

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION
ET DE L'ORGANISATION DES SOINS

Sous-direction des affaires financières
Bureau des études et synthèses financières
relatives aux activités de soins - F1 -
Personne chargée du dossier :
Docteur Joëlle Dubois
joelle.dubois@sante.gouv.fr
tel : 01 40 56 58 44

Mission Tarification à l'Activité
Personne chargée du dossier
Docteur Michèle Brami
michele.brami@sante.gouv.fr
tel : 01 40 56 45 36

Le ministre de la santé et des solidarités

à

**Mesdames et Messieurs les directeurs
des agences régionales de l'hospitalisation**
Pour attribution et transmission aux établissements

**Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements de santé**
Pour information et mise en oeuvre

CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

Date d'application : *immédiate*

Résumé :

- La facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient en zone de surveillance de très courte durée répond à des critères précis relatifs à l'état de santé du patient.
- Toute prise en charge de patient qui peut **habituellement** être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou actes externes des établissements de santé ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

Mots clés : GHS – facturation – ZSTCD - activité externe – hospitalisation à temps partiel -

Textes de référence :

- code de la sécurité sociale, notamment les articles L.162-22-6 et R.162-32 ;
- arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale ;
- arrêté du 31 décembre 2003 modifié relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement, dans les conditions définies à l'article L6113-8 du code de la santé publique.

Un nouvel arrêté relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie a été publié en date du 5 mars 2006, remplaçant ainsi l'arrêté du 31 janvier 2005, de même objet.

L'article 5 de cet arrêté relatif aux modalités de facturation des forfaits et suppléments dans les établissements de santé apporte les éléments nouveaux suivants :

- A l'alinéa (3°) relatif aux modalités de facturation des prises en charge en zone de surveillance de très courte durée, sont précisées les conditions de facturation d'un GHS;
- un nouvel alinéa (10°) est inséré. Il précise les conditions à respecter pour qu'une prise en charge d'hospitalisation (hors hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée) puisse donner lieu à facturation d'un GHS. Il est constaté en effet que les prises en charge de moins d'une journée sont en général sans ambiguïté en termes de facturation lorsqu'elles correspondent à une simple consultation, ou qu'à l'inverse elles s'étalent sur la journée entière ou bien encore nécessitent une anesthésie, autorisant dans ces deux derniers cas, la facturation d'un GHS. Certaines prises en charge de moins d'une journée sont cependant intermédiaires entre ces cas de figure et donnent alors lieu, d'un établissement à l'autre, à des comportements différents en termes de facturation.

L'objet de la présente circulaire est d'unifier ces comportements, et d'apporter des précisions d'ordre technique sur les nouvelles dispositions de l'arrêté (art 5, 10°) en illustrant notamment les cas qui ne doivent pas donner lieu à facturation d'un GHS. Un rappel préalable est fait concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'un passage dans une zone de surveillance de très courte durée (art 5, 3°).

Il s'agit dans tous les cas de rappeler aux établissements publics et privés les critères qui seront retenus pour juger du bien-fondé de leur facturation à l'occasion des contrôles qui leur seront appliqués, conformément à l'article L162-22-18 du Code de la Sécurité Sociale notamment.

I. Précisions concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'un passage dans une zone de surveillance de très courte durée

L'arrêté précise que lorsque le patient est pris en charge dans une zone de surveillance de très courte durée (ZSTCD) à l'issue de son passage au service des urgences de l'établissement, un GHS ne peut être facturé que si son état de santé présente les caractéristiques suivantes :

- *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'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.*

Commentaires :

- L'association des trois caractéristiques est nécessaire pour qu'un GHS puisse être facturé.
- Il est possible de citer les exemples suivants :
 - Tentative de suicide médicamenteux
 - Asthme sévère
 - Douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine
 - Traumatisme crânien
 - Diarrhée aiguë du nourrisson

En revanche, ne relèvent pas de la ZSTCD les cas où les symptômes observés au service des urgences imposent de réaliser d'emblée quelques examens complémentaires diagnostiques, sans que l'état du patient ne nécessite une surveillance en hospitalisation. Ces cas de prise en charge au sein du service des urgences donnent lieu à facturation d'un ATU ainsi que des actes et consultations réalisés, mais pas à facturation d'un GHS.

- Pour les prises en charge en ZSTCD, le GHS facturé doit être issu d'un GHM de la CM24, même si la durée de séjour est égale ou supérieure à 2 jours.
- Enfin, en cas d'hospitalisation dans une unité de médecine, chirurgie ou obstétrique de l'établissement à l'issue du passage en ZSTCD, les règles générales de production des 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.

II. Précisions concernant les conditions de facturation d'un GHS lors d'une prise en charge hospitalière de moins d'une journée (avec date de sortie identique à la date d'entrée) hors zone de surveillance de très courte durée

II.1. Principe général de facturation de ces prises en charge

Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS, toute prise en charge qui peut **habituellement** être réalisée soit en médecine de ville s'agissant du secteur libéral, soit dans le cadre des consultations ou actes externes s'agissant des établissements de santé. Par commodité de langage, on qualifiera ces prises en charge d'activité "externe" dans la suite du texte.

Le cas "habituel" fait référence à la pratique communément admise par les professionnels de santé comme étant compatible avec un niveau de sécurité et de confort satisfaisant pour le patient (exemple: réalisation "en externe" d'une hyperglycémie provoquée par voie orale, ou d'une ablation de nævus sous anesthésie locale).

Ce principe doit toutefois être nuancé au regard de la nécessité de mettre à disposition du patient les moyens adaptés à son état de santé : dans certains cas, une prise en charge habituellement réalisée "en externe" peut ainsi justifier une hospitalisation de moins d'une journée.

Dans tous les cas, il convient de respecter l'esprit de ce principe dont la finalité est de ne pas facturer indûment des GHS à l'assurance maladie, pour des prises en charge qui relèvent de l'activité "externe", et donc d'une facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP.

Le directeur d'établissement pourra ainsi faire référence à ce principe. Il convient en effet de rappeler que le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ne produit des RSS (et par suite, des GHM, et GHS) que pour des patients qui ont un statut d'hospitalisé. L'élément déclencheur de la facturation d'un GHS est donc l'admission en hospitalisation, qui ne relève pas de la décision du médecin responsable du DIM, mais de la décision du médecin clinicien et de la responsabilité du directeur.

II.2. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée

II.2.1. Rappel et commentaires liminaires

L'alinéa relatif aux prises en charge hospitalières de moins d'une journée (Art 5, 10°) énonce qu' *"un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :*

- *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés;*
- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient."*

Commentaires :

- Les trois conditions décrites doivent être remplies pour qu'un GHS puisse être facturé.
- La notion d'actes réalisés renvoie ici à des actes aussi bien diagnostiques (investigations) que thérapeutiques (traitements).
- L'admission doit avoir lieu dans une structure d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement relatives à l'hospitalisation à temps partiel.

Toutefois, afin d'obtenir le respect de ces normes de la part des établissements, sans pour autant les amener à freiner ou désinciter la pratique de l'activité ambulatoire, les sanctions éventuelles qui résulteraient d'un contrôle objectivant cette pratique en dehors d'une structure individualisée conforme à l'article D 6124 - 301 seront examinées de manière circonstanciée.

Sont ici visées des prises en charge s'étalant sur moins d'une journée, parce que prévues comme telles dès l'admission. Cette situation doit être distinguée des hospitalisations de moins d'une journée

résultant d'une hospitalisation écourtée pour des raisons diverses : transfert du patient, sortie contre avis médical..., qui donnent, elles, légitimement lieu à facturation d'un GHS.

Deux grands types de prise en charge de moins d'une journée sont évoqués :

- Les prises en charge qui, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, nécessitent un environnement technique particulier ("*respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie*");
- Les prises en charge justifiant le recours à *une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin*". Ces prises en charge qui ne nécessitent pas d'environnement technique particulier seront appelées prises en charge "médicales" dans la suite du texte.

Les points suivants précisent les conditions autorisant la facturation d'un GHS pour chacun de ces types de prise en charge.

Pour mémoire, il convient de rappeler que la facturation d'un GHS repose sur la production d'un résumé de séjour (RSS), mais que certains RSS conduisent à un GHS de montant égal à zéro (chirurgie esthétique par exemple).

