



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

## Projet d'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé

---

***Rencontre club des médecins DIM FHP MCO  
3 décembre 2019***

- ✓ **Pour mémoire, l'instruction DGOS/R/2010/201 du 15 JUIN 2010 dite « circulaire frontière » avait déjà fait l'objet de travaux de clarification en 2017 mais qui n'avaient pas abouti faute de consensus sur les critères permettant de définir ce qui doit relever d'une hospitalisation de jour de médecine.**
- ✓ Un moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine, portant sur l'activité réalisée en 2017 et en 2018, avait d'ailleurs été annoncé de façon à pouvoir engager une réflexion plus approfondie sur ces prises en charge.
- ✓ C'est sous un angle rénové que la clarification de ce texte a été réengagée en début d'année 2019, au sein d'une instruction au périmètre élargi à l'ensemble des prises en charge ambulatoires et dans le cadre d'une démarche ambitieuse et structurée de co-construction avec les acteurs hospitaliers pilotée par la DGOS, en lien avec la CNAM, la DSS et l'ATIH.
- ✓ Afin de mener ces travaux dans de bonnes conditions, **le moratoire sur les contrôles T2A des hôpitaux de jour de médecine a été prolongé jusqu'au 1er mars 2020** (activité réalisée du 1<sup>er</sup> janvier 2019 au 29 février 2020).

## Un corps de texte resserré qui présente :

- ✓ Le contexte
  - L'amplification du virage ambulatoire
  - La gradation des soins et moyens mobilisés autour du patient
- ✓ La mise en place d'un rescrit tarifaire

**5 annexes détaillent les conditions de facturation à l'assurance maladie par les établissements de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein :**

1. Actes et consultations externes
2. Prestations hospitalières sans hospitalisation
3. Prises en charges de moins de 24h en UHCD
4. Prises en charges hospitalières de moins d'une journée en dehors des UHCD
5. Cas des pathologies chroniques facturées dans le cadre d'un forfait annuel

**L'annexe 6 présente le dispositif de rescrit tarifaire.**

## Chantier de refonte de l'instruction gradation des prises en charge ambulatoires

- Plusieurs thématiques spécifiques ont été identifiées avec les acteurs comme devant faire l'objet d'une réflexion approfondie avant de pouvoir se traduire dans la rédaction de l'instruction, en particulier :
  - ↪ Les HDJ médicales, et notamment les prises en charge sans acte technique
  - ↪ L'administration des produits de la réserve hospitalière, avec le cas particulier du hors AMM
  
- L'objectif de l'ensemble de ces travaux est la stabilisation d'un nouveau corpus juridique d'ici la fin de l'année pour permettre d'anticiper au mieux la levée du moratoire au 1<sup>er</sup> mars 2020.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

## Point d'avancement des travaux

---

## **Annexe 1 : Conditions de facturation des actes et consultations externes réalisés en établissements de santé**

- Concerne les établissements de santé publics et les établissements de santé privés lorsque les praticiens sont salariés
- Remaniée pour clarifier les règles de facturation des établissements selon les secteurs
- Vise l'arrêté du 28 juin 2019 pour les majorations

## Annexe 2 : Conditions de facturation des prestations hospitalières sans hospitalisation

- Suppression du forfait AP2 et modification du périmètre du forfait APE en lien avec la facturation en GHS pour l'administration de produits de la réserve hospitalière
- Suppression du Forfait prestation intermédiaire (FPI)
- Précision apportée concernant les actes associés à un forfait SE : ne peuvent en principe donner lieu à facturation d'un GHS, sauf dans les cas particuliers suivants, qui correspondent à des situations décrites dans l'annexe 4 de l'instruction :
  - Si l'acte est réalisé de manière exceptionnelle sous anesthésie générale ou loco-régionale
  - Si l'acte réalisé ne l'a pas été de manière isolée mais au côté d'autres interventions dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire/pluriprofessionnelle
  - Si l'acte est réalisé chez un patient dont l'état de santé présente un contexte justifiant le recours à une hospitalisation

### **Annexe 3 : Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)**

- Précision sur fait que le caractère instable est évalué « dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences » pour situer cette évaluation avant installation à l'UHCD
- Précision sur la définition du caractère instable : « caractère évolutif rapide d'une pathologie dans le sens d'une aggravation » : reprise de la proposition de la FHP pour préciser la définition du caractère instable

