



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins

CLUB DES MÉDECINS DIM FHP-MCO

18 SEPTEMBRE 2020

- 1. L'arrêté « prestations » : la base règlementaire de la facturation des prestations hospitalières**
- 2. Focus sur l'Instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires réalisées en établissements de santé**
- 3. Mesures liées à la crise sanitaire actuelle**

1. L'arrêté « prestations » : la base réglementaire de la facturation des prestations hospitalières

Quelle base réglementaire pour la facturations des prestations hospitalières ?

- **La facturation des prestations hospitalières avec hospitalisation et sans hospitalisation est règlementée par 2 arrêtés publiés pour le 1^{er} mars de chaque année :**
 - L'un porte sur les conditions de facturation → 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 : dit « **arrêté forfaits** » ou « **arrêté prestations** »
 - L'autre fixe les tarifs → Arrêté du 28 février 2020 fixant pour l'année 2020 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale : dit « **arrêté tarifs** »
- **Ces textes traduisent la politique tarifaire du champ MCO dont la mise en œuvre nécessite une base juridique**
- **Le cas échéant, une instruction en précise les termes** : INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la **gradation des prises en charge ambulatoires** réalisées au sein des établissements de santé ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile

Quelles évolutions 2020 dans l'arrêté prestations ?

Les évolutions de l'arrêté prestations ont permis la mise en œuvre, en campagne 2020, des mesures suivantes :

1. Les **évolutions liées aux travaux de refonte de la circulaire frontière (instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires)**, notamment la sécurisation de la facturation des hôpitaux de jour et la généralisation d'un niveau intermédiaire de prise en charge (art. 6 ter et art. 11) ;
2. L'extension de la dérogation à la règle des prestations inter établissements (PIE) aux forfaits de dialyse en unité de dialyse médicalisée pour permettre à une UDM de facturer directement son forfait D11 lors de la réalisation d'une séance de dialyse pour le compte d'un patient hospitalisé dans un autre établissement (art. 4 bis) ;
3. La création d'un GHS majoré pour la thermoplastie bronchique (art. 6) ;
4. L'introduction du principe de modulation à la distance des suppléments transports dans le cadre de la réforme du financement des transports inter-hospitaliers (art. 7) ;
5. L'élargissement du dispositif de développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) à deux nouvelles activités (art. 6 bis) ;
6. L'élargissement du périmètre du forfait annuel greffes (FAG) permettant de rémunérer à compter de 2020 la cohorte des donneurs vivants (art. 21).

Les évolutions de l'arrêté prestations liées aux travaux Gradation des soins (1/2)

- Dans le contexte des travaux de rédaction de l'instruction relative à la gradation des soins, un certain nombre des évolutions sont sécurisées juridiquement en étant « remontées » au niveau de l'arrêté prestations.
 - ✓ La liste des **exceptions aux critères de facturation** d'un GHS pour les prises en charge d'HDJ (Hospitalisations écourtées, séances, soins palliatifs)
 - ✓ Les **conditions de facturation d'un GHS** pour les prises en charge de moins d'une journée (notamment les règles de dénombrement des interventions réalisées directement auprès du patient).
 - ✓ Le **contexte patient et la surveillance particulière** (notamment l'administration d'un produit de la RH).
 - ✓ Le principe de la facturation de **GHS « intermédiaires »** dès lors que 3 interventions sont dénombrées.
 - ✓ La **définition du caractère instable** et du moment où celui-ci est apprécié, pour justifier de la facturation d'un GHS en UHCD

Les évolutions de l'arrêté prestations liées aux travaux Gradation des soins(2/2)

- **Toiletage d'un certain nombre d'article pour tenir compte des évolutions sur la facturation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé**
 - **Modification de l'article 16** : Suppression des forfaits SE5 et SE6 pour tirer les conséquences de la facturation en GHS des prises en charge liées à l'administration de produits de la réserve hospitalière.
 - **Modification de l'article 17** : Suppression du forfait AP2 et restriction du champ du forfait APE aux dispositifs médicaux et spécialités pharmaceutiques inscrits sur la LPP.
 - **Suppression de l'article 17 bis** relatif au forfait FPI.
 - **Modification de l'article 17 ter** pour tenir compte des suppressions de ces forfaits dans les règles de cumul.
 - **Ajout d'une annexe 1 bis** pour fixer la liste des **GHS « intermédiaires »**.
 - **Modification de l'annexe 11 (SE) et suppression de l'annexe 18 (FPI)**

Les autres évolutions de l'arrêté prestations (1/4)

Modification de l'article 4bis : extension de la dérogation à la règle des prestations inter établissements (PIE) aux forfaits de dialyse en Unité de dialyse médicalisée D11

- Expertise menée suite à une demande de la FHF relative à une inégalité de traitement entre les séances de dialyse en centre et celles réalisées en UDM en matière de règles de facturation au titre des prestations inter-établissements.
- Inégalité de traitement qui pénalisait indûment les séances en UDM au profit des séances en centre pour les patients hospitalisés
- Le forfait D11 Dialyse en UDM a été ajouté comme une exception à la règle des PIE, au même titre que les GHS de dialyse en centre.

