

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Une publication
de la FHP-MCO
Septembre 2020
N° 13

5
**MINUTES
POUR
COMPRENDRE**

Facturation de l'HDJ

FHP
MCO
MÉDECINE CHIRURGIE OBSTÉTRIQUE

Syndicat national
des 580 établissements
de santé privés exerçant
une activité en Médecine,
Chirurgie, Obstétrique
(MCO).
Septembre 2020
N° 13
FHP-MCO,
106, rue d'Amsterdam
75009 Paris
www.fhpmco.fr

CRÉATION : BVM COMMUNICATION
REDACTION FHP-MCO,
BVM COMMUNICATION

Un travail au long cours depuis décembre 2016

Une tentative infructueuse
d'actualisation en 2017 qui a donné
lieu à la mise en place d'un moratoire
sur la facturation des HDJ médicaux.

Une quinzaine de réunions auxquelles
la FHP-MCO a participé. Ainsi que
plusieurs contributions avec l'aide de
notre groupe expert Médecins DIM.

Un aboutissement
en 2020 !

2006

Première circulaire
frontière

2010

Deuxième version
de la circulaire

2017

Travaux de
réactualisation
non aboutis (absence
de consensus)

2019

Réouverture
des travaux

2020

Instruction relative
à la gradation des prises
en charge ambulatoires
réalisées au sein des
établissements de santé

Facturation de l'HDJ

De la circulaire frontière à l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires.

Les évolutions de prises en charge médicales et thérapeutiques externes et en ambulatoire des dix dernières années motivent le renouvellement de la circulaire frontière de 2010. La politique tarifaire de la prise en charge en ambulatoire, qui se veut incitative, doit reposer sur une gradation claire des prises en charge ambulatoires. La publication de l'instruction « gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé », est prévue au BO Santé n° 2020/9 du 15 octobre 2020. Elle trouve son assise réglementaire dans l'arrêté « prestations »*, et a pour objectif principal de préciser les conditions de facturation à l'Assurance maladie par les établissements de santé de l'ensemble des prises en charge ambulatoires.

* 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.

feu
vert

Disposant
d'un cadre
de facturation
désormais
plus clair,
l'hospitalisation
de jour peut
se développer.

NOUVEAU !

Le dispositif de rescrit

Un mécanisme de « rescrit tarifaire » est mis en place. Il est le fruit d'une demande répétée des fédérations pour accompagner l'évolution permanente des pratiques médicales relevant de l'hospitalisation de jour.

Inspiré du rescrit fiscal, ce mécanisme de rescrit tarifaire permet à tout établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière d'obtenir, en dehors des périodes de contrôle, une prise de position formelle de l'État et de l'Assurance maladie sur les règles de facturation applicables.

Il renforce la lisibilité de la facturation

Le rescrit pourrait être mobilisé pour tous types d'hospitalisation de jour, et en UHCD. La tutelle apprécie ensuite uniquement les moyens mobilisés pour valider ou non une facturation en GHS.

La demande est formulée par écrit et est adressée au ministère de la Santé, une copie devant être adressée pour information à l'ARS.

Ce mécanisme a pour objet d'apporter de la lisibilité dans la facturation, et non de trancher sur les contentieux en cours, aussi la demande ne peut porter sur un séjour dont l'Assurance maladie conteste la facturation dans le cadre d'un contrôle.

Dans une situation de contrôle, l'établissement pourra toujours recourir à travers sa fédération à la procédure d'échange qui perdure, mise en place avec les services de l'Assurance maladie et décrite dans le « guide du contrôle T2A ».

Les conditions de facturation des prises en charge ambulatoires

NOUVEAU

RESCRIT TARIFAIRE

Annexe 6

INSTRUCTION GRADATION

PRESTATIONS HOSPITALIÈRES SANS HOSPITALISATION

Il s'agit de prestations qui ne nécessitent pas une admission du patient dans une unité d'hospitalisation mais doivent être réalisées dans un environnement hospitalier.

Forfait ATU, FFM, SE, APE.

Annexe 2

CONSULTATIONS EXTERNES

S'agissant des établissements de santé privés, les actes et consultations externes réalisés sont assimilés à des soins de ville et facturés directement à l'Assurance maladie au nom du praticien qui les a réalisés.

Annexe 1

PATHOLOGIES CHRONIQUES

L'augmentation continue du nombre de cas de pathologies chroniques a conduit à une réflexion sur la prise en charge des patients qui en sont atteints, au sein du système de santé. Afin de renforcer la prévention de ces maladies et d'assurer un meilleur suivi des patients, la LFSS 2019 prévoit la forfaitisation de la prise en charge de certaines pathologies chroniques par les établissements de santé. À ce jour, seul le forfait maladie rénale chronique (MRC) est créé.

Forfait MRC

Annexe 5

PRISE EN CHARGE EN UHCD

La prise en charge d'un patient dans une UHCD non suivie d'une hospitalisation dans un service, ne peut donner lieu à facturation d'un GHS que dans les cas où l'état de santé du patient, au moment de son admission au sein de l'UHCD :

- présente une pathologie potentiellement évolutive et susceptible d'aggravation ou dont le diagnostic reste incertain (réécriture par rapport à la circulaire frontière de 2010) ;
- 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.

Ces 3 conditions sont cumulatives et s'apprécient avant l'admission du patient en UHCD.

GHS « classique »

Annexe 3

NOUVEAU PRISE EN CHARGE HOSPITALIÈRE SANS NUITÉE HORS UHCD

Les prises en charge en hospitalisation de jour font l'objet d'une admission du patient dans une structure d'hospitalisation individualisée et utilisent ses moyens en locaux, matériel et personnel. Ces prises en charge doivent répondre à certains critères, qui diffèrent selon le type de prise en charge.

Annexe 4

Présence d'un geste d'anesthésie générale ou loco-régionale

GHS « classique »

Acte classant GHM C, GHM K, certains GHM Z

GHS « classique »

Décès, transfert, fugue, sortie contre avis médical, séances, soins palliatifs

GHS « classique »

ANTI-JARGON

Forfait APE Forfait administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier

Forfait FFM Forfait de petit matériel
Forfait SE Forfait sécurité et environnement hospitalier

Forfait ATU Forfait accueil et traitement des urgences

GHM Groupe homogène de malades
GHS Groupe homogène de séjours
HDJ Hospitalisation de jour

LFSS Loi de financement de la Sécurité sociale
RH Réserve hospitalière
UHCD Unité d'hospitalisation de courte durée

GHS « intermédiaire » ou « minoré » si 3 interventions

GHS « intermédiaire »

GHS « classique » ou « taux plein » si a minima 4 interventions

GHS « classique »

GHS « classique » si surveillance particulière, contexte patient ou produits de la RH

GHS « classique »

HDJ MÉDICAL

Nouveau ! HDJ médical : tarification à 2 niveaux pour des prises en charge coordonnées par un professionnel médical :

- la facturation d'un GHS dit « intermédiaire » a lieu pour des prises en charge justifiant de 3 interventions ;
- la facturation d'un GHS dit « plein » a lieu pour des prises en charge justifiant de 4 interventions ou dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier, indépendamment du nombre d'interventions réalisées.

Quelques exemples d'intervention

Les interventions collectives : une intervention collective, c'est-à-dire réalisée par un professionnel quel qu'il soit, auprès de plusieurs patients et dans le même temps, peut être dénombrée au titre de ce professionnel pour chacun des patients.

Les interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs :

ces interventions sont dénombrables. Celles des infirmiers le sont au titre des soins courants (surveillance des constantes, réalisation de pansements, mise en place d'une perfusion) incluant les soins de nursing.

Dans le cadre des soins courants, les consultations d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée d'un infirmier, sont dénombrées, qu'il s'agisse de la même personne ou de deux personnes distinctes. De même, un entretien directement auprès du patient dans le cadre d'un programme personnalisé de soins (PPS) en oncologie d'un professionnel paramédical, peut être dénombré.

Surveillance particulière / contexte patient / produits de la RH

Dans certains cas, quel que soit le nombre d'interventions réalisées auprès du patient, la prise en charge peut justifier une hospitalisation de jour et la facturation d'un GHS dit « plein » :

- la prise en charge comporte l'administration de produits de la réserve hospitalière ;
- les modalités de prise en charge nécessitent un temps de surveillance du patient ou de réalisation plus important ou des conditions d'asepsie spécifiques. Cette situation est dénommée « surveillance particulière » ;
- l'état de santé du patient requiert des précautions adaptées. Cette situation est dénommée « contexte patient ».