## Les travaux menés ont permis de clarifier et stabiliser progressivement :

- ↪ La sécurisation des exceptions aux critères « frontière »
- ↪ Les critères relatifs aux prises en charge chirurgicales et interventionnelles
- ↪ Les critères relatifs aux prises en charge médicales associées à la réalisation d'un geste complémentaire d'anesthésie
- ↪ Les critères relatifs aux prises en charge médicales sans anesthésie

### 1) La sécurisation des exceptions aux critères justifiant une HDJ

Il s'agit de sécuriser juridiquement le fait que certaines prises en charge puissent être systématiquement facturées en hospitalisation de jour sans qu'elles aient besoin de répondre aux critères de droit commun

- Hospitalisations écourtées suite au décès, au transfert, à la fugue ou à la sortie du patient contre avis médical
- Les séances
- Les prises en charge pour soins palliatifs

## 2) Les critères relatifs aux prises en charge chirurgicales ou interventionnelles

➤ Ces prises en charge se caractérisent :

- Soit par la **réalisation d'un acte CCAM classant** dont font partie la grande majorité des actes activité 4 d'anesthésie, que celle-ci ait ou non été réalisée. Ces prises en charge font l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en C (chirurgicales) ou en K (interventionnelles) ;
- Soit par la **réalisation d'un acte CCAM non classant associé à un geste complémentaire d'anesthésie**. Ces prises en charge peuvent faire l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en M (médicales).

➤ Elles donnent lieu à la facturation d'un GHS

## 3) Prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie complémentaire

- Il s'agit de **prises en charge de type médical** (sans acte, ou avec des actes d'imagerie) qui sont réalisées **avec un geste d'anesthésie complémentaire** : l'acte d'anesthésie générale ou locorégionale et son codage emportent la possibilité de facturer un GHS.

#### 4) Les critères relatifs aux prises en charge médicales

- **Une première clarification importante a été actée avec les acteurs** : dans le cadre d'une prise en charge médicale, dès lors que **4 interventions** (sans distinction entre actes techniques ou prestations intellectuelles) sont réalisées **directement auprès du patient** la facturation d'un GHS d'hôpital de jour est légitimée.
- Lorsque le critère du nombre d'interventions n'est pas rempli, les notions de « **contexte patient** » (handicap, précarité, etc.) ou de « **surveillance particulière** » (prélèvements étagés par exemple) peuvent être prises en compte comme critères de rattrapage pour sécuriser la facturation d'un GHS d'hôpital de jour, dès lors que la prise en charge a été alourdie, et a nécessité de ce fait la mobilisation de moyens supplémentaires, par rapport à une prise en charge classique.
- Enfin, les prises en charges comportant **l'administration de produits de la réserve hospitalière** telle que définie à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique font l'objet d'une hospitalisation de jour et de la facturation d'un GHS.

**Pour pouvoir être comptée au nombre des interventions, une intervention doit soit être caractérisée par un acte CCAM, codé dans le respect des règles en vigueur, soit avoir été réalisée directement auprès du patient par les professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs.**

### ➤ Focus sur les actes CCAM

Deux actes de la CCAM peuvent être décomptés dès lors qu'ils relèvent de deux techniques différentes.

☞ *A titre d'illustration, peuvent être comptabilisés :*

- 2 actes techniques relevant de 2 sous-paragraphes de la CCAM

- 2 actes d'un même sous-paragraphe mais correspondant à 2 techniques différentes

Relèvent d'une seule et même technique l'acte technique et l'acte de guidage qui l'accompagne dans la mesure où ce dernier constitue le prolongement du premier.

### ➤ Focus sur 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 décomptée au titre de ce professionnel pour chacun des patients.

La facturation d'un GHS pour la prise en charge incluant cette intervention collective s'apprécie au regard de l'ensemble de la prise en charge de chacun de ces patients.



