



Ministère des affaires sociales et de la santé

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

Personne chargée du dossier : **zone à remplir obligatoirement**

tél. : 01 40 56
fax : 01 40 56
mél. : prenom.nom@sante.gouv.fr

La ministre des affaires sociales et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé

INSTRUCTION N° DGOS/R/2017/XXX du XXX 2017 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée et les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ainsi qu'aux conditions de facturation de la prestation intermédiaire mentionnée à l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale.

Date d'application : immédiate
NOR :
Classement thématique :

Validée par le CNP, le xx xxxxx 2016 - Visa CNP 2016-xxx

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : La présente instruction apporte des précisions d'ordre technique aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ou les prises en charges en unité d'hospitalisation de courte durée. Elle apporte également des précisions sur les conditions de facturation de la prestation intermédiaire introduite par l'article XX de la LFSS pour 2016 et sur son articulation avec l'hospitalisation de jour.

Ces dispositions sont complétées dès la campagne tarifaire 2017 par un dispositif de rescrit tarifaire permettant à un établissement d'obtenir une prise de position formelle des services de l'Etat et de l'assurance maladie sur l'éligibilité d'un type précis de prise en charge à l'hospitalisation de jour.

Mots-clés : facturation des GHS – prises en charge de moins d'une journée – prises en charge en UHCD- Prestation intermédiaire

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 **XX XX** 2017 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.

Instruction abrogées : Instruction n°DGOS/R/2010/201 DU 15 JUIN 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène 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).

Instructions modifiées :

Annexes :

- Annexe 1 : Conditions de facturation des GHS pour des prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)
- Annexe 2 : Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée (avec date de sortie identique à la date d'entrée)
- Annexe 3 : Conditions de facturation de la prestation intermédiaire entre activité externe et hospitalisation de jour mentionnée à l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale
- Annexe 4 : Modèle-type de synthèse médicale
- Annexe 5 : Mécanisme de rescrit tarifaire

Diffusion : établissements de santé

L'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 susvisée visait à apporter des précisions d'ordre technique sur les conditions de facturation d'un GHS lorsque le patient est hospitalisé moins d'une journée ou lorsqu'il est pris en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), ces conditions de facturation étant règlementairement fixées respectivement aux articles 11 et 12 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié susvisé.

A la suite des remontées issues notamment des contrôles externes effectués par l'assurance maladie et des constats liés aux difficultés d'interprétation de ce corpus juridique, il est apparu nécessaire de mettre à jour ce dernier en y apportant les précisions nécessaires à la sécurisation des pratiques des établissements de santé.

Cette révision des conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée a par ailleurs été identifiée comme un préalable nécessaire à la levée des obstacles au virage ambulatoire, tant par le rapport du Dr. Olivier Véran sur l'évolution du modèle de financement des établissements de santé que par la mission IGAS/IGF sur le développement des prises en charge ambulatoires de médecine.

La mise à jour du corpus juridique relatif à l'hospitalisation de jour est également apparue nécessaire suite à l'introduction d'un nouvel échelon dans la gradation des prises en charge ambulatoire à travers la mise en place de d'une prestation intermédiaire (PI) entre hospitalisation de jour et prise en charge externe, visant à rémunérer certaines consultations impliquant l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs

mais ne nécessitant pas pour autant la mobilisation des moyens d'une hospitalisation de jour. La présente instruction a ainsi pour objet de définir les modalités selon laquelle cette prestation s'articule avec les prises en charge en hospitalisation de jour. Elle s'appuie sur l'arrêté susmentionné du 19 février 2015 modifié.

En outre, compte-tenu de l'impossibilité de fixer et caractériser une liste exhaustive des prises en charge relevant de l'hospitalisation de jour, ces évolutions s'accompagnent, dès la campagne tarifaire 2017, de la mise en place d'un mécanisme de rescrit tarifaire permettant à tout établissement de santé d'obtenir une prise de position formelle de l'Etat et de l'assurance maladie sur l'éligibilité d'un type précis de prise en charge à l'hospitalisation de jour.

La présente instruction abroge et remplace l'instruction DGOS/R/2010/201 précitée.

Pour le(s) ministre(s) et par délégation,

Initiale du prénom + nom
Titre

Document de travail à ne pas diffuser

Annexe 1

Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

1. Les conditions cumulatives de facturation d'un GHS pour une prise en charge en unité d'hospitalisation de courte durée

L'article 12 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précité précise que la prise en charge d'un patient dans une 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 dès lors que l'état de santé du patient, à l'issue de son passage au service 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).