Les autres évolutions de l'arrêté prestations (2/4)

Modification de l'article 6 : création de GHS dédoublés

- **Thermoplastie bronchique** : l'acte de thermoplastie bronchique a été évalué par la HAS en janvier 2016. Cette prise en charge est réalisée dans 12 centres experts en France.
- **Avastin dans la DMLA** : conséquence des évolutions apportées dans le cadre des travaux sur l'instruction gradation sur les modalités de facturation des prises en charge liées à l'administration de produits de la réserve hospitalière. L'injection d'Avastin dans le cadre des prises en charge de la DMLA en ambulatoire fait l'objet d'une facturation en GHS, telle que précédemment à la campagne 2017 ⇒ le GHM 02C11J « Autres interventions intraoculaires en dehors des affections sévères, en ambulatoire » renvoie désormais vers 2 GHS avec un niveau dédié aux prises en charge de la DMLA

Modification de l'article 7 : modulation des suppléments Transport à la distance (7°TDE et 8° TSE) :

- Les suppléments transports (TDE, TSE) mis en œuvre en octobre 2018 sont modulés en fonction de la distance parcourue.
- L'arrêté tarifs fixe les valeurs de ces modulations qui se déclinent en 5 (TDE) et 4 (TSE) classes de distance.

Les autres évolutions de l'arrêté prestations (3/4)

Élargissement du dispositif de soutien au développement de la RAAC

- En 2019, une mesure destinée à favoriser le développement de la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) a été mise en place en supprimant, de manière ciblée pour 17 racines identifiées, les bornes classificatoires de durée de séjours dès lors que la variable RAAC a été recueillie dans le PMSI.
- En campagne 2020, cette mesure a été élargie à deux nouvelles racines de séjours (04C02 - interventions majeures sur le thorax et 08C22-interventions pour reprise de prothèses articulaires).

Les autres évolutions de l'arrêté prestations (4/4)

Modification de l'article 21 relatif au Forfait Annuel Greffes (FAG)

- Création d'un nouveau compartiment du FAG dédié au financement de la cohorte des donneurs vivants.
 - ✓ Nécessité d'améliorer la qualité du suivi de cohorte des donneurs vivants (DV) sur la base Cristal actuellement manquant d'exhaustivité
 - ✓ D'où création d'un financement incitatif rémunérant les équipes ayant un taux d'exhaustivité de la base Cristal DV > 80% ou progressant en termes d'exhaustivité.

- Quelques mesures de soutien à la greffe et au prélèvement comme la revalorisation du suppléments « DDAC » pour prélèvement sur donneur vivant ou du supplément « Autre tissus et cornée »

2. Focus sur l'instruction « gradation »

Rappel du contexte

Refonte de la circulaire frontière maintenant abrogée

- L'enjeu des travaux menés tout au long de l'année 2019 a été de passer d'une **logique de frontière** à une **logique de gradation** des prises en charge :
 - Ce chantier a été piloté par la DGOS, en lien avec la CNAM et la DSS, et en co-construction avec les acteurs hospitaliers.
 - Le périmètre des travaux a été élargi à l'ensemble des prises en charge ambulatoires en établissement de santé, selon une **gradation allant des ACE aux hospitalisations de jour**.

Le contenu de l'instruction (1/2)

Un corps de texte resserré qui présente :

- Le contexte : amplification du virage ambulatoire, gradation des soins et moyens mobilisés autour du patient
- La mise en place d'un rescrit tarifaire
- Le maintien d'un moratoire dans le cas des prises en charge liées à l'administration d'une spécialité pharmaceutique en dehors du cadre de son autorisation de mise sur le marché.

