

HDJ : codage des actes

**Qu'en disent les médecins
de l'information médicale (DIM) ?**

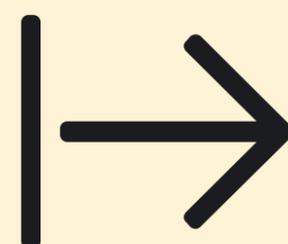
HDJ : une vision clarifiée

**Vers une gradation des soins.
La parole du ministère.**

HDJ : un nouveau projet médical

**Témoignage d'un manager
de terrain.**

Ambulatoire Développer, enfin, l'hospitalisation de jour

NOTRE
DOSSIER

Les professionnels de santé s'organisent autour du patient dans une unité de lieu et de temps : l'hospitalisation de jour (HDJ) se développe fortement. Des règles claires de facturation autorisent désormais cette croissance.

➔ VOIR, PAGE 2, LES EXPLICATIONS DE MÉDECINS RESPONSABLES DE L'INFORMATION MÉDICALE (DIM)



HDJ, des règles claires de facturation

Nous l'attendions depuis 2017 : une instruction pose désormais des règles claires de facturation de l'activité ambulatoire, permettant a priori de mettre fin à des conflits inutiles avec l'Assurance maladie alors qu'un séjour sur deux concerné par un contrôle T2A relevait de ce sujet.

édito

Jusqu'à alors, la facturation des séjours se basait principalement sur des actes. Elle peut désormais se référer aussi à des conditions justifiant une HDJ de médecine précisément définies dans l'instruction. Pour ce faire, les professionnels de santé devront résolument confirmer une culture de la traçabilité détaillée des prises en charge.

L'appréhension nécessaire de ce dispositif par tous les acteurs concernés - médecins, cadres, médecins conseil, contrôleurs - passera toutefois par une lecture commune et partagée des règles.

Ségolène Benhamou
Présidente de la FHP-MCO

DS
bref

UNE ASSISE RÉGLEMENTAIRE

L'instruction « gradation des prises en charge ambulatoires en établissement de santé », signée le 10 septembre dernier, a son assise réglementaire dans l'arrêté « prestations » : arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Facturation de l'HDJ

De la circulaire frontière à la gradation des soins

L'objectif de disposer collectivement de règles de financement claires, transparentes, justes et identiques pour tous est atteint. L'hospitalisation de jour peut se développer de façon plus sereine. Néanmoins, une appropriation partagée de tous les acteurs est nécessaire.

Jusqu'à alors, la facturation des séjours se basait principalement sur des actes. Elle peut désormais se référer aussi à des conditions justifiant une HDJ de médecine et qui sont précisément définies dans l'instruction. Administration d'un produit de la réserve hospitalière, comptage du nombre d'interventions auprès du patient, surveillance particulière ou contexte patient sont autant de variables à renseigner.

En effet, les évolutions de prises en charge médicales et thérapeutiques externes et en ambulatoire des dix dernières années motivaient une évolution du mode de facturation et le renouvellement de la circulaire frontière de 2010. En 2017, la création d'une prestation intermédiaire entre hospitalisation de jour et activité externe, ainsi que des évolutions des règles d'administration et de facturation des produits de la réserve hospitalière avaient déjà permis de clarifier cette circulaire. Mais, en l'absence de consensus, ces travaux n'avaient pas abouti et un moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine avait été mis en place durant trois ans. L'instruction « gradation des prises en charge ambulatoires en établissement

de santé » vient enfin sécuriser en grande partie cette facturation.

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. Pour ce faire, les professionnels de santé devront résolument confirmer une culture de la traçabilité détaillée des prises en charge au sein des dossiers d'hospitalisation.



Facturation. La parole des médecins DIM

- ✓ Un cadre clair permet désormais de développer l'hospitalisation de jour et de prendre le virage de l'ambulatoire.
- ✓ De nouvelles architectures de soins sont à créer.
- ✓ Les actes réalisés et parfaitement tracés sont reconnus. Ils sont enfin rémunérés à leur juste valeur.



Prendre le virage de l'ambulatoire

À la faveur d'un cadre clair de rémunération des acteurs de soin, les actes réalisés en hospitalisation de jour seront désormais mieux coordonnés.

