

## PRISES EN CHARGE DE MOINS D'UNE JOURNÉE

### 1. Textes de référence

⇒ **Code de la sécurité sociale (CSS) :**

- Article [R162-32](#) relatif aux prestations d'hospitalisation prises en charge par l'assurance maladie

⇒ **Code de la santé publique (CSP) :**

- Articles [D.6124-22](#) (structure des urgences) et [D.6124-301](#) (structure d'hospitalisation à temps partiel et structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire)

⇒ **Arrêté du 19 février 2009** 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 [L.162-22-6](#) du code de la sécurité sociale.

⇒ **Circulaire DHOS/F1/MT2A/2006/376 du 31 août 2006** relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge de moins d'une journée.

### 2. Définition

Les prises en charge de moins d'une journée correspondent à des soins qui relèvent en principe de l'activité externe, mais peuvent donner lieu à facturation (ou valorisation dans les établissements ex DG), sous certaines conditions. Il s'agit, par conséquent, d'actes à la frontière des soins externes et de l'hospitalisation.

**A noter :** par convention et par souci de simplification, le terme de « facturation » employé ci-après, signifie, **pour les établissements ex DG :**

- valorisation des GHS ;
- facturation d'un TM éventuel basé sur un tarif journalier de prestations (ou d'un TJP dans son intégralité pour les non assurés sociaux)

### 3. Conditions de facturation

#### 3.1 Prise en charge de moins d'une journée, dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Lorsqu'un patient est pris en charge dans une UHCD<sup>1</sup>, et que cette prise en charge n'est pas suivie d'une hospitalisation dans le même établissement, un GHS peut être « facturé » **si l'état de santé de ce patient remplit, de manière cumulative, les conditions suivantes :**

- ⇒ il présente un caractère instable ou le diagnostic est incertain ;
- ⇒ il nécessite une surveillance médicale et un environnement paramédical qui ne peuvent être délivrés que dans le cadre d'une hospitalisation ;
- ⇒ il rend nécessaire la réalisation d'examen complémentaires ou d'actes thérapeutiques.

Il peut s'agir des cas suivants (cf circulaire 2006/376 du 31 août 2006) :

- tentative de suicide médicamenteux,

<sup>1</sup> 4° de l'article D.6124-22 du CSP.

- asthme sévère,
- douleurs abdominales aiguës n'ayant pas fait la preuve de leur origine,
- traumatisme crânien...

**En revanche**, si les symptômes observés doivent donner lieu à des examens diagnostiques complémentaires sans nécessiter de surveillance en hospitalisation, **il y a « facturation » d'un forfait ATU et des actes et consultations réalisés.**

### 3.2 Prise en charge de moins d'une journée hors unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD).

Hors UHCD, un GHS peut être également « facturé » dans le cas d'une hospitalisation de moins d'une journée **si les actes réalisés nécessitent** :

- ⇒ Une admission dans une structure d'hospitalisation disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés (article D.6124-301 du CSP) ;
- ⇒ 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.

**Ces trois conditions sont cumulatives.** A défaut, la prise en charge du patient ne peut donner lieu qu'à « facturation » d'une consultation ou d'un acte externe, selon les règles de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) ou de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

**A titres d'exemples**, peuvent donner lieu à « facturation » d'un GHS (cf circulaire DHOS/MT2A n° 2006/376) :

- Les actes réalisés avec une anesthésie loco-régionale ou les actes qui, sans requérir une telle anesthésie, nécessitent la proximité d'un anesthésiste ou un milieu stérile
- Les bilans diagnostiques ou thérapeutiques si la prise en charge comporte plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés sur des plateaux techniques hospitaliers et que la synthèse en est réalisée par un médecin. Il peut s'agir de :
  - bilans diagnostiques d'une image pulmonaire anormale associant fibroscopie bronchique, imagerie, actes de biologie et consultation de synthèse ;
  - bilans réalisés chez un diabétique, nécessitant le recours à un ophtalmologiste, angiologue, diététicien, avec explorations vasculaires, examens biologiques et synthèse médicale ;
  - bilans d'extension d'une tumeur maligne, comportant des explorations d'imagerie et de scintigraphie avec consultation de synthèse...

**Ne peuvent pas donner lieu à « facturation » d'un GHS :**

- les soins délivrés dans un service autorisé d'accueil des urgences, non suivis d'hospitalisation (pour mémoire, ces soins donnent lieu à facturation d'un ATU (cf fiche) en sus de la facturation de la consultation et/ou des actes réalisés) ;
- les prises en charge réalisées dans les établissements ne disposant pas d'une structure autorisée pour l'accueil et le traitement des urgences mais pouvant donner lieu à facturation d'un "forfait de petit matériel" (FFM) ;

- 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 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...

Cas particuliers : les consultations pluridisciplinaires, prises en charge dans le cadre des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), ne doivent pas donner lieu à facturation.

#### **4. Situations correspondant à la facturation des forfaits SE ou FFM.**

Les actes autorisant la facturation des forfaits FFM et SE (listes fixées en annexe 10 et 11 de l'arrêté du 19 février 2009 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) **peuvent donner lieu à « facturation » d'un GHS, dès lors qu'ils remplissent les conditions décrites pour les prises en charge de moins d'une journée hors UHCD** (cf 3.2).