

**Extraits de textes concernant le ZSTCD ou UHTCD
et
les conditions de facturation d'un GHS**

Guide méthodologique

(fascicule spécial n° 2006/2 bis du *Bulletin officiel* / modifié en fonction de l'arrêté du 27 Février pour version 10b fascicule spécial paru au JON°2007/4bis)

Règles de codage des prises en charge en ZSTCD

.....

« 1) *Les prises en charge dans une zone de surveillance de [très] courte durée (ZS[T]CD)*, qui donnent lieu à une admission conformément aux règles de distinction entre soins externes et hospitalisation à temps partiel (voir infra. 1.4), font l'objet d'un RUM.

« 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.

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.

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. »

2. CONTENU DES RÉSUMÉS DE SÉJOUR

2.1 LE RÉSUMÉ D'UNITÉ MÉDICALE

Le résumé d'unité médicale (RUM) contient un nombre limité de rubriques qui doivent être renseignées. Les informations fournies sont de natures administrative et médicale.

.....

_ Numéro de l'unité médicale (UM) : code alphanumérique déterminé par l'établissement et utilisé dans son système d'information

Le numéro mentionné dans le RUM est celui de **l'UM dans laquelle le malade est hospitalisé**, y compris lorsque le médecin responsable de la prise en charge est rattaché à une UM différente.

_ **Type d'autorisation de l'unité médicale**

Lorsque le RUM concerne un séjour qui s'est déroulé dans une unité dont l'identification est obligatoire (voir supra 1.1), les codes employés sont :

Réanimation 01

Soins intensifs 02

Surveillance continue 03

Néonatalogie sans soins intensifs (type 2A) 04

Néonatalogie avec soins intensifs (type 2B) 05

Néonatalogie et réanimation périnatale (type 3) 06

Zone de surveillance de très courte durée 07

Soins palliatifs 08

Anesthésie ou chirurgie ambulatoire 11

Hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit 12

Réanimation pédiatrique 13

Surveillance continue pédiatrique 14

Clinique ouverte 15

Centre d'hémodialyse 21

Centre d'hémodialyse pour enfant 22

Unité d'hémodialyse médicalisée 23

Modes d'entrée et de sortie

☐ **en cas d'entrée domicile (8), Provenance =5** Avec passage dans la structure d'accueil des urgences de l'établissement

Afin de distinguer les passages dans la structure d'accueil des urgences relevant d'un mode particulier d'organisation (passage systématique) des passages réellement motivés par l'état du malade, ce code n'est à utiliser que :

- lorsque le malade s'est spontanément présenté dans cette structure ;
- lorsqu'il y a été adressé par un médecin extérieur à l'établissement ;
- lorsque l'adressage a été le fait d'un SMUR ou d'un centre 1522.

Le point essentiel conditionnant l'emploi du code 5 de provenance est l'utilisation non systématique de la structure d'accueil des urgences, fondée sur le problème du malade, réel ou ressenti. Le malade est pris en charge par les urgences, non pas parce que « tous les entrants doivent (a priori) y passer » mais parce que son problème personnel, apprécié par lui-même ou par un médecin intervenu préalablement, justifie cette prise en charge.

Dans ces conditions, le code de provenance 5 doit être enregistré dès lors qu'un hospitalisé a utilisé la structure d'accueil des urgences, quelle que soit l'unité médicale dans laquelle il est admis à l'issue, y compris s'il s'agit d'une unité rattachée aux urgences et quelle que soit sa dénomination courante locale. »

Extraits de l'arrêté du 5 mars 2006

« 14 mars 2006 JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE Texte 17 sur 93

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 L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

.....

Art. 1^{er}. – La catégorie de prestations visée au 1^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par les forfaits suivants :

1^o Des forfaits de séjour et de soins dénommés « groupes homogènes de séjours » (GHS), dont la liste est fixée en annexe 1. Ils sont établis selon la classification des groupes homogènes de malades (GHM) fixée par l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé. Le cas échéant, des suppléments journaliers peuvent être facturés en sus de ces forfaits

.....

Art. 2. – La catégorie de prestations visée au 2^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé « accueil et traitement des urgences » (ATU).

.....

Art. 4. – La catégorie de prestations visée au 4^o de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale est couverte par un forfait dénommé « forfait de petit matériel » (FFM).

Art. 5. – Les modalités de facturation des forfaits et suppléments mentionnés à l'article 1^{er} sont définies aux I à III ci-dessous.

- I. – Les forfaits « groupes homogènes de séjours » sont facturés dans les conditions suivantes :

.....

3^o La prise en charge du patient dans une zone de surveillance de très courte durée définie au 3^o des articles D. 6124-5 et D. 6124-12 du code de la santé publique, non suivie d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie de l'établissement, donne lieu, quelle que soit la durée de séjour dans cette zone, à facturation d'un GHS correspondant à un GHM de la catégorie majeure 24 définie à l'annexe IV de l'arrêté du 31 décembre 2003 susvisé, **lorsqu'à l'issue de son passage dans la zone d'examen et de soins du service des urgences, l'état de santé du patient :**

- 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.

Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation du forfait ATU mentionné au I de l'article 6.

.....

Art. 6. – Les modalités de facturation des forfaits mentionnés aux articles 2 à 4 sont définies aux I à III ci-dessous :

I. – Le forfait « accueil et traitement des urgences » est facturé dès lors que des soins non programmés sont délivrés au patient par le service, l'unité ou le pôle autorisé à exercer l'activité d'accueil et traitement des urgences.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation en service de médecine, de chirurgie, d'obstétrique ou d'odontologie ou dans une zone de surveillance de très courte durée au sein de l'établissement, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un ATU.

Des consultations et actes peuvent être facturés en sus d'un ATU.

.....

III. – Le forfait « forfait de petit matériel » est facturé dès lors que des soins réalisés sans anesthésie et inscrits sur la liste fixée en annexe 8, nécessitant la consommation de matériel de petite chirurgie ou d'immobilisation, sont délivrés au patient dans les établissements de santé qui ne sont pas autorisés à exercer l'activité d'accueil et de traitement des urgences.

Lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement, ou que le praticien a établi une prescription couvrant les dépenses engagées, les prestations de séjour et de soins délivrées au patient ne donnent pas lieu à facturation d'un FFM. »

.....

Extrait de la révision du SROS Urgence en Mars 2007

2-2-2 Disposition des locaux

Conformément à l'article D 6124-22 du Code de la Santé Publique, toute structure des urgences doit disposer de locaux distribués en quatre zones :

Une zone d'accueil

destinée à l'accueil des patients et de leur famille et à la réalisation de démarches administratives. Elle comprend également une salle d'attente pour les familles.

Une zone d'examen et de soins

destinée à la prise en charge des pathologies ne mettant pas en jeu le pronostic vital, qui peut comporter plusieurs salles selon le niveau d'activité du service.

Une salle d'accueil des urgences vitales comportant les moyens nécessaires à la réanimation immédiate.

Une unité d'hospitalisation de courte durée

Tout service d'urgence doit disposer d'une unité d'hospitalisation de courte durée dans laquelle la durée de séjour doit être inférieure à 24 heures. Elle est ouverte 24 h/24 si l'activité le justifie.

Sa vocation est de permettre une observation du malade, avant diagnostic définitif et orientation, ou d'initier une prise en charge par une filière spécifique. Elle n'a pas vocation à être un passage obligé ou une zone tampon.

La capacité de l'unité d'hospitalisation est de 2 lits minimum. Il est recommandé d'atteindre une capacité de 3 lits par tranche de 10 000 passages/an.

L'unité doit être installée dans un lieu géographiquement défini à proximité immédiate de la zone d'examen et de soins. Elle dispose de chambres individuelles ou de boxes équipés de matériel de monitoring non invasif adaptable dans chaque chambre et de fluides médicaux.

Elle est placée sous la responsabilité médicale du service des urgences et doit être séniorisée. Pendant la durée d'ouverture de l'unité, le suivi médical est assuré par les médecins en activité dans le service des urgences. L'effectif médical doit être adapté à l'activité de l'ensemble du service.

Le personnel para médical, affecté dans cette unité, est intégré au personnel du service des urgences et doit pouvoir répondre à tout moment aux besoins de l'unité. Dans les unités d'une capacité inférieure à 6 lits, un personnel infirmier doit être désigné comme référent.

Au-delà, du personnel paramédical doit être affecté spécifiquement à cette unité tout en faisant partie d'un ensemble tournant sur les différents secteurs d'urgences.

Un règlement intérieur doit définir les missions de la structure en fonction de l'organisation interne des urgences et de l'hôpital ainsi que les modalités d'admission, d'organisation des soins et de sortie ou d'orientation des patients.

Circulaire DHOS/F1/MTAA no 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

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 :

- à 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 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, 3o).

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 L. 162-22-18 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 deux 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.**

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.

- 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 ;