➤ **Focus sur les interventions des professionnels médicaux**

- Les interventions qui ne sont pas réalisées **directement auprès du patient** ainsi que les professionnels dont l'intervention est déjà comptabilisée à travers l'acte CCAM sont exclus du décompte.
- Si un professionnel médical effectue à lui seul toutes les interventions et/ou tous les actes, l'ensemble de ses actes/interventions peut être décompté.
- Dans le cas où plusieurs professionnels médicaux interviennent directement auprès du patient, ces professionnels doivent relever de deux spécialités ou surspécialités distinctes pour que leurs interventions puissent être décomptées.
- Les prises en charge peuvent comporter des interventions réalisées dans le cadre de la télémedecine et de la téléexpertise.

➤ **Focus sur les interventions des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs**

- Les interventions de l'ensemble des autres professionnels, paramédicaux ou socio-éducatifs, que leurs actes soient ou non inscrits à la nomenclature NGAP, peuvent être décomptées au titre des interventions.
- Les interventions des infirmier(e)s peuvent être comptabilisées au titre des interventions des professionnels paramédicaux pour les soins courants incluant les soins de nursing.
- Lorsqu'un(e) infirmier(e) intervient directement auprès du patient dans le cadre des soins courants et qu'elle réalise une consultation d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des IPA, deux interventions peuvent être décomptées, qu'il s'agisse de la même personne ou de deux personnes distinctes.

- **La « surveillance particulière »** renvoie aux situations suivantes :
  - La réalisation d'un prélèvement complexe
  - La nécessité d'isolement prophylactique
  - Le recours à un environnement de type bloc nécessitant des conditions strictes d'asepsie
  - Le cas échéant, d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient
  
- **Le « contexte patient »** fait référence à la fois à la fragilité du patient et à son terrain à risque au moment de cette prise en charge, qui nécessitent un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières. Les informations attestant de la majoration des efforts de soin imposée par le contexte patient doivent figurer dans le dossier du patient.

Le « contexte patient » renvoie notamment aux situations suivantes :

- Age du patient
- Handicap
- Pathologie psychiatrique
- Etat grabataire
- Antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement)
- Précarité sociale
- Difficultés de coopération ou incapacité à s'exprimer
- Suspicion de maltraitance chez majeur protégé / chez le mineur ou de la mise en place de mesures de protection d'une femme victime de violence au sein du couple
- Instabilité ou risque d'instabilité (prise en charge en urgence en dehors de l'UHCD)

- **Par ailleurs, l'objectif global de clarifier la gradation des prises en charge ambulatoires au sens large a conduit à réinterroger la prestation intermédiaire.**

Pour mémoire, le forfait prestation intermédiaire (FPI), créé en 2017, s'applique aux prises en charge coordonnées dans le champ de l'externe d'au moins trois intervenants dont un professionnel médical, dans les pathologies suivantes : diabète, polyarthrite rhumatoïde évolutive, spondylarthrite grave et insuffisance cardiaque grave.

- **Les réflexions ont abouti à l'intégration de ces prises en charge intermédiaires dans le champ de facturation de l'hospitalisation.**
  - Ainsi, les prises en charge coordonnées avec 3 interventions sont valorisées en GHS à un niveau dit « intermédiaire »
  - Les travaux relatifs à la valorisation de ce niveau « intermédiaire » sont en cours



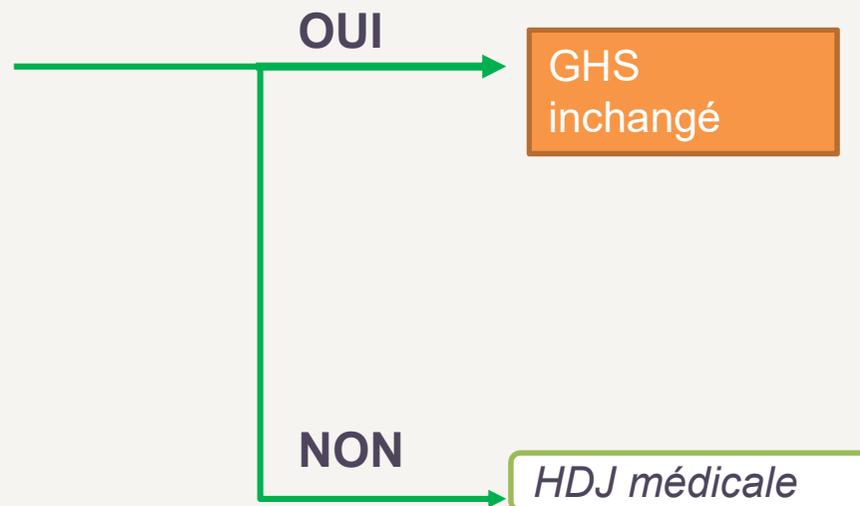
## ILLUSTRATION : ALGORITHME ET NOUVELLES VARIABLES À RECUEILLIR (2/4)

