

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

Direction générale de l'offre de soins

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

Instruction DGOS/R n° 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)

NOR : SASH1015840J

Date d'application : immédiate.

Résumé :

La facturation d'un GHS pour la prise en charge d'un patient de moins d'une journée ou dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) répond à des critères précis relatifs notamment 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 – UHCD – activité externe – hospitalisation à temps partiel.

Références :

Code de la sécurité sociale, notamment les articles L. 162-22-6 et R. 162-32.

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.

Arrêté du 22 février 2008 modifié 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.

Circulaire 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.

Lettre DHOS n° 00356 du 12 avril 2007 relative à la mise en œuvre de la campagne tarifaire T2A2007 dans les établissements de santé publics et privés mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale – facturation des forfaits d'environnement.

La ministre de la santé et des sports à Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de santé (pour attribution et transmission aux établissements) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé (pour mise en œuvre).

La circulaire du 31 août 2006 susvisée apportait 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 très courte durée (UHCD).

Ces conditions de facturation ont été initialement fixées en 2006 (cf. art. 5 [3° et 10°] de l'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 [MCO] et prises en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale).

Même si les campagnes tarifaires des années suivantes ont introduit de nombreux changements à la classification des prestations MCO – avec notamment l’introduction des forfaits « sécurité environnement » (SE) en 2007 ou la mise en œuvre de la version 11 (V11) de la classification des groupes homogènes de malades (GHM) en 2009 – ces conditions de facturation sont, en revanche, restées inchangées. Elles ont donc été reprises à l’identique dans l’arrêté du 19 février 2009 de même objet (cf. art. 6 [3^o et 9^o de l’arrêté du 19 février 2009 susvisé]).

Toutefois, une mise à jour de la circulaire du 31 août 2006 est apparue nécessaire pour intégrer les conséquences de certaines nouveautés de la classification (création du forfait SE, par exemple). Cette nécessité est également apparue à l’issue des premiers contrôles effectués par l’assurance maladie ainsi qu’à la lumière des informations remontées des établissements publics et privés par leurs fédérations respectives.

La présente circulaire a donc pour objet de remplacer la circulaire du 31 août 2006 en tenant compte des évolutions réglementaires relatives à la classification (forfaits SE...) et en élargissant la liste des exemples de situations donnant droit à un GHS ou à l’inverse en excluant la facturation en identifiant le cas particulier des prises en charge de patients présentant un terrain à risque.

Cette circulaire remplace celle de 2006, qui est abrogée.

1. Conditions de facturation d’une prise en charge dans une unité d’hospitalisation de courte durée (UHCD)

L’article 6 (3^o) de l’arrêté du 19 février 2009 précise que, lorsque le patient est pris en charge dans une UHCD 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 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.

Tout d’abord, il convient de rappeler que ces trois conditions sont cumulatives. Dès lors, si l’une de ces conditions n’est pas remplie, la facturation d’un GHS n’est pas autorisée.

Par ailleurs, l’utilisation des termes « 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.

Il est ainsi possible de citer les exemples suivants, où la facturation du GHS est autorisée :

- tentative de suicide médicamenteux ;
- asthme sévère ;
- douleurs abdominales aiguës dont l’origine est indéterminée ;
- traumatisme crânien ;
- diarrhée aiguë du nourrisson.

En revanche, les prises en charge 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.

Par ailleurs, les modalités de facturation des prises en charge en UHCD ont été modifiées par la mise en œuvre de la V11 de la classification des GHM et la suppression de la CM24. Désormais, ces prises en charge donnent lieu à facturation d’un « GHS correspondant à un GHM dont la date d’entrée est égale à la date de sortie, 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.

Enfin, en cas d’hospitalisation dans une unité MCO au sein du même établissement à l’issue du passage en UHCD, 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.

2. Conditions de facturation d’une prise en charge hospitalière de moins d’une journée (avec date de sortie identique à la date d’entrée) hors UHCD

2.1. 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 antérieurement sous dotation globale. Par commodité de langage, ces prises en charge sont qualifiées d'« activité externe » dans la suite du texte. De même, sont également qualifiées d'« activité externe » les prises en charge donnant lieu à facturation du forfait SE ou du forfait de petit matériel FFM.

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).

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, à laquelle peut s'ajouter, le cas échéant, la facturation d'un forfait SE ou FFM.

Il convient aussi de rappeler que le médecin responsable du département d'information médicale (DIM) ne produit des résumés de sortie standardisés (RSS) et, par suite, des GHM et des 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 relève non pas de la décision du médecin responsable du DIM, mais de celle du directeur de l'établissement, sur proposition du médecin clinicien.

2.2. Rappel des dispositions réglementaires

L'article 6 (9^o) de l'arrêté du 19 février 2009 précise 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 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 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 ».

Comme pour les prises en charge en UHCD, ces trois conditions sont cumulatives ; si l'une d'elles n'est pas remplie, la facturation d'un GHS n'est pas autorisée.

L'admission est donc nécessaire et elle doit avoir lieu dans une structure d'hospitalisation individualisée respectant les normes de fonctionnement relatives à l'hospitalisation à temps partiel.