DR LAURE COMAR, DIRECTRICE DE L'INFORMATION MÉDICALE, GROUPE ELSAN

Cette nouvelle circulaire va permettre de développer la médecine ambulatoire car en l'absence de transparence de facturation, certaines activités pouvaient être en sommeil. Elle va préciser les règles, lever des freins et ouvrir des portes. Nous pourrions organiser des bilans et proposer aux patients un parcours coordonné avec une consultation avec un médecin, une diététicienne, un kinésithérapeute et un rendez-vous avec une assistante sociale par exemple. Ces actes sont actuellement réalisés et les soins dûment prodigués mais de façon non coordonnée.

CHERCHER DES SOLUTIONS

Au niveau du groupe, nous avons cherché des solutions au cas par cas mais surtout, nous sollicitons de façon proactive nos médecins pour réfléchir à l'organisation de ces hospitalisations de jour. Nos intérêts - patients, médecins, établissements - sont communs : proposer des soins de qualité.

Le soin palliatif est un bon exemple. Aujourd'hui, quand des consultations avec des spécialistes sont nécessaires, soit elles sont désorganisées dans le temps, soit le patient est hospitalisé alors que sa place serait chez lui. Demain, une prise en charge même technique peut être coordonnée en hospitalisation de jour. D'une manière générale, les patients atteints de maladies chroniques, diabète, insuffisants rénaux et cardiaques, etc. suivis par un établissement hospitalier bénéficieront de cette ouverture. De même, je vois une opportunité pour la prise en charge insuffisante de la douleur, des patients traînent beaucoup trop longtemps des douleurs chroniques importantes. La circulaire ne résoudra pas le problème

premier des compétences médicales mais pour le moins pose un cadre facilitateur.

Cette circulaire permettra d'harmoniser les règles de l'activité d'hôpital de jour : le secteur public prenait certaines libertés qui nous étaient refusées dans le secteur privé avec force de contrôles et de redressements. Cette activité a été très contrôlée, puis moins le temps

« Certaines activités pouvaient être en sommeil. Cette circulaire va préciser les règles, lever des freins et ouvrir des portes. »

du moratoire, elle le sera à nouveau très fortement demain pour s'assurer du respect de ces nouvelles règles.

Je pense que le secteur privé développera cette activité sur laquelle il n'était pas très dynamique. In fine, pour tous, cette circulaire permettra à l'activité de médecine de prendre le virage de l'ambulatoire.

Facturer l'ambulatoire : un nouvel état d'esprit

De nouvelles règles mettent fin à des contentieux avec l'Assurance maladie. Une appropriation des règles et une culture du traçage partagées sont toutefois nécessaires.

DR FRÉDÉRIC CHOMON, MÉDECIN DIM, CONSEILLER MÉDICAL, DÉLÉGUÉ RÉGIONAL FHP Océan Indien

Les établissements avaient depuis trop longtemps une épée de Damoclès au-dessus de leur tête concernant la facturation de l'activité ambulatoire médicale, chirurgicale et interventionnelle, alors même que les autorités prônaient le virage ambulatoire. La position du ministère était interprétable, associant des règles et des exceptions, et la lecture divergente des textes qu'en faisaient les contrôles et les contrôleurs mettaient les établissements de santé en grande difficulté, notamment sur l'activité médicale. Ensuite, le moratoire n'a été qu'un bouclier insuffisant durant trois ans. De nombreuses questions récurrentes auraient dû être apurées depuis longtemps.

Par exemple, l'utilisation de la réserve hospitalière était un énorme sujet de contentieux dont certains sont aujourd'hui en cour d'appel. Si nous réexaminions ces dossiers à la lumière du nouvel arrêté, la cour donnerait quitus à l'établissement.

Jusqu'alors, la facturation se référait à des actes, des techniques ou encore des circonstances pour aboutir ou pas à un GHM. Elle doit désormais se référer à des conditions très hiérarchisées pouvant donner lieu dans les activités médicales à l'usage de 4 variables que sont le rescrit tarifaire, le comptage du nombre d'interventions, l'utilisation de la réserve hospitalière, et les conditions particulières du patient, pour discerner entre GHM normal, intermédiaire ou pas de GHM.

Nous espérons que ces nouveaux textes vont permettre de clore les débats et de libé-

DS
bref

LE CLUB DES MÉDECINS DIM

Fonction support essentielle aux établissements de santé, les médecins DIM, responsables de l'information médicale et de l'évaluation partageaient leur lecture des nouveaux textes le 18 septembre dernier, permettant a priori de mettre fin à des conflits inutiles avec l'Assurance maladie. « Ce n'est pas un cadeau fait aux établissements de santé mais une règle dans le respect de laquelle une activité ambulatoire peut désormais mieux se développer », Dr Frédéric Chomon, médecin DIM.