Le contenu de l'instruction (2/2)

Les annexes :

- **6 annexes détaillent les conditions de facturation à l'assurance maladie par les établissements de santé de l'ensemble de leurs prises en charge ambulatoires :**
 - 1. Conditions de facturation des actes et consultations externes en établissements de santé**
 - 2. Conditions de facturation des prestations hospitalières sans hospitalisation**
 - 3. Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)**
 - 4. Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée**
 - 5. Forfaits pathologies chroniques**
 - 6. Dispositif de rescrit tarifaire**

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
- Clarifie les règles de facturation des établissements selon les secteurs
- Vise l'arrêté du 28 juin 2019 pour les majorations applicables

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 : ces actes 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 sous anesthésie générale ou loco-régionale
 - ✓ Si l'acte a été réalisé au cours d'une prise en charge comportant d'autres interventions
 - ✓ Ou s'il 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 du patient est évalué avant l'installation à l'UHCD
- Précision sur la définition du caractère instable : « présente une pathologie potentiellement évolutive et susceptible d'aggravation ou dont le diagnostic reste incertain »

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (1)

Les travaux menés ont permis de :

- Sécuriser des prises en charge sans nuitée dont la facturation en GHS est admise sans condition spécifique
- Etablir une condition commune à l'ensemble des prises en charge : l'admission dans une structure d'hospitalisation de jour
- Définir des critères de facturation de GHS d'hospitalisation de jour adaptés selon les types de prises en charge
- Sécuriser la facturation des hospitalisations sans nuitée liées à la prise en charge de la douleur

☞ *A noter qu'aucun changement n'a été apporté à la facturation des prises en charge sans nuitée en addictologie*

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (2)

1) La sécurisation des prises en charge sans nuitée dont la facturation en GHS est admise sans condition spécifique

- 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 :
 - Les **hospitalisations écourtées** suite au décès, au transfert, à la fugue ou à la sortie contre avis médical du patient : il s'agit des hospitalisations écourtées au sens strict, c'est-à-dire ayant connu un commencement d'exécution se traduisant par la mobilisation par l'établissement de certains moyens.
 - Les prises en charge correspondant à des **séances** ou assimilables à des séances
 - Les prises en charge pour **soins palliatifs**

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (3)

2) Une condition commune : l'admission dans une structure d'hospitalisation de jour

- La prise en charge du patient donne lieu à l'utilisation des moyens en locaux, en matériel et en personnel dont dispose la structure d'hospitalisation de jour.

A noter que l'instruction rappelle que les établissements de santé doivent veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l'hospitalisation de jour.

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (4)

3) Des critères de facturation de GHS d'HDJ adaptés selon les types de prise en charge

- Les prises en charge **avec un acte classant** donnant lieu à la facturation d'un **GHS « plein »** : il s'agit essentiellement des prises en charges chirurgicales et interventionnelles
- Les **prises en charge médicales associées à un geste d'anesthésie** générale ou loco-régionale donnant lieu à la facturation d'un **GHS « plein »**

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (5)

3) Des critères de facturation de GHS d'HDJ adaptés selon les types de prise en charge

➤ Les prises en charge de médecine :

➤ **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'appliquait 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 ».

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (6)

3) Des critères de facturation de GHS d'HDJ adaptés selon les types de prise en charge

- **Les prises en charge de médecine** : il s'agit des prises en charge sans acte classant qui mobilisent au moins trois interventions coordonnées par un professionnel médical.
 - 3 interventions donnent lieu à la facturation d'un GHS « intermédiaire »
 - 4 interventions et plus donnent lieu à la facturation d'un GHS « plein »
 - **Dans le cas d'une surveillance particulière ou d'un contexte patient particulier**, indépendamment du nombre d'interventions réalisées, les prise en charge donnent lieu à la facturation d'un GHS « plein ».
 - 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 « plein ».

Focus sur le dénombrement des interventions (7)

Pour pouvoir être dénombrée, l'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.

- L'instruction comporte des précisions sur les modalités de dénombrement :
 - ✓ des actes CCAM
 - ✓ des professionnels médicaux
 - ✓ des professionnels paramédicaux ou socio-éducatifs
 - ✓ des interventions collectives

Focus sur la surveillance particulière (8)

Elle fait référence à des modalités de prise en charge qui nécessitent un temps de surveillance du patient ou de réalisation plus important ou qui nécessitent des conditions d'asepsie spécifiques.

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 opératoire ou interventionnel ou nécessitant des conditions d'asepsie spécifiques
- ✓ La nécessité d'une surveillance prolongée du fait du risque de complication
- ✓ Le cas échéant, d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

Focus sur le contexte patient (9)

Il renvoie à l'état de santé du patient qui présente un contexte requérant que des précautions adaptées à ce patient soient prises dans le cadre des interventions réalisées

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.

Ce contexte nécessite un environnement et des soins adaptés ou des précautions particulières pour la réalisation de la prise en charge, que d'autres patients n'auraient pas requis.