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.

En fonction de la racine de GHM concernée, le GHM donnant lieu à facturation sera donc :

- un GHM en « J » ou en « T » lorsqu'ils existent ;
- un GHM de niveau 1 lorsque la racine comporte plusieurs niveaux de sévérité. En outre, si ce GHM comporte une borne basse, le tarif facturé est celui de la borne basse.

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.

2. Exemples de prises en charge justifiant/excluant la facturation d'un GHS en UHCD

Il est possible de citer les exemples suivants où la facturation du GHS peut être autorisée :

- Tentative de suicide médicamenteux ;

- Asthme sévère ;
- Douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine ;
- Traumatisme crânien ;
- Diarrhée aiguës du nourrisson

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

Document de travail à ne pas diffuser

Annexe 2

Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée (avec date de sortie identique à la date d'entrée)

1. Rappel des dispositions réglementaires

1.1. Les règles générales

L'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 précité prévoit que :

« A l'exception des prises en charge dans un service d'urgence dans les conditions définies à l'article 12 et des hospitalisations écourtées suite au décès ou à la sortie du patient contre avis médical, les prises en charge de moins d'une journée ne justifient la facturation d'un GHS que lorsque:

1° La prise en charge donne lieu à admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 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 du ou des actes réalisés ;

2° La prise en charge donne lieu à utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation individualisée ;

3° La prise en charge correspond à l'un des cas suivants :

a) Un acte mentionné à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui nécessite un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie est réalisé;

b) La prise en charge est effectuée par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle, composée d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et au moins deux actes mentionnés à l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale relevant de deux techniques de spécialités différentes sont réalisés.

Ne sont pas comptabilisés à ce titre les actes d'infirmiers, de biologie ainsi que les actes d'électro-cardiogramme et de monitoring.

Relèvent d'une seule et même technique l'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne.

La coordination de cette prise en charge est assurée par un professionnel médical et donne lieu à la rédaction d'un compte-rendu d'hospitalisation.

c) L'état de santé du patient présente un terrain à risque particulier impliquant que des précautions particulières soient prises dans le cadre des examens ou des soins réalisés.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à facturation de consultations ou actes mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-26-1 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville, et/ou d'un des forfaits mentionnés aux articles 15 à 18 ».

Ces trois conditions sont cumulatives : si l'une d'entre elles n'est pas remplie, la facturation d'un GHS n'est pas autorisée.

Ces règles visent à ce que ne donne pas lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge pouvant 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.

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 naevus sous anesthésie locale).

1.2. Les exceptions aux conditions de facturation d'un GHS pour des prises en charge hospitalières de moins d'une journée

Pour la facturation des GHS, ne sont pas soumises aux trois conditions cumulatives précédemment mentionnées les prises en charges suivantes :

- La prise en charge de moins d'une journée au sein d'un service d'urgence dans les conditions définies à l'article 12 de l'arrêté prestation (cf. annexe 1) ;
- La prise en charge de moins d'une journée résultant d'une hospitalisation écourtée du fait du décès du patient ou de la sortie de l'établissement 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. Ne relèvent donc pas de ce cas les prises en charge programmées et finalement annulées, notamment pour cause de contre-indication médicale. Ne relève pas non plus de ce cas, 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.

- La prise en charge correspondant à une « séance » au sens du PMSI et de la classification des GHM (catégorie majeure 28). En effet, pour la majorité 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 l'ensemble des séances hormis celle se résumant à l'administration de produits réservés à l'usage hospitalier. Ces séances sont donc soumises au respect des conditions de facturation des GHS de moins d'une journée de droit commun.

Il convient en effet de noter que l'administration d'un produit réservé à l'usage hospitalier mentionné à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique n'exonère pas l'établissement de santé du respect des conditions cumulatives définies supra pour la facturation d'un GHS en hospitalisation de jour¹. Lorsque ces critères sont remplis (notamment en cas de présence d'un « terrain à risque » chez le patient), la prise en charge au cours de laquelle un produit de la réserve hospitalière est administré, justifie naturellement la facturation d'un GHS. Dans le cas contraire, la facturation du GHS de séance n'est pas justifiée.