La notion d'actes réalisés renvoie à des actes aussi bien diagnostiques (investigations) que thérapeutiques (traitements). Sont ici visées des prises en charge de moins d'une journée, parce que prévues comme telles dès l'admission.

Ces prises en charge doivent être distinguées des prises en charge de moins d'une journée résultant d'une hospitalisation écourtée pour des raisons diverses (sortie contre avis médical, décès...), qui donnent légitimement lieu à facturation d'un GHS sans pour autant que les trois conditions réglementaires soient respectées. Ces prises en charge n'entrent pas dans le champ d'application de cette circulaire.

Les « séances » au sens du PMSI et de la classification des GHM sont également exclues de cette circulaire. En effet, pour la plupart de ces prises en charge, une admission est réalisée, un RSS produit, conformément au guide méthodologique de production de résumés de séjour du PMSI en MCO, et un GHS facturé.

Il s'agit des séances de :

- chimiothérapie ;
- transfusion ;
- dialyse (entraînement et hémodialyse) ;
- radiothérapie (pour les établissements ex-DG uniquement) ;
- oxygénothérapie hyperbare ;
- aphérèse.

Les prises en charge de moins d'une journée visées par cette circulaire correspondent donc principalement à des prises en charge :

- nécessitant, pour des raisons de sécurité liées à la pratique d'actes, un environnement « respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie » ;
- justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ».

2.3. Exemples de prise en charge de moins d'une journée autorisant la facturation d'un GHS

Dans la mesure où il est difficile, en pratique, de fixer une 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 révèle impossible. C'est donc 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 quelques cas qui peuvent donner lieu à la facturation d'un GHS :

2.3.1. Prises en charge nécessitant, pour des raisons de sécurité liées à la pratique des actes, « un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie »

Ce premier type de situation correspond à des actes de nature différente. Leur pratique autorise la facturation d'un GHS.

Sont ainsi visés :

- tous les actes qui, au sens de la CCAM, 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 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 l'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 (acte diagnostique réalisé chez un jeune enfant, par exemple). 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).

2.3.2. Prises en charge justifiant le recours à « une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin » : les 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. S'agissant de ce dernier point, l'élaboration, à l'issue du bilan, d'un protocole de soins suivi ultérieurement en externe est un type de synthèse médicale à privilégier.

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).

Il convient en outre de souligner que la réalisation de plusieurs actes au cours de la même journée peut donner lieu à la facturation d'un GHS, lorsque les conditions suscitées sont respectées, y compris lorsque l'un des actes réalisés n'est pas un acte pris en charge par l'assurance maladie. Toutefois, les actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie doivent, pour leur part, justifier l'hospitalisation.

Enfin, 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 classés au sens de la classification des GHM, ou qu'ils n'ont pas de tarif à la CCAM.

Les exemples suivants de bilans diagnostiques ou thérapeutiques 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 des examens ophtalmologiques, le recours à un médecin spécialisé en pathologie vasculaire et à un diététicien, avec réalisation d'explorations vasculaires, d'examens biologiques et d'une 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, la présence d'une infirmière et une synthèse effectuée par un médecin gériatre.

Chacun de ces exemples respecte les critères requis pour que la facturation d'un GHS soit autorisée. En cas de doute pour une situation clinique particulière, l'association de ces critères sera systématiquement recherchée.

2.4. Exemples de prise en charge n'autorisant pas la facturation d'un GHS pour une prise en charge hospitalière de moins d'une journée

Compte tenu de la diversité des situations cliniques, il est également impossible de produire une liste exhaustive des prises en charge n'autorisant pas la facturation d'un GHS. Néanmoins, quelques exemples peuvent être fournis.

Les actes ouvrant droit à facturation du forfait SE

Lors de la campagne tarifaire de 2007, une nouvelle prestation hospitalière, dénommée forfait sécurité et environnement hospitalier (SE), a été créée.

Cette prestation a pour objet de financer les établissements pour le recours à leur plateau technique, dans la mesure où la réalisation de certains actes techniques (cf. liste 1 et 2 de l'annexe XI de l'arrêté du 19 février 2009) suppose une mobilisation de ressources par l'établissement (cf. lettre DHOS du 12 avril 2007 susvisée).

Elle a également vocation à financer la réalisation d'actes nécessitant une mise en observation du patient dans un environnement hospitalier (cf. liste 3 des annexes XI et IV pour les saignées thérapeutiques).

Dès lors, d'une manière générale, tout acte inscrit sur les listes du forfait SE et réalisé seul, et sans anesthésie autre que locale, au cours d'une prise en charge de moins d'une journée, ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS.

À titre d'exemple, il est possible de citer :

- les endoscopies digestives hautes réalisées sans anesthésie autre que locale ;
- les injections d'agent pharmacologique dans le corps vitré ;
- l'ablation de corps étrangers profonds de la peau, réalisée sans anesthésie autre que locale ;
- les traitements itératifs tels que les saignées thérapeutiques pour les polyglobulies ou les hémochromatoses en phase d'entretien.

Ce principe doit toutefois être nuancé si le patient présente un terrain à risque (cf. point 2-5) justifiant le recours à une hospitalisation.