### HDJ CHIRURGICALES ET INTERVENTIONNELLES

- 0 j
- GHM en C ou en K

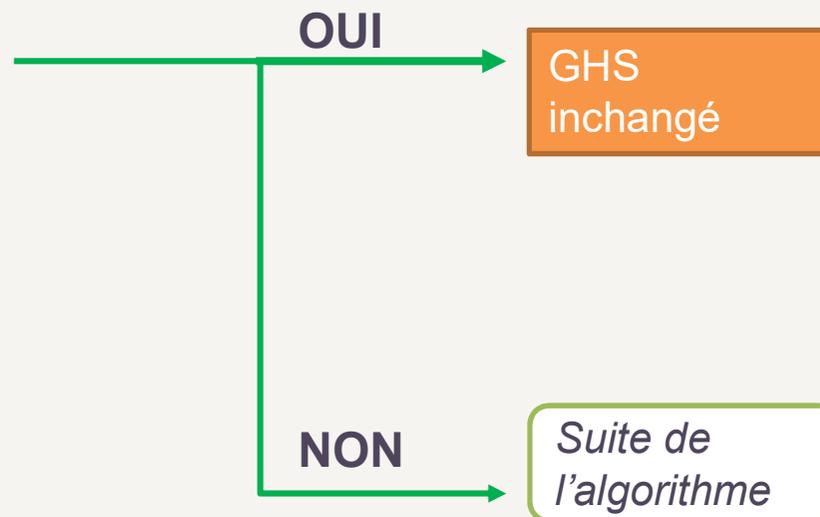
Présence d'un acte  
« classant »\*

Présence d'une anesthésie  
complémentaire



\* l'acte accepte le code Activité 4 pour le geste d'anesthésie

- 0 j
- GHM en M ou en Z



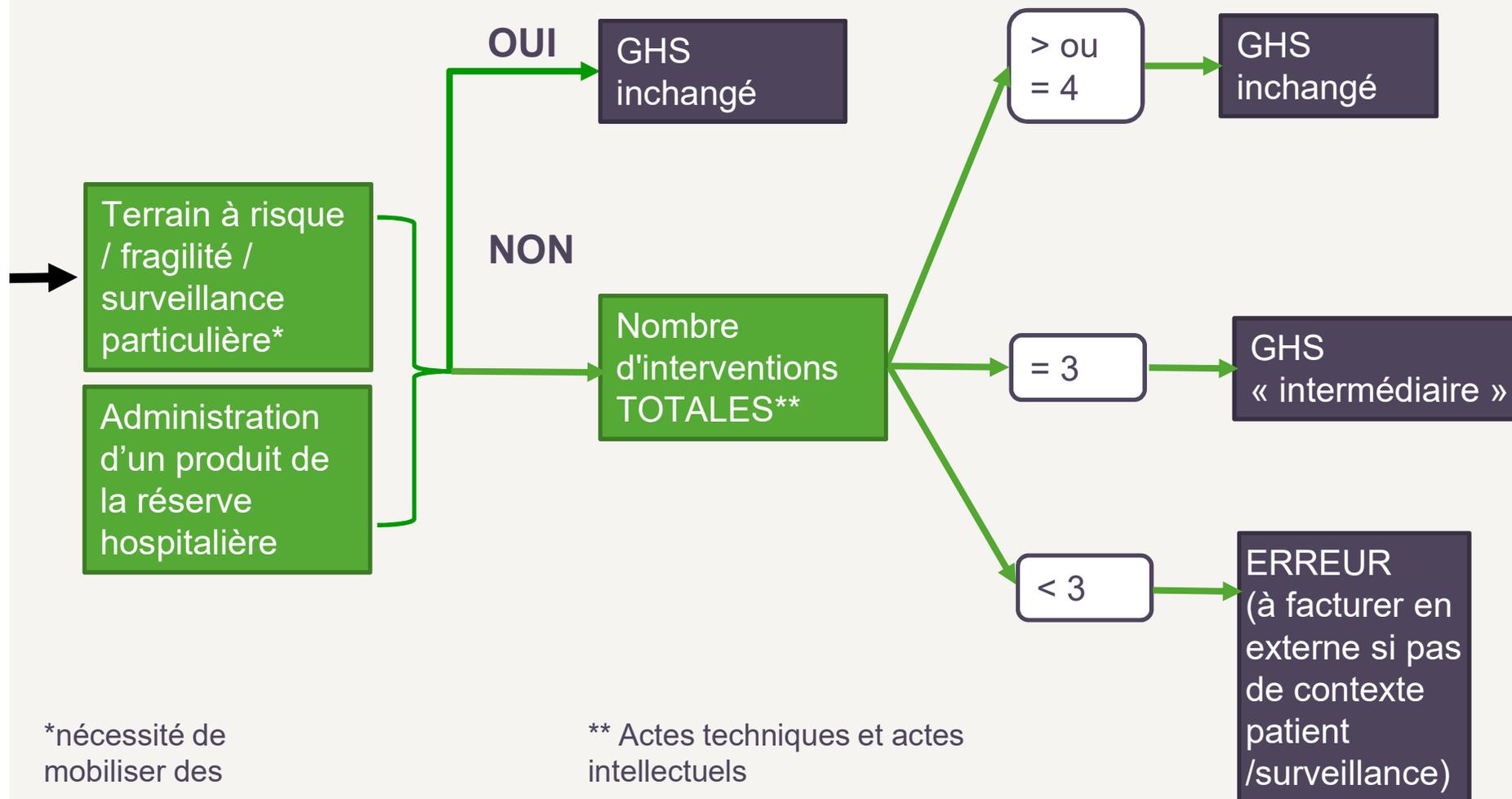
\* l'acte accepte le code Activité 4 pour le geste d'anesthésie

Exemples :

- Incompatibilité acte/diagnostic
- Certaines interventions non classées dans les racines en C ou K

## ILLUSTRATION : ALGORITHME ET NOUVELLES VARIABLES À RECUEILLIR (4/4)

### NOUVEAU RECUEIL



\*nécessité de mobiliser des moyens supplémentaires

\*\* Actes techniques et actes intellectuels

## Annexe 5 : Forfaits pathologies chroniques

- Présentation du principe du paiement au forfait pour les pathologies chroniques
  - Présentation des modalités de facturation via ce forfait des prises en charge de la maladie rénale chronique : principes et textes de références
  - Cette annexe sera complétée en temps utiles pour le forfait diabète puis au fur et à mesure pour les autres pathologies selon élargissement des forfaits

- Pour mémoire, le dispositif de **rescrit tarifaire** vise à compléter les règles précisées dans la nouvelle instruction. Il permet d'obtenir une position formelle de l'Etat et de l'assurance maladie, opposable à ces derniers, sur les règles de facturation applicables.
  
- **Le périmètre du rescrit :**
  - Le rescrit pourra être mobilisé pour l'ensemble des prises en charge relevant du chapitre 7 de l'arrêté prestations (tous types d'HDJ, addictologie, UHCD)
  - Il a vocation à se prononcer sur le respect du cadre réglementaire de facturation qui traduit la lourdeur de la prise en charge au sens des moyens mobilisés
  - Il n'a pas à se prononcer sur la pertinence thérapeutique de cette prise en charge

➤ **Le circuit de la demande :**

- Le demandeur peut être soit un établissement de santé, soit une fédération hospitalière ou une société savante
- La demande est adressée directement au niveau national

➤ **Le contenu de la demande :**

- Afin de permettre au niveau national d'instruire la demande de rescrit du point de vue de la facturation puis de notifier sa décision, la demande doit comporter les éléments suivants :
- La description de la prise en charge
  - ↳ Description précise, complète et sincère
  - ↳ Description des interventions, liste exhaustive des actes et examens
  - ↳ Protocole de soins
- La justification de la demande en référence aux dispositions de l'arrêté prestations et des critères de l'instruction.