- L'hospitalisation du patient mineur décidée par un médecin dans le cadre d'une suspicion de maltraitance. En effet, en vertu de son obligation réglementaire de mettre en œuvre les moyens

¹ A noter que le régime réglementaire des produits réservés à usage hospitalier évolue à compter du 1^{er} mars 2017 : l'administration de ces produits peut désormais s'effectuer, sauf mention contraire dans l'autorisation de mise sur la marché du produit, dans le cadre de prises en charge en « environnement hospitalier », c'est-à-dire de prises en charge non suivies d'une hospitalisation formelle du patient. Cette évolution s'accompagne de la mise en place des supports permettant la facturation de ces prises en charge en environnement hospitalier. L'administration d'un produit réservé à usage hospitalier, lorsqu'elle constitue le seul motif de la venue du patient, ne permet ainsi pas la facturation d'un GHS mais donne lieu, selon le cas, à facturation :

- Du forfait APE mentionné au 1^o de l'article 17 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précité. Ce forfait est facturé pour toute administration en environnement hospitalier de spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, dite « liste en sus » ;
- Du forfait AP2 mentionné au 2^o de l'article 17 du même arrêté. Ce forfait est facturé pour toute administration en environnement hospitalier de spécialités pharmaceutiques de la réserve hospitalière ne figurant pas sur la liste en sus, dès lors que cette administration ne fait pas par ailleurs l'objet d'un acte inscrit à la CCAM.

nécessaires à la protection de la santé de l'enfant² et des recommandations de bonnes pratiques en la matière³, 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 d'une unité d'hospitalisation exonère l'établissement du respect des critères définis supra et justifie la production d'un GHS.

2. Conditions communes aux trois types d'hospitalisations de jour : l'admission dans une structure d'hospitalisation individualisée et l'utilisation d'un lit ou d'une place

Outre les conditions propres au type d'hospitalisation de jour auquel elle se rattache (cf. points 3, 4, et 5), toute prise en charge de moins d'une journée doit nécessairement, pour justifier la facturation d'un GHS, respecter les deux conditions suivantes :

- Le patient est admis dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D. 6124-301 du code de la santé publique, à savoir une structure d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit respectant les conditions techniques de fonctionnement propres à ces structures 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.

² 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 quant à 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. »

³ 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.

3. Focus sur le 1^{er} type d'hospitalisation de jour : la prise en charge nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie

Ce premier type d'hospitalisation de jour correspond aux prises en charge pour lesquelles est réalisé au moins 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 qui acceptent un code activité 4, réalisés avec une anesthésie générale ou locorégionale. Sont ainsi concernés les actes, programmés ou non, de chirurgie ambulatoire, 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. De la même manière, sont également visés les actes acceptant un code activité 4, mais exceptionnellement réalisés sans anesthésie générale ou locorégionale, comme les coloscopies 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 (sans activité 4) 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).

Les actes CCAM n'acceptant pas le code activité 4 et qui ne seraient réalisés ni sous anesthésie générale ni sous anesthésie loco-régionale ne donnent pas lieu à facturation d'un GHS.

Quant aux prises en charge donnant lieu à facturation des forfaits « sécurité environnement » (SE) ou des forfaits « de petit matériel » (FFM), elles ne peuvent en principe donner lieu à facturation d'un GHS. Ces deux prestations permettent en effet de rémunérer respectivement :

- Pour le forfait SE, le recours par un établissement de santé à certains actes techniques supposant une mobilisation de ressources mais réalisés sans anesthésie générale ou locorégionale (actes inscrits sur les listes 1 et 2 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précité). Ce forfait SE a également vocation à financer la réalisation d'actes nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (actes inscrits sur les listes 3 et 4 de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précité).
- Pour le forfait FFM, le recours par un établissement de santé non autorisé à pratiquer l'activité de médecine, à certains actes réalisés sans anesthésie et nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation (actes inscrits à l'annexe 10 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précité).

Tout acte inscrit sur l'une de ces listes et réalisé sans anesthésie générale ou locorégionale, au cours d'une prise en charge de moins d'une journée, ne doit ainsi pas donner lieu à facturation du GHS. La facturation d'un GHS est en revanche justifiée lorsque :

- La prise en charge remplit les critères de la présente instruction, notamment lorsque l'acte inscrit sur la liste des actes donnant droit à forfait SE ou FFM n'est pas réalisé de manière isolée mais au côté d'autres actes techniques dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle (cf. point 4.) ou lorsque l'acte est réalisé sur un patient présentant un terrain à risque justifiant le recours à une hospitalisation (point 5.) ;
- L'acte technique inscrit sur l'un de ces listes donnant droit à forfait SE ou FFM, bien que n'acceptant pas de code activité 4, est réalisé, à titre exceptionnel, avec une anesthésie générale ou locorégionale (cf. *supra*).