La surveillance prolongée du patient

Les actes qui requièrent, dans tous les cas, une surveillance médicale prolongée ne justifient pas la facturation d'un GHS. En effet, le tarif de l'acte réalisé en externe, auquel s'ajoute, le cas échéant, le forfait SE, intègre déjà la rémunération de la surveillance.

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

En revanche, les actes dont la réalisation justifie une surveillance prolongée exceptionnelle, en raison d'un terrain particulier du patient, peuvent donner lieu à facturation d'un GHS, sous réserve qu'ils ne figurent pas par ailleurs sur la liste des forfaits SE.

La facturation d'un GHS pour ces différents cas de figure fera l'objet de contrôles externes prioritaires.

Autres exemples

Ne doivent pas non plus donner lieu à facturation d'un GHS lorsque les actes sont réalisés de manière isolée chez un patient ne présentant pas de terrain à risque particulier :

- les soins non programmés, délivrés au patient dans 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 « usuelle » 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 tests d'effort cardiaques ;
- les tests urodynamiques ;
- 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 la facturation d'un GHS ;

- 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 au sein d'un établissement de santé 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 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 prises en charge au titre des missions d'intérêt général ne doivent pas non plus donner lieu à facturation d'un GHS.

De la même manière, les séances d'éducation thérapeutique ne doivent pas donner lieu à facturation d'un GHS lorsque la venue en établissement est motivée par cette seule prise en charge.

Pour information

S'agissant des contrôles réalisés en 2007 par l'assurance maladie, parmi les actes réalisés de manière isolée et codés dans les séjours non justifiés ayant indûment conduit à facturation d'un GHS se trouvent essentiellement :

- des actes thérapeutiques : saignées thérapeutiques, injections dans le corps vitré, exérèses de lésions cutanées ou sous-cutanées, ablations de système diffuseur, séances de réentraînement cardiaque ou vasculaires à l'effort, instillations vésicales, exérèses d'ongle, laser ophtalmologique, exérèses de chalazion, laser gynécologique, photothérapies maculaires ;
- des actes de diagnostic : biopsies de prostate, monitoring fœtaux, radiographies du thorax, ECG, échographies abdominales ou pelviennes, amniocentèses, ostéodensitométries, fibroscopies uréthro-vésicales, biopsies de la peau, EEG, épreuves d'effort et angiographies rétiniennes.

Pour chacun des exemples signalés dans ce point 2-4, les contrôles de l'assurance maladie pourront conduire à une analyse ciblée des dossiers médicaux correspondants. Bien entendu, la facturation d'un GHS pourra se révéler légitime et ne pas donner lieu à déclassement du séjour, à condition que les raisons justifiant la prise en charge en hospitalisation d'activités habituellement de type « externe » soient documentées dans le dossier médical, conformément aux dispositions de l'article R. 1112.2 du code de la santé publique, relatives au contenu du dossier médical.

2.5. Cas particulier : le terrain à risque

Au vu du principe général du point 2-1, toute prise en charge qui ne justifie pas la facturation d'un GHS peut toutefois donner lieu à une telle facturation lorsque le patient présente un terrain 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 s'agit donc d'un risque pour la santé du patient, imputable le plus souvent à une comorbidité associée à la pathologie faisant l'objet de la prise en charge (pathologie chronique sévère, troubles psychiatriques lourds...). Dans certains cas, c'est l'âge du patient qui pourra conduire à prendre des précautions particulières (enfant ou, à l'inverse, personne âgée).

Ce point particulier a été évoqué à plusieurs reprises comme devant pouvoir moduler les conditions de facturation de prises en charge considérées comme « externes ». Le tableau ci-dessous décrit concrètement quelques situations qui, selon l'état du patient, conduiront à la facturation d'une activité externe (acte ou consultation) ou à la facturation d'un GHS. Les cas mentionnés sont donnés à titre d'exemple.

TYPE DE PRISE en charge	ACTIVITÉ EXTERNE = Type de financement pour un patient « habituel » acte externe ou consultation	PRESTATION D'HOSPITALISATION Description de la situation du patient autorisant la facturation d'un GHS (exemple)
Exemple n° 1: Bilan urodynamique.	Facturation de l'acte CCAM (exemple: JZQD001, étude urodynamique du haut appareil urinaire).	« Blessé médullaire » avec troubles vésicosphinctériens et risque de complications infectieuses de l'appareil uro-génital. La prise en charge s'accompagne d'un bilan à la recherche de ces complications.
Exemple n° 2: Ponction biopsie rénale.	Facturation de l'acte CCAM (exemple: JAHB001, biopsie du rein, par voie transcutanée, sans guidage).	Patient suivi après greffe de rein. La prise en charge ne peut être conçue sous forme d'un acte isolé. Un bilan de surveillance est associé.
Exemple n° 3: Bilan hématologique complet avec consultation de synthèse.	Facturation des actes (CCAM ou NGAP) et de la consultation.	Patient suivi après une greffe de cellules souches hématopoïétiques. La prise en charge ne peut être conçue sous forme d'un acte isolé. Un bilan de surveillance est associé.

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,
A. PODEUR