Tutelle.

Un véritable levier

Cette nouvelle instruction promeut désormais une logique de gradation, de continuum des prises en charge ambulatoires et des valorisations associées.

**SYLVIE ESCALON, SOUS-DIRECTRICE À LA DGOS
AU MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ**

La mobilisation de tous les acteurs pour affronter l'épidémie de Covid-19 a conduit le ministère des Solidarités et de la Santé à différer la publication de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé, initialement prévue pour la mi-mars.

Cette instruction s'applique en complément de la garantie de financement des établissements de santé pour faire face à l'épidémie de la covid-19 mise en place par l'arrêté du 6 mai 2020, afin de valoriser leurs activités ambulatoires.

L'objectif de cette nouvelle instruction de facturation, publiée au Bulletin officiel du 15 octobre, est de clarifier la facturation des prises en charge sans nuitée dont les principes sont entrés en vigueur via l'arrêté du 28 février 2020, modifiant l'arrêté du 19 février 2015, relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé.

L'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé a été élaborée, au terme de plus d'un an d'échanges extrêmement riches avec les représentants des établissements de santé. Elle vient se substituer à l'instruction du 15 juin 2010, dite « circulaire frontière », qui définissait jusqu'à maintenant la ligne de partage entre les prises en charge relevant de la médecine de ville ou de l'activité externe des établissements de santé et celles relevant de l'hospitalisation de jour et pouvant être valorisées comme telles.

Cette nouvelle instruction ne s'inscrit plus dans une logique de frontière entre la ville et l'hôpital mais promeut désormais une logique de gradation, de continuum des prises en charge ambulatoires et des valorisations associées. Cette évolution permettra également de garantir une réelle transparence, une meilleure lisibilité et une plus grande équité de traitement entre les établissements de santé dans le cadre des contrôles de leur facturation.

Cette logique de gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé s'articule autour de 3 axes : la revalorisation de l'activité externe réalisée en établissement de santé pour qu'à activité identique, un établissement de santé ne soit pas moins bien rémunéré que les professionnels de ville : ainsi depuis le 1^{er} juillet 2019, de nouvelles majorations des consultations prévues par les conventions médicales ont été ouvertes aux établissements de santé ; la sécurisation de la facturation des hôpitaux de jour par une clarification des critères visant à refléter la mobilisation de moyens mis en œuvre pour la prise en charge du patient ; enfin, la généralisation d'un niveau intermédiaire de prise en charge, initié avec la prestation intermédiaire en 2017, et désormais ouvert pour toutes les prises en charge de médecine, mobilisant 3 interventions coordonnées autour du patient.

Enfin, cette instruction instaure un dispositif dénommé « rescrit tarifaire » dont l'objectif est d'apporter une réponse à certaines situations qui ne se retrouveraient pas pleinement décrites au travers des critères définis dans l'instruction. Ce dispositif est ouvert aux établissements, fédérations hospitalières, sociétés savantes qui en font la demande. Les décisions rendues seront publiées et dès lors opposables dans des situations de faits comparables.

Ces évolutions constituent un véritable levier pour accompagner le virage ambulatoire.

Dans la mesure où les circonstances le permettront, les temps d'information et de formation des professionnels concernés, prévus afin d'accompagner l'ensemble des acteurs dans l'appropriation de ce nouveau cadre, pourront se poursuivre.

« Cette évolution permettra également de garantir une réelle transparence, une meilleure lisibilité et une plus grande équité de traitement entre les établissements de santé dans le cadre des contrôles de leur facturation. »



rer les pratiques. Pour autant, les professionnels de santé exerçant une activité de médecine devront entrer dans une nouvelle culture, celle du traçage et de la sur-justification.

UNE NOUVELLE APPROCHE ET UNE INDISPENSABLE PÉDAGOGIE

L'activité chirurgicale et interventionnelle dispose davantage, quant à elle, d'éléments explicatifs et justificatifs des soins prodigués (feuille d'anesthésiste, compte rendu opératoire, etc.) et est ainsi plus aisément traçable... En revanche, en service de médecine, l'habitude de rédiger un résumé aussi détaillé n'est pas ancrée. Il est impératif désormais qu'un travail conjoint soit fait avec le cadre de santé de l'unité pour tracer, comptabiliser les activités réalisées et collecter les preuves d'appréciation : il faut être en capacité de se sur-justifier. Par exemple, où la sortie contre avis médical est-elle inscrite ? Quels types de soins ont été prodigués avant ?...

Une lecture partagée que je qualifie de démarche « pré-contentieuse » est indispensable au risque de faire les frais d'une appréciation divergente du médecin conseil. De même, les équivalents des Comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM) et les Unités de coordination régionales (UCR) devront faire œuvre de pédagogie envers les contrôleurs et les contrôlés.

Ce nouvel arrêté est protecteur, il pose un cadre sécurisé. Néanmoins, ce n'est pas un cadeau fait aux établissements de santé mais une règle dans le respect de laquelle une activité ambulatoire peut désormais mieux se développer.

UN MÉCANISME DE RESCRIT TARIFAIRE EST MIS EN PLACE

Ce mécanisme permet à tous - établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière -, d'obtenir, en dehors des périodes de contrôles, une prise de position formelle de l'État et de l'Assurance maladie sur les règles de facturation applicables.

Le rescrit pourrait être mobilisé pour tous types d'hospitalisation de jour, et en UHCD. Il traduit la lourdeur de la prise en charge au sens des moyens mobilisés. La tutelle apprécie ensuite uniquement les moyens mobilisés pour valider ou non une facturation en GHS. Ce mécanisme a pour objet d'apporter de la lisibilité dans la facturation, non à trancher des 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.

L'hospitalisation de jour en chiffres

UN LONG CHANTIER

4 ans

de travaux ont été nécessaires pour définir un cadre clair de facturation.

Source : FHP-MCO 2020

CONTRÔLE DE L'ASSURANCE MALADIE

50 %

des dossiers contrôlés dans le cadre de la T2A sont des séjours relevant de l'HDJ (tout secteur confondu).

Source : CNAM 2019

PART DE MARCHÉ

44 %

des séjours hospitaliers en France tout secteur confondu relèvent de l'HDJ : 33 % des séjours en médecine ; 56 % en chirurgie ; 81 % en soins interventionnels.

Source : ATIH 2019

HDJ : retour de terrain d'un manager Développer la médecine de jour

« Nous passons d'une organisation qui reposait sur la bonne volonté des acteurs à une organisation reconnue et rémunérée à sa juste valeur. »

NICOLAS BIOULOU, PRÉSIDENT DE LA FHP BRETAGNE ET DIRECTEUR DU CHP SAINT GRÉGOIRE

En région Bretagne, tous les établissements de santé privés exerçant une activité de médecine en HDJ ont rencontré des difficultés de facturation et des tensions dans leur relation avec l'Assurance maladie. Devoir payer des indus et des pénalités complémentaires alors que le patient avait été parfaitement pris en charge, n'était ni raisonnable, ni tenable.

La nouvelle instruction permet de valoriser à leur juste prix les actes délivrés par la clinique. Le corollaire de cette situation a été la forte limitation du développement

de la médecine de jour. Le patient multipliait autant de venues que de rendez-vous en externe avec les professionnels médicaux ou non médicaux intervenants dans son parcours de soins.

Aujourd'hui, nous pouvons organiser l'intervention de ces professionnels autour d'une seule venue du patient en HDJ. Effet positif : cela va accélérer l'organisation du parcours et de filières dédiées à l'HDJ au sein de nos services de médecine, à l'instar des prises en charge en cancérologie ou en addictologie déjà en place. Nous devons nommer un coordonnateur en charge de l'organisation d'un parcours patient efficient, fluide, complet, sans temps d'attente,

sans oublier l'aménagement des environnements adéquats incluant la surveillance du patient. Nous avons devant nous un projet architectural à mener.

Enfin, nous devons renforcer la culture du traçage. En plus d'une synthèse et d'une lettre de liaison habituelles, les professionnels de santé devront tracer autant les motivations de l'intervention que les actes eux-mêmes. Une bonne informatisation des établissements est donc un prérequis. In fine, et c'est à saluer, nous passons d'une organisation qui reposait sur la bonne volonté des acteurs à une organisation reconnue et rémunérée à sa juste valeur.

LES CONDITIONS DE FACTURATION DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES

NOUVEAU
RESCRIT
TARIFAIRE

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.

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.

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.

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.

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.

HDJ médical

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

Acte classant GHM C, GHM K, certains GHM Z

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

DS 35

Dialogue santé est édité par la FHP-MCO, syndicat national des établissements de santé privés exerçant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique au sein de la Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP). Il vous est remis gratuitement tous les trois mois. Octobre 2020. Directeur de publication : Ségolène Benhamou présidente de la FHP-MCO. Rédaction, conception : BVM-communication. Photos : © iStock et DR.