Le « **contexte patient** » renvoie aux situations suivantes :

- Age du patient
- Handicap
- Pathologie psychiatrique
- Etat grabataire
- Antécédents du patient (présence d'une autre pathologie ou d'un traitement, échec ou impossibilité de la réalisation d'un acte en externe)
- Précarité sociale
- Difficultés de coopération ou incapacité à s'exprimer
- Suspicion de maltraitance chez majeur protégé / chez le mineur (cf focus infra) ou mise en place de mesures de protection d'une femme victime de violence au sein du couple
- Prise en charge réalisée en urgence ou de manière non programmée en dehors de l'UHCD (cf focus infra)
- Le cas échéant, en raison d'autres situations qui seront précisées dans le dossier du patient.

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (10)

4) Les prises en charges sans nuitée en addictologie

- Les prises en charge sans nuitée en addictologie n'ont fait l'objet d'aucune modification et ont été exclues du périmètre des travaux gradation. Pour plus de clarté l'instruction en fait mention.
- Elle rappelle que les conditions de facturation des prise en charge sans nuitée en addictologie sont définies à l'article 11bis et à l'annexe 9 de l'arrêté prestations.
- Pour ces prises en charge, le dénombrement des interventions, de même que la surveillance particulière ou le contexte patient, ne font pas l'objet d'un recueil dans le PMSI.
- Ces prises en charges donnent lieu à la facturation d'un GHS « plein ».

☞ *Précision apportée en réponse à une question sur le forum AGORA de l'ATIH) : à noter que les séjours orientés dans les 4 GHM de la CMD 20 (20M0X) sont exclus en début d'algorithme : le recueil des variables de l'instruction gradation n'est pas requis dans ce cas pour déclencher un GHS taux plein.*

Pour les séjours des 2 GHM de la CMD 23 (23M06 et 23M20), il est conseillé de coder la variable « contexte patient » dans le cadre de prises en charge en addictologie.

Annexe 4 Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge de moins de 24h hors UHCD (11)

5) La sécurisation des facturations des HDJ liées à la prise en charge de la douleur

- Ces prises en charge s'inscrivent dans la démarche de gradation décrite dans la présente instruction, et en particulier dans les différentes typologies et niveaux de valorisation en hospitalisation de jour décrits au 2. de la présente annexe.
- Elles font l'objet de recommandations de la part de la Société Française d'Etude et Traitement de la Douleur (SFETD), ainsi que le cas échéant des autres sociétés savantes concernées.
 - Les prises en charge interventionnelles au niveau rachidien
 - Les prises en charge « lourdes » de radiologie interventionnelle
 - Les prises en charge pour analgésie loco-régionale
 - Les prises en charge pour analgésie périmédullaire
 - Les prises en charge liées à la mise en place d'une analgésie contrôlée par le patient (ACP ou PCA)
 - Les prises en charge liées à l'administration de produits de la réserve hospitalière
 - Les prises en charge pour injections épidurales de sang autologue (blood patch)
 - Les bilans dans un contexte de douleur chronique invalidante chez l'adulte ou l'enfant
 - Les prises en charge des douleurs induites par les soins chez l'enfant



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

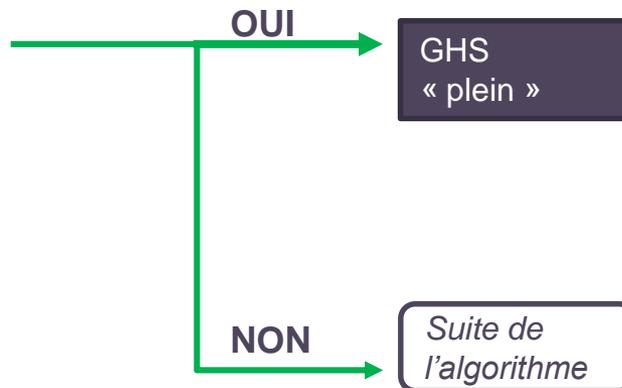
*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale de l'offre de soins