4. Focus sur le 2^e type d'hospitalisation de jour : la prise en charge par une équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle

Ce deuxième type d'hospitalisation de jour correspond à certaines prises en charge pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnelles, à visée thérapeutique ou diagnostique, répondant aux critères cumulatifs suivants :

- L'équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle est composée d'au moins trois professionnels dont au moins un professionnel médical et au moins deux professionnels supplémentaires, médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs ;
- La prise en charge donne lieu à la réalisation d'au moins deux actes techniques inscrits à la CCAM ou à la NGAP et relevant de deux techniques de spécialités différentes ;
- La coordination de la prise en charge est assurée par un professionnel médical qui rédige le compte-rendu d'hospitalisation ou la lettre de liaison.

4.1. Critère lié à la pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité de la prise en charge (mobilisation de professionnels différents)

Ce critère est rempli dès lors que la prise en charge mobilise un socle minimal de trois intervenants:

- La prise en charge doit nécessairement mobiliser **au moins un professionnel médical** (médecin, sage-femme ou chirurgien-dentiste). C'est en effet ce professionnel qui est chargé de la coordination de la prise en charge et de la rédaction du compte rendu d'hospitalisation.

Une prise en charge de moins d'une journée ne mobilisant que des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs ne doit donc pas donner lieu à facturation d'un GHS

- A l'intervention de ce professionnel médical s'ajoute celle **d'au moins deux professionnels supplémentaires, médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs**.

Lorsque l'un ou les deux professionnels supplémentaires sont des professionnels médicaux, leur intervention doit être complémentaire à celle du premier professionnel médical. C'est notamment le cas lorsque le deuxième professionnel médical relève d'une autre discipline médicale ou lorsque, bien qu'appartenant à la même discipline médicale, sa spécialisation lui confère une expertise complémentaire (par exemple, prise en charge en pédiatrie mobilisant un néphropédiatre et endocrinopédiatre).

En revanche, ce critère n'est pas rempli dans le cas du cardiologue faisant appel à un collègue, non pour la réalisation d'examens complémentaires mais pour un second avis.

Ces professionnels supplémentaires peuvent également relever d'une autre profession, qu'elle soit paramédicale ou socio-éducative (prise en charge pluriprofessionnelle). A ce titre, sont comptabilisés l'ensemble des professionnels intervenant au cours de la prise en charge, qu'ils soient ou non nomenclaturés et que ces différents professionnels appartiennent ou non à la même équipe au sens strict⁴.

⁴ En application de l'article R.6124-301-1 du code de la santé publique, la structure d'HDJ peut en effet faire appel, outre l'équipe médicale et paramédicale attachée spécifiquement à la structure, à des personnels exerçant également en hospitalisation complète sur le même site ou avec des personnels du ou des plateaux techniques existant sur le site.

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, réalisation d'un examen clinique ou d'une évaluation sociale, et, le cas échéant, réalisation d'un compte-rendu.

Ne doit ainsi pas être comptabilisée, au titre de ce critère de pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité, l'intervention médico-technique, de type intervention du radiologue, qui ne donne pas lieu à examen clinique du patient (mais pourra en revanche être comptabilisée au titre du critère lié à la réalisation d'actes CCAM).

Ne doit pas non plus être comptabilisée l'intervention de l'infirmière ou de l'aide soignante lorsqu'elle réalise les gestes techniques communs à toute hospitalisation (prise de sang, perfusion...). Lorsqu'elle porte sur l'éducation thérapeutique du patient, l'intervention de l'infirmière ou de l'aide soignante est en revanche prise en considération au titre de ce critère.

4.2. Critère lié à la réalisation d'au moins deux actes techniques relevant de deux techniques de spécialités différentes

Ce critère lié à la mobilisation de techniques de spécialités différentes renvoie:

- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, d'au moins deux actes techniques relevant de deux paragraphes différents de la Classification commune des actes médicaux (CCAM) ;
- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, d'au moins deux actes techniques du même paragraphe de la CCAM mais relevant, au sein de ce paragraphe, de deux sous-paragraphes différents (lorsque ce niveau supplémentaire de subdivision existe)⁵ ;
- Soit à la réalisation, dans le respect des indications de la nomenclature, d'au moins deux actes : un acte de la CCAM et d'un acte technique de la NGAP (à l'exclusion pour la NGAP des consultations et des actes médico-infirmiers).

Ce critère permet d'exclure toute pratique de « découpage » d'un acte global. La réalisation d'une radiographie de l'épaule droite suivie d'une radiographie de l'épaule gauche ne pourra, par exemple, pas donner lieu à comptabilisation de deux actes.

A noter que ne doivent pas être comptabilisés les actes -médico-infirmiers, les actes de biologie ainsi que les actes d'électrocardiogramme et de monitoring.

Par ailleurs est considéré comme relevant d'un seul et même acte [une seule et même technique] le couple constitué par un acte technique et par l'acte de guidage qui l'accompagne. En effet, bien que relevant d'un autre paragraphe de la CCAM que l'acte qu'ils complètent, ces actes de guidage en constituent le prolongement.

Ce critère renvoie à l'idée d'une mobilisation de moyens différents et non à une logique de localisation géographique du plateau technique ou de l'unité dans laquelle sont réalisés les examens. Ce critère n'a donc pas vocation à prescrire aux établissements de santé un type d'organisation à retenir pour la prise en charge. Selon les modalités d'organisation propres à chaque établissement, les actes thérapeutiques ou diagnostiques réalisés au cours de ces prises en charge pourront aussi bien être effectués au sein d'une seule unité qu'au sein de plusieurs unités.

⁵ Les paragraphes et sous-paragraphes de la CCAM sont respectivement les 3^e et 4^e niveaux de subdivision de la CCAM, après les chapitres et les sous-chapitres. Ces niveaux permettent de circonscrire des techniques d'investigations (actes diagnostics) ou des types d'actions (actes thérapeutiques).

4.3. Critère lié à la réalisation d'un compte-rendu d'hospitalisation

Dans la mesure où ce deuxième type d'hospitalisation de jour correspond à une prise en charge coordonnée et non à une succession d'actes réalisés de manière isolée, elle doit nécessairement donner lieu à un document ayant 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.

Ce document prend la forme d'un compte-rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1112-1-2 du code de la sécurité sociale.

Les établissements de santé doivent dans tous les cas veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l'hospitalisation de jour (contenu de la prise en charge, composition de l'équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle...)

Dans le cadre de prise en charge itérative, le compte-rendu peut être un compte-rendu intermédiaire à chaque venue, dans l'attente d'un compte rendu définitif synthétisant l'ensemble de la prise en charge itérative. Chaque compte rendu intermédiaire doit cependant retracer les éléments permettant d'objectiver l'hospitalisation de jour du patient.

Articulation des différents critères

Ces trois critères sont cumulatifs : si l'un d'entre eux n'est pas respecté, la prise en charge ne donne pas lieu à facturation d'un GHS.

Le 1^{er} critère (mobilisation de plusieurs professionnels) et le 2^e critère (réalisation d'actes techniques de spécialités différentes) doivent être appréciés l'un après l'autre :

- Est dans un premier temps appréciée la pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité de la prise en charge (1^{er} critère) : ce qui est recherché, c'est la mobilisation de plusieurs avis de professionnels, qui ne sont le plus souvent pas à l'origine d'actes techniques, mais qui auront tous concouru à la prise en charge du patient à travers un avis médical, social, psychologique, une expertise particulière. La mobilisation d'un professionnel est comptabilisée au titre de ce 1^{er} critère, qu'il ait ou non réalisé un acte. Autrement dit, la réalisation d'un acte n'est pas une condition nécessaire au titre de ce 1^{er} critère.
- Est dans un second temps vérifiée la réalisation d'au moins deux actes techniques (dans les conditions définies *supra* au point 4.2). Potentiellement, ces deux actes peuvent avoir été réalisés par l'un des professionnels qui aura été comptabilisé au titre de la pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité, pour la consultation, l'avis ou l'évaluation qu'il a réalisé.

Par exemple, le rhumatologue qui, au cours de sa consultation médicale, réalise lui-même un acte d'infiltration, verra sa consultation (ou son avis spécialisé) pris en compte pour apprécier le 1^{er} critère de pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité. Son acte d'infiltration sera quant à lui comptabilisé au titre des actes techniques CCAM (2^e critère).

Autre exemple : le geste technique (retracé par un compte-rendu) effectué par le radiologue est comptabilisé au titre des actes techniques CCAM (2^e critère) mais pas au titre du 1^{er} critère.

La prise en charge qui ne remplirait notamment pas le critère relatif à la réalisation d'au moins deux actes techniques relevant de spécialités différentes pourra néanmoins, le cas échéant, donner lieu à facturation de la prestation intermédiaire (PI) mentionnée à l'article 17 bis de l'arrêté du 15 février 2015 modifié, sous réserve que cette prise en charge remplisse bien les conditions décrites à cette article et rappelées dans l'annexe 3 de la présente instruction.