II.2.2. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour des prises en charge nécessitant un environnement particulier

II.2.2.1. Tous les actes qui, au sens de la CCAM, acceptent un code activité 4, peuvent, lorsqu'ils sont réalisés en hospitalisation, donner lieu à facturation d'un GHS.

Sont ainsi concernés :

- les actes de chirurgie ambulatoire, requérant une anesthésie générale ou loco-régionale, ce qui répond à la définition de l'activité 4 dans la CCAM, l'anesthésie locale n'étant pas concernée.
- les gestes d'anesthésie générale ou loco-régionale complémentaires d'un acte diagnostique ou thérapeutique habituellement réalisé sans anesthésie (terrain particulier : enfant, sujet à risque...)
- les actes qui, sans requérir une telle anesthésie, nécessitent néanmoins la proximité d'un anesthésiste, ou encore un milieu stérile.... Il convient de citer, par exemple, les coronarographies.

Remarque : les actes de la CCAM qui acceptent un code activité 4 sont des actes qui, le plus souvent (80% des cas au moins), sont réalisés avec une anesthésie générale ou loco-régionale. A l'inverse, les actes de la CCAM qui n'acceptent pas l'activité 4, sont réalisés le plus souvent sans anesthésie générale ou loco-régionale. Dans certains cas cependant, une telle anesthésie peut s'avérer nécessaire (exemple : acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant). La prise en charge en hospitalisation est alors justifiée, et un résumé de séjour sera réalisé. L'acte réalisé (sans activité 4) est alors porté sur le résumé, ainsi que le geste d'anesthésie complémentaire (chapitre 18 de la CCAM) acceptant, lui, l'activité 4.

II.2.2.2. Certains actes qui, pour des raisons de sécurité des soins compte tenu de leur nature, doivent être réalisés dans un environnement de type bloc opératoire (secteur opératoire), en milieu hospitalier, pourront donner lieu à facturation d'un GHS, dès lors qu'ils feront l'objet d'une procédure réglementaire applicable.

II.2.3. Conditions autorisant la facturation d'un GHS pour des prises en charge de type médical

Ce sont ces prises en charge, de type médical, qui concentrent les difficultés observées en pratique pour fixer la frontière entre prise en charge relevant de l'hospitalisation et prise en charge relevant de l'activité externe.

La production d'une liste exhaustive des situations cliniques autorisant la facturation d'un GHS se révélant ici impossible, **c'est le respect du principe général qui doit guider dans tous les cas la qualification (hospitalière ou externe) de la prise en charge.**

Il est néanmoins possible de compléter ce principe en signalant les cas suivants qui peuvent donner lieu à la facturation d'un GHS :

o bilans diagnostiques ou thérapeutiques

Un GHS ne peut être facturé que si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.

Si l'une de ces conditions n'est pas respectée, chaque acte diagnostique ou thérapeutique doit être facturé selon la nomenclature d'actes en vigueur, et dans le respect des règles de facturation de cette activité (honoraires médicaux en médecine de ville, actes externes dans les établissements antérieurement sous dotation globale).

Dans ce contexte, les RSS des séjours de moins d'une journée doivent comporter la totalité des actes réalisés, dès lors qu'ils sont "codables" avec la CCAM, y compris lorsque ceux-ci ne sont pas des actes classants au sens de la classification des GHM.

Quelques exemples peuvent être cités :

- bilan diagnostique d'une image pulmonaire anormale associant fibroscopie bronchique, imagerie, actes de biologie et consultation de synthèse;
- bilan réalisé chez un diabétique, nécessitant le recours à un ophtalmologiste, angiologue, diététicien, avec explorations vasculaires, examens biologiques et synthèse médicale ;
- bilan d'extension d'une tumeur maligne, comportant des explorations d'imagerie et de scintigraphie avec consultation de synthèse;
- bilan gériatrique incluant une consultation mémoire, un bilan social effectué par une assistante sociale, des examens complémentaires avec notamment des tests neuropsychologiques, une synthèse effectuée par un médecin gériatre.

o Surveillances médicales prolongées

Un GHS ne peut être facturé qu'en cas de surveillance médicale prolongée à la suite d'un acte diagnostique ou thérapeutique qui ne requiert pas une telle surveillance chez un patient habituel. Il s'agit donc d'une surveillance prolongée en raison par exemple du terrain à risque du patient.