➤ **L'instruction de la demande et les délais :**

- La décision est prise **sous la responsabilité du ministère des solidarités et de la santé** après avis des services compétents du ministère et de l'assurance maladie.
- La question de la médicalisation du processus d'instruction des demandes fait actuellement l'objet de travaux complémentaires.

➤ **La publication de la demande et de la décision :**

- Publication des demandes in extenso et de manière anonymisée
- Publication des décisions sans anonymisation

## ➤ **Articulation avec la procédure de contrôle T2A :**

- Pour un établissement, le recours au dispositif de rescrit s'effectue « à froid », c'est-à-dire en dehors des périodes de contrôles
- Dans le cadre de l'élaboration du programme de contrôle, l'UCR s'assure que celui-ci ne couvre pas une typologie de séjours faisant l'objet d'une demande de rescrit publiée.
- Au cours du contrôle l'établissement concerné ou sa fédération peuvent toujours échanger avec les services de l'assurance maladie conformément à la procédure décrite au sein du « guide de contrôle T2A MCO ».
- Travaux en cours pour établir un bilan du dispositif de saisine de l'ATIH afin de préciser ses modalités d'articulation avec la procédure de rescrit.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

## Les échanges en cours et la finalisation des travaux

---



- Question des prises en charge liées à **l'administration d'un produit en dehors du cadre de son AMM.**
- **Stabilisation des derniers points de la procédure de rescrit** (médicalisation de l'instruction de la demande ; articulation avec la saisine ATIH) et travaux autour de la gestion du stock.
- Finalisation des travaux sur **la valorisation du niveau « intermédiaire ».**
- Stabilisation des évolutions prévues au niveau de **l'arrêté prestations.**

- Les travaux sur la valorisation du niveau intermédiaire ne modifient pas la valorisation du niveau dit « plein » qui reste inchangée
- Plusieurs options de valorisation du niveau intermédiaire sont envisagées mais toutes nécessitent **dans un premier temps de reconstituer une échelle de tarifs théoriques pour les séjours de 0 jour**
  - ↳ Etape 1 : constitution de cette échelle de tarifs théoriques pour les séjours de 0 jour
  - ↳ Etape 2 : Définition d'une méthode de calcul des tarifs intermédiaires sur la base de ces tarifs théoriques
- **Concernant la 1<sup>ère</sup> étape**, 2 options sont à ce stade soumises à la concertation :
  - ↳ Soit calculer une tarif théorique de 0 jour pour chaque racine
  - ↳ Soit mettre en place des classes de regroupement des tarifs théoriques des séjours de 0 jour

- **Concernant la 2<sup>ème</sup> étape** : plusieurs options de calcul sont également envisageables :
  - **En fonction du tarif de référence** retenu pour les séjours de 0 jour : tarif théorique directement issu de la méthode 2 de l'étape 1 pour chaque GHM ou la valeur médiane de la classe à laquelle le GHM appartient.
  - **En fonction de la méthodologie de calcul** retenue pour fixer le tarif intermédiaire :
    - ↳ Application d'un coefficient d'abattement sur la valeur de référence
    - ou
    - ↳ Calcul mixte : socle + % de la valeur de référence
- ☞ *Des premières propositions de valorisation ont été transmises aux membres du GT*

➤ La sécurisation de la facturation d'un GHS pour les prises en charge en hôpital de jour selon les règles précisées par nos travaux nécessite de faire évoluer plusieurs textes :

☞ **L'arrêté prestations** : constitue la base réglementaire définissant les critères à retenir pour justifier de la facturation d'un GHS

☞ **L'instruction gradation** vient décliner et préciser les critères définis au niveau de l'arrêté prestations, sans toutefois créer du droit.

Cette nouvelle instruction viendra remplacer celle de 2010, dite « circulaire frontière », actuellement en vigueur.

☞ **Le guide de codage, annexé à l'arrêté PMSI** : constitue le texte opposable sur les consignes de codage des éléments du PMSI

☞ Enfin, la disparition du FPI et du forfait AP2 conduit à modifier via un décret en Conseil d'Etat **l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale**