe un risque médical important, voire vital ;
   * lorsque la mise à l’abri de l’enfant est nécessaire.

   Dans le cas plus spécifique de la maltraitance sexuelle intrafamiliale, une recommandation HAS de mai 2011 préconise une hospitalisation, éventuellement sous un prétexte médical, afin de protéger le mineur et de réaliser une évaluation médicale, psychologique et sociale, notamment afin de soustraire le mineur à son agresseur présumé ou à son milieu, en cas de troubles psychologiques inquiétants ou si le médecin hésite à signaler par manque d’éléments suffisants. [↑](#footnote-ref-5)