Dans le cas où la prise en charge ne remplirait ni les conditions relatives à la facturation d'un GHS ni les critères du forfait FPI, chaque acte diagnostique ou thérapeutique devra 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).

5. Focus sur le 3^e type d'hospitalisation de jour : la prise en charge du patient dont l'état de santé présente un terrain à risque particulier

Toute prise en charge qui ne remplirait ni les conditions mentionnée au point 3 ni celles mentionnées au point 4, peut toutefois donner lieu à facturation d'un GHS lorsque le patient présente un terrain à risque. Ce troisième type d'hospitalisation de jour vise à ce qu'une prise en charge donnant habituellement lieu à facturation « en externe », justifie néanmoins la facturation d'un GHS lorsqu'elle concerne un patient « à risque ».

On entend par « terrain à risque » un état du patient qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient « habituel » et qui justifie de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens, ou la délivrance de certains soins. Il y a donc une utilisation de moyens supplémentaires (techniques ou humains) pour réaliser la prise en charge prévue du fait de l'état de santé du patient.

Relèvent de ce « terrain à risque » les prises en charges pour lesquelles des moyens supplémentaires sont mis en œuvre

Dans les situations de polyhandicap, d'état grabataire ou de pathologies psychiatriques 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 (polyhandicap physique ou handicap mental) sont des situations mobilisant des moyens supplémentaires justifiant le recours à l'hospitalisation de jour.

Dans tous les cas, il importe que les établissements de santé veillent à retracer dans le dossier du patient et dans le compte-rendu d'hospitalisation ou dans la lettre de liaison l'ensemble des éléments de nature à témoigner de l'existence du terrain à risque et des moyens supplémentaires mobilisés.

Toute prise en charge du patient de moins d'une journée dont l'état de santé ne présenterait pas de terrain à risque particulier (et qui par ailleurs ne s'inscrirait ni dans une prise en charge nécessitant un environnement répondant aux conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ni dans la seconde forme de prise en charge en HDJ décrite supra) ne doit ainsi pas donner lieu à facturation du GHS. La facturation d'un GHS est en revanche justifiée lorsque :

- La prise en charge est supérieure à une journée ;
- La prise en charge répond aux conditions de facturation définies en annexe 1 (UHCD).

Annexe 3

Conditions de facturation de la prestation intermédiaire entre activité externe et hospitalisation de jour mentionnée à l'article L. 162-22-6-1 du code de la sécurité sociale

1. Mise en place d'une prestation intermédiaire entre activité externe et hospitalisation de jour

Certaines consultations pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles réalisées en établissements de santé ne nécessitent pas la mobilisation d'une place d'hôpital de jour ou le recours à un plateau technique et ne remplissent de ce fait pas les conditions exposées à l'annexe 2 de la présente instruction pour la facturation d'un séjour d'hospitalisation de jour.

Pour autant, ces consultations impliquent la mobilisation coordonnée de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs et la réalisation d'une synthèse médicale. Les coûts associés à ces prises en charge ne peuvent donc pas être pleinement couverts par la seule facturation des actes et consultations externes dans la mesure les interventions de certains de ces professionnels (psychologues, diététiciens, assistances sociales, par exemple) ne peuvent faire l'objet d'une facturation à l'acte.

L'absence de niveau spécifique de valorisation de ces prises en charge intermédiaires entre actes et consultations externes et hospitalisations de jour constitue un frein réel au virage ambulatoire. C'est la raison pour laquelle la LFSS pour 2017⁶ pose le principe d'une rémunération spécifique des consultations pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnelles réalisées en établissements de santé.

La mise en place de ce nouvel échelon dans la gradation des soins ambulatoires se traduit par la création, dès le 1^{er} mars 2017, d'un forfait prenant la forme d'une prestation hospitalière non suivie d'hospitalisation intitulée « forfait prestation intermédiaire » (FPI).

2. Conditions de facturation du forfait FPI

En application de l'article 17 bis de l'arrêté du 19 février 2015 précité, le forfait FPI est facturable, à compter du 1^{er} mars 2017, par les établissements de santé publics et privés, lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- La prise en charge donne lieu à l'intervention d'au moins un professionnel médical et d'au moins deux autres professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs

Ce critère est identique à celui renvoyant à l'appréciation de la composition de l'équipe pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle dans le cadre des hospitalisations de jour (cf. point 4.1 de l'annexe 2) et est apprécié selon les mêmes modalités.

Pour ouvrir droit à la facturation d'un forfait PI, la prise en charge doit donc mobiliser 3 professionnels:

- Au moins un professionnel médical (médecin, sage-femme, chirurgien-dentiste), qui est 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.

Comme pour l'hospitalisation de jour, chaque intervention de ces différents professionnels doit donner lieu à un avis à part entière qu'il soit d'ordre médical, psychologique ou social, avec interrogatoire du patient, réalisation d'un examen clinique ou d'une évaluation sociale, et, le cas échéant, réalisation d'un compte-rendu.

⁶ Article 79 de la LFSS pour 2017, qui introduit un article L. 162-22-6-1 dans le code de la sécurité sociale.

- La prise en charge donne lieu à la rédaction d'une synthèse médicale par un professionnel médical

La prise en charge pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle ouvrant droit à forfait FPI doit donner lieu à réalisation d'une synthèse diagnostique ou thérapeutique de l'ensemble de la prise en charge par les différents acteurs, au moins provisoire par un professionnel médical.

Cette synthèse médicale a vocation à conclure sur l'ensemble de la prise en charge effectuée pendant la journée et 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.

Ces deux conditions sont cumulatives : si l'une d'entre elles n'est pas remplie, la prise en charge ne donne pas droit à facturation du forfait FPI.

En application de l'article R. 160-33-1 **[actuel R. 162-32]** du code de la sécurité sociale, la facturation du forfait FPI est limitée aux prises en charge de certaines affections dont la liste est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Au 1^{er} mars 2017, peuvent ainsi donner lieu à facturation d'un forfait FPI, dès lors qu'elles remplissent les deux critères mentionnés précédemment, les consultations pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnelles liées au traitement :

- d'un diabète de type 1 ou type 2 (au sens de l'ALD n° 8 sur la liste des affections de longue durée)⁷ ou d'un diabète gestationnel,
- d'une polyarthrite rhumatoïde évolutive (au sens de l'ALD n°21)
- d'une spondylarthrite grave (au sens de l'ALD n°26)
- d'une insuffisance cardiaque grave (au sens de l'ALD n°5 à l'exclusion des troubles du rythme graves, des cardiopathies valvulaires graves et des cardiopathies congénitales graves)

La facturation du forfait FPI s'effectue à chaque venue du patient⁸ qui remplit les conditions mentionnées *supra*. Le statut ALD du patient n'est pas une condition de facturation du forfait FPI.

Le forfait FPI a vocation à financer, outre le temps médical lié à la coordination et à la synthèse médicale, les interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs non répertoriées à la CCAM ou à la NGAP et qui ne peuvent donc faire l'objet d'une facturation à l'acte.

Lorsqu'en revanche la prise en charge donne lieu à un ou plusieurs examens complémentaires inscrits à la nomenclature (CCAM ou NGAP), ces derniers sont facturés en sus du forfait FPI, à l'exception des actes médico-infirmiers qui sont inclus dans le forfait FPI.

Compte-tenu de sa nature, la prestation intermédiaire peut être facturée, le cas échéant, en complément d'un forfait SE, d'un forfait APE ou AP2, ou d'un forfait d'hospitalisation à domicile (GHT).

3. Articulation entre forfait PI et hospitalisation de jour pluridisciplinaire

⁷ Liste des affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse mentionnée à l'article D. 160-4 du code de la sécurité sociale

⁸ Et donc en présence de celui-ci. Les consultations pluridisciplinaires et/ou pluriprofessionnelles concernées par le forfait PI sont en effet à distinguer des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) qui, si elles regroupent également des professionnels de santé de différentes disciplines n'impliquent en revanche pas la présence du patient. Ces RCP visent essentiellement à permettre au corps médical de discuter les dossiers des patients de façon collégiale.

Le forfait FPI ne se substitue pas à l'hospitalisation de jour pour les pathologies ciblées. Les prises en charge qui rempliraient sur ces champs les critères de la présente instruction relatifs à l'hospitalisation de jour donnent lieu à facturation d'un GHS.

L'articulation entre le forfait FPI et l'hospitalisation de jour tient au fait que la facturation du forfait PI :

- N'implique pas que soit démontrée la mobilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel d'une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D.6124-301 du code de la santé publique⁹ ;
- N'implique pas la réalisation d'actes techniques. Si toutefois un ou plusieurs actes techniques sont réalisés, ces derniers sont 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 ou un seul acte CCAM est réalisé ou pour lesquelles deux actes sont effectués mais relèvent du même paragraphe (ou, le cas échéant, sous-paragraphe) de la CCAM.