**Ce dispositif se traduit dans le recueil
PMSI de la manière suivante :**

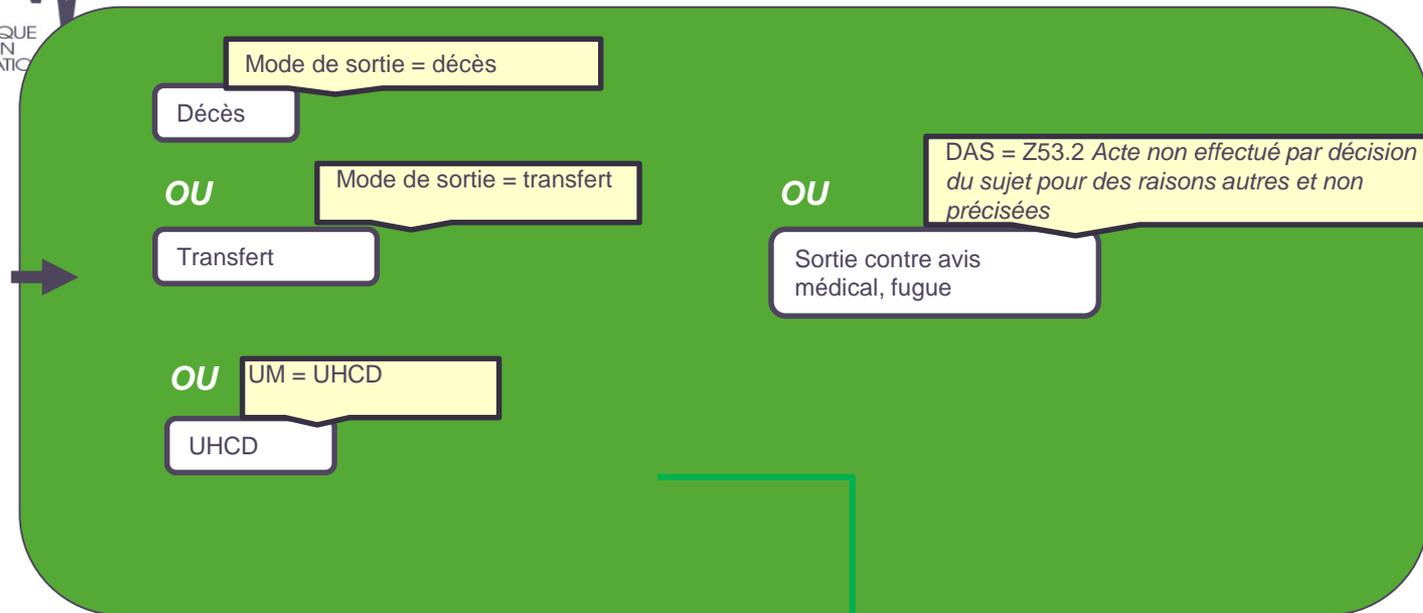
HDJ médicales

- 0 j (séjour sans nuitée)

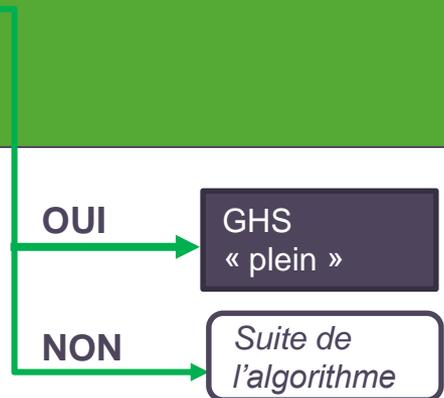
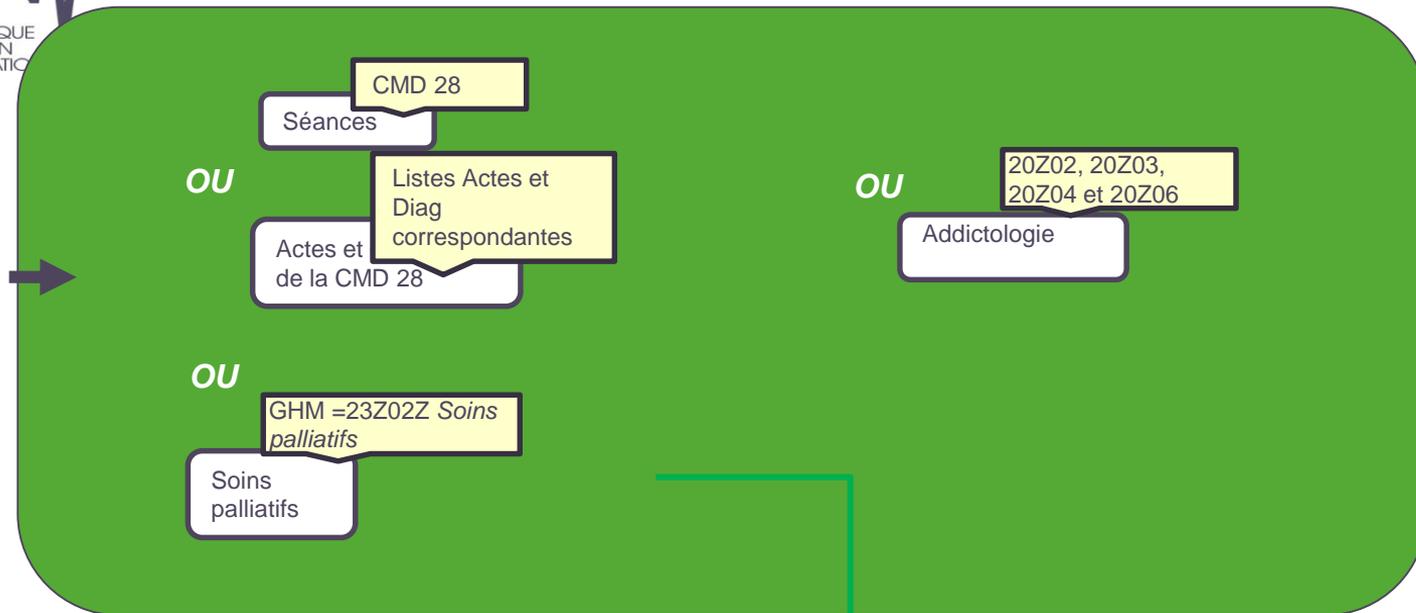


*
Ces prises en charge font le plus souvent l'objet d'un groupage dans le PMSI dans des racines de GHM en C, en K et certaines racines de GHM en Z.

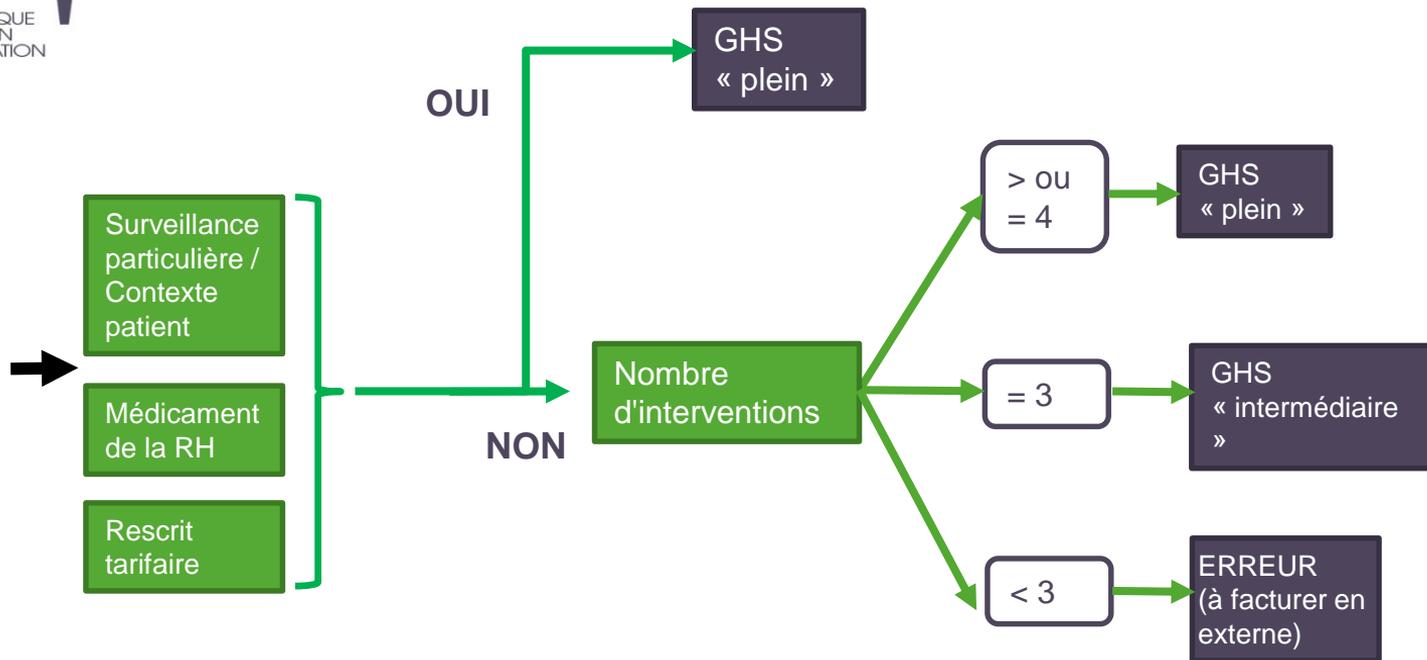
Situations d'exception



Situations d'exception



Nouveau recueil



La définition des nouvelles variables (1/3)

- Administration de produits de la réserve hospitalière (RH) = oui (1)
la prise en charge comporte l'administration de produits de la réserve hospitalière
- Surveillance particulière = oui (1)
il s'agit de modalités de prise en charge qui nécessitent un temps de surveillance du patient ou de réalisation plus important ou qui nécessitent des conditions d'asepsie spécifiques
- Contexte patient = oui (1)
l'état de santé du patient présente un contexte requérant que des précautions adaptées à ce patient soient prises dans le cadre des interventions réalisées
- Les éléments justifiant l'administration d'un produit de la réserve hospitalière, le contexte patient ou la surveillance particulière sont bien retracés dans le dossier du patient.

La définition des nouvelles variables (2/3)

- Modalités de dénombrement des interventions
cf Annexe 4 / Prises en charge de médecine
- Pour pouvoir être dénombrée, l'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.
- Les interventions réalisées par les différents professionnels ou celles caractérisées par la réalisation d'actes CCAM doivent donner lieu à une mention dans le dossier du patient.

La définition des nouvelles variables (3/3)

- Rescrit tarifaire = oui (1)
Dès lors qu'une décision de rescrit est publiée, celle-ci devient opposable pour les autres établissements, pour des situations de fait comparables. Les séjours relevant de ces situations de faits comparables peuvent donner lieu au codage de la variable « Rescrit tarifaire ». Cf Annexe 6 de l'instruction Gradation
- Dans tous les cas de figure, les établissements de santé doivent veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l'hospitalisation de jour.

Annexe 5

Forfaits paiement au suivi des pathologies chroniques

- Cette annexe reprend les conditions de facturation pour la maladie rénale chronique
- Elle a vocation à évoluer en fonction des évolution de ces paiements au suivi

Annexe 6 Le dispositif de rescrit tarifaire (1/2)

L'objectif du dispositif est d'apporter une réponse à certaines situations qui ne se retrouveraient pas dans les critères définis dans l'instruction

- Il s'adresse aux établissements, fédérations hospitalières, sociétés savantes qui en font la demande
- La demande est instruite au niveau national, avec sollicitation pour avis de la ou des sociétés(s) savante(s) concernée(s).
- L'ARS est informée de la demande d'instruction puis de la décision qui y est apportée.
- Ce dispositif est mobilisé pour des prises en charge qui ne font pas l'objet d'un contrôle T2A. La procédure de saisine de l'ATIH pour les dossiers faisant l'objet d'un contrôle demeure et est clarifiée.
- Les décisions publiées sont opposables dans des situations de faits comparables.
- Le rescrit peut être mobilisé pour l'ensemble des prises en charge relevant du chapitre 7 de l'arrêté prestations (soit pour tous les types d'HDJ, l'addictologie et les prises en charge en 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

Annexe 6 Le dispositif de rescrit tarifaire (2/2)

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 : précise, complète et sincère
 - ✓ La description des interventions, liste exhaustive des actes et examens
 - ✓ Le protocole de soins dans lequel s'inscrit la prise en charge
 - ✓ 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 création d'une instance ad hoc avec experts médicaux est en cours d'instruction
 - La publication de la demande et de la décision : publication des demandes in extenso et de manière anonymisée - publication des décisions sans anonymisation
-

La suite des travaux

➤ Des mesures portées en PLFSS pour 2021 :

- **Pour donner une base légale au rescrit tarifaire**, prévu à ce stade uniquement par l'instruction
- **Pour simplifier le dispositif des recommandations temporaires d'utilisation (RTU)** : ce dispositif qui permet d'encadrer et de sécuriser une pratique de prescription hors-AMM d'un médicament commercialisé dans une indication non homologuée dans différentes situations (absence d'alternative thérapeutique, besoin non couvert pour certains patients, maladies rares...) est assez peu mobilisé en raison de la lourdeur de la procédure et du temps d'instruction. La mesure vise à notamment revoir en profondeur l'organisation et la formalisation des saisines afin de rendre le dispositif plus souple et plus mobilisable.

➤ Organisation du dispositif de rescrit et la gestion du stock

- **Relance des groupes de travail sur la gestion du stock prévue sur le 3^e trimestre 2020** : nécessite de la part des acteurs de lister les situations qui apparaissent comme étant toujours mal identifiées dans l'instruction malgré les nouvelles règles proposées pour identifier la typologie et la volumétrie de ces situations et les traiter dans le cadre du rescrit tarifaire
- Mise en place effective de **l'instance chargée de gérer les demandes de rescrit** sous la responsabilité du ministère des solidarités et de la santé, en lien avec les services compétents du ministère et de l'assurance maladie et avec une expertise médicale assurée.