Les actes qui requièrent **dans tous les cas** une surveillance médicale prolongée ne justifient pas la facturation d'un GHS, le tarif de l'acte réalisé en externe intégrant la rémunération de la surveillance (voir aussi point II.3).

La durée, normale ou prolongée, d'un acte s'entend donc par référence à la durée moyenne de l'acte réalisé chez un patient habituel.

Bien entendu, la facturation d'un GHS pour ces différents cas de figure fera l'objet de contrôles externes prioritaires. A cet égard, il convient de rappeler que tout séjour hospitalier doit donner lieu à la réalisation d'un dossier médical conforme à l'article R 1112.2 du Code de la Santé Publique (dossier médical détaillé).

o Pour mémoire

Il convient de rappeler que les "séances" au sens du PMSI et de la classification des GHM sont considérées comme des prestations d'hospitalisation à temps partiel. À ce titre, pour ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit et un GHS facturé, conformément au guide méthodologique de production de résumés de séjour du PMSI en MCO. S'agissant de dialyse, il est rappelé que les établissements de santé ex-OQN facturent non pas un GHS, mais une prestation.

Il s'agit (au sens de la version 10 de la classification des GHM) des séances de :

- chimiothérapie
- transfusion
- dialyse (entraînement et hémodialyse)
- radiothérapie dans les établissements antérieurement sous dotation globale
- oxygénothérapie hyperbare.

Il en va de même des prestations constituées par les actes signalés au point II.2.2.2.

II.3. Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée

La liste qui suit des situations n'autorisant pas la facturation d'un GHS est produite à titre indicatif. Il ne s'agit pas d'une liste exhaustive.

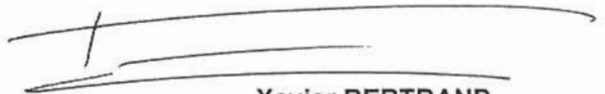
Ne doivent notamment pas donner lieu à facturation d'un GHS :

- les soins non programmés, délivrés au patient par la structure autorisée à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences et non suivis d'une hospitalisation. En d'autres termes, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un forfait "accueil et traitement des urgences" (ATU) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;
- de la même manière, pour les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences, une prise en charge réalisée dans les conditions autorisant la facturation d'un "forfait de petit matériel" (FFM) ne doit pas conduire à facturer un GHS ;
- la réalisation d'actes de biologie ou de radiologie non interventionnelle, même multiples ou réalisés sur des plateaux techniques différents ;
- les traitements ophtalmologiques ou dermatologiques utilisant un laser et réalisés sans anesthésie
- les traitements de chalazion ;
- les actes de petite chirurgie dermatologique réalisés le cas échéant sous anesthésie locale (tels que l'ablation de naevus)
- les tests d'effort cardiaques ;
- les épreuves fonctionnelles respiratoires ;
- les tests endocriniens de type :
 - Hyperglycémie provoquée par voie orale
 - Test au synacthène
- les monitorages de type "rythme cardiaque fœtal" (RCF). Ainsi, la prise en charge d'une parturiente pour enregistrement du rythme cardiaque du fœtus, non suivi d'hospitalisation, ne justifie pas de facturation d'un GHS ;
- les traitements itératifs tels que les saignées thérapeutiques pour les polyglobulies, les hémochromatoses en phase d'entretien ;
- et, de façon plus générale, les examens diagnostiques sans anesthésie, ni recours à un environnement technique particulier.

Le point commun à la plupart de ces prises en charge concerne la présence prolongée du patient sur les lieux hospitaliers, souvent au-delà du temps nécessaire à la réalisation d'une simple consultation. Néanmoins, le temps consacré aux patients ainsi que l'utilisation du ou des plateaux techniques sont pris en compte dans le tarif des actes externes (nouvellement mis à jour au travers de la CCAM s'agissant des actes techniques médicaux) et ne justifient pas la facturation de GHS. La réalisation de plusieurs actes entraîne leur facturation dans le respect des règles de facturation de l'activité externe.

Enfin, les consultations multidisciplinaires sont prises en charge au titre des missions d'intérêt général, et ne doivent pas non plus donner lieu à facturation d'un GHS.

Le Ministre de la Santé et des Solidarités



Xavier BERTRAND