⁹ Il n'est ainsi pas exigé pour la facturation de ce forfait que l'établissement dispose d'une autorisation d'hospitalisation de jour.

Annexe 4 Mécanisme 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 est apparu nécessaire de compléter les règles décrites par la présente instruction par un mécanisme de « rescrit tarifaire »¹⁰ permettant à tout établissement de santé d'obtenir une prise de position formelle de l'Etat et de l'assurance maladie, et opposable à ces derniers, sur l'éligibilité d'un type précis de prise en charge à l'hospitalisation de jour.

La mise en œuvre de ce rescrit vise, à travers la constitution d'une doctrine nationale conjointe sur les situations répondant aux critères de l'hospitalisation de jour, à harmoniser les interprétations qui peuvent en être faites, notamment dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité.

Ce rescrit permet également d'apporter une réponse à certaines situations spécifiques, en particulier s'agissant de la comptabilisation de certains actes qui, en l'état, ne peuvent être pris en compte pour satisfaire aux critères de l'hospitalisation de jour mais qui pour autant nécessitent une hospitalisation (notamment s'agissant d'actes réalisés sans anesthésie mais devant nécessairement, pour des raisons de sécurité des soins, être réalisés en bloc opératoire ou d'actes non encore répertoriés à la nomenclature CCAM).

Ce mécanisme de rescrit, applicable à compter du 1^{er} mars 2017, 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) mentionnée à l'article R. 162-42-9 du code de la sécurité sociale territorialement compétente¹¹.

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 du 19 février 2015 modifié précité relatives aux conditions de facturation des GHS dans le cas de prise en charge de moins d'une journée ou des précisions techniques qui y sont apportées dans la présente instruction. La demande de rescrit précise les dispositions dont l'interprétation est sollicitée.

La description par l'établissement 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. L'établissement transmet ainsi à l'UCR le protocole de soins envisagé.

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

- Raison sociale de l'établissement
- Numéro FINESS juridique et numéro FINESS géographique
- Numéro de téléphone et adresse électronique du service responsable
- Une présentation précise, complète et sincère du protocole de soins envisagé, afin que l'administration se prononce en toute connaissance de cause. L'établissement de santé décrit

¹⁰ Selon la définition qu'en donne le Conseil d'Etat, le rescrit correspond à « une prise de position formelle de l'administration, qui lui est opposable, sur l'application d'une norme à une situation de fait décrite loyalement dans la demande présentée par une personne et qui ne requiert aucune décision administrative ultérieure ».

¹¹ Lorsque la demande émane d'une fédération hospitalière, elle est formulée au nom et pour le compte d'un établissement de santé et est adressée à l'UCR d'Ile de France.

ainsi la liste exhaustive des actes et examens auxquels 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 l'établissement.

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).

Cela ne veut pas dire que des établissements faisant l'objet de contrôle sur des prises en charges d'HDJ de diabétologie (par exemple) ne pourraient transmettre de demande de rescrit portant sur ce champ de l'HDJ de diabétologie. Cela sous entend uniquement que la demande de rescrit ne peut être formulé 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'UCR¹² apprécie le caractère complet de la demande au regard des éléments mentionnés *supra* et peut, le cas échéant, demander à l'établissement de compléter ou de préciser la demande. Lorsqu'une régularisation n'apparaît pas possible, la demande est considérée comme incomplète et classée sans suite. L'UCR informe le demandeur de ce classement.

Lorsque la demande est complète, l'UCR en accuse réception auprès du demandeur et saisit les services de la CNAMTS et du Ministère des affaires sociales et de la santé, qui établissent une doctrine nationale conjointe sur l'éligibilité à l'HDJ du protocole de soins envisagé. Cette réponse conjointe est notifiée par l'UCR à l'établissement dans un délai de 3 mois suivant la réception de la demande.

Les réponses apportées font l'objet d'une publication sur le site internet de l'ATIH. 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 sur le site internet de l'ATIH dans les conditions décrites précédemment, la CNAMTS et le Ministère retransmettent à l'établissement 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 identique à celle décrite dans la demande. L'établissement doit néanmoins 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 sur le site de l'ATIH, est également opposable, selon les mêmes modalités, par les autres établissements de santé à condition que leur situation soit bien strictement identique à celle exposée dans le rescrit.

La réponse est par ailleurs rétroactive : elle s'applique aux situations de faits antérieures à la production du rescrit si la base légale sur laquelle s'appuie la réponse au rescrit est également antérieure à ladite situation.

¹² En pratique, cet examen de la demande de rescrit est réalisé par la Direction Régionale du Service Médical (DRSM).