3. Mesures liées à la crise sanitaire actuelle

- 1. Mise en place d'un dispositif de sécurisation du financement des établissements de santé**
- 2. Accélération des remontées des données PMSI**
- 3. Evolution de la CIM-10 et intégration de nouveaux codes en lien avec la COVID-19**

MISE EN PLACE D'UNE GARANTIE DE FINANCEMENT POUR SECURISER LES RECETTES ASSURANCE MALADIE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE PENDANT LA PERIODE DE LA CRISE

GARANTIR UN NIVEAU DE RECETTES AUX ETABLISSEMENTS DURANT TOUTE LA DUREE DE LA CRISE

ENJEUX

- Les établissements ont subi une déformation importante de leur activité. Les processus de valorisation et de facturation de l'activité habituels ont également été perturbés. Aussi, il a été nécessaire de mettre en place des modalités de financement exceptionnelles, visant à sécuriser les recettes des établissements de santé sur la période.

DISPOSITIF PROPOSE

- Mise en place d'une garantie de financement pour sécuriser les recettes d'assurance maladie des établissements pendant la durée de la crise.
- Qui s'inspire de la « mécanique » mise en place en 2016 pour les hôpitaux de proximité :
 - ✓ fixation d'un plancher de recettes basé notamment sur les recettes historiques, connu par avance par les établissements,
 - ✓ prise en compte de l'activité valorisée uniquement si elle est supérieure à ce montant plancher.

MECANISME MIS EN PLACE POUR LES ETABLISSEMENTS EX-OQN

- Une avance a été accordée sur demande de l'établissement qui a pu solliciter la caisse primaire dès le mois de mai ;
- Le montant de l'avance s'est basé sur les recettes 2019

LE CADRE REGLEMENTAIRE (1/2)

UNE ORDONNANCE N°2020- 309 ISSUE DE LA OI N° 2020-290 DU 23 MARS 2020 D'URGENCE POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DE COVID-19

« Pendant une période **d'au moins trois mois** et qui ne peut excéder un an, se terminant au plus tard en 2021, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique bénéficient, par dérogation aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 du code de la sécurité sociale, d'une **garantie de financement** pour faire face à l'épidémie de Covid-19. Le niveau mensuel de cette garantie est déterminé en tenant compte du volume d'activité, des recettes perçues antérieurement par l'établissement, notamment au titre de ses activités.

Pendant la période concernée, **lorsque les recettes issues de leur activité sont inférieures au montant du niveau de cette garantie** pour une période d'un mois, les établissements bénéficient du versement d'un **complément de recettes** leur permettant d'atteindre ce niveau.

Les dispositions de droit commun relatives à la tarification des établissements de santé s'appliquent sous réserve, le cas échéant, de **l'adaptation des modalités de leur versement** et des dispositions du premier alinéa.

Les modalités de détermination du niveau de la garantie, des dates et de sa durée de mise en œuvre ainsi que les modalités de son versement et de la répartition entre les régimes des sommes versées aux établissements de santé par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont fixées **par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.** »

LE CADRE REGLEMENTAIRE (2/2)

L'ARRÊTÉ DU 6 MAI 2020 RELATIF À LA GARANTIE DE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR FAIRE FACE À L'ÉPIDÉMIE DU COVID-19 FIXE LES MODALITÉS D'APPLICATION DE CETTE DISPOSITION

Il précise:

- Le périmètre d'application de la garantie
- Les modalités de calcul du niveau de la garantie
- Les modalités de fixation et de versement de la garantie et du complément de recettes liées à l'activité le cas échéant, selon les secteurs.

PRINCIPES DE LA GARANTIE DE FINANCEMENT

UNE GARANTIE DE FINANCEMENT UNIVERSELLE

- Tous les établissements de santé publics ou privés bénéficient d'une garantie de financement pour les prestations d'activités de soins et les ACE (mais hors honoraires des libéraux pour les établissements privés);
- Le mécanisme de garantie s'applique sur l'activité réalisée entre le 1^{er} mars et le 31 décembre 2020 ;
- Il vise à sécuriser les ressources des établissements de santé et à leur apporter de la visibilité.

MODALITES DE CALCUL DE LA GARANTIE DE FINANCEMENT

MODALITES DE CALCUL DE LA GARANTIE

- Pour chaque champ, le niveau de garantie est calculé sur la base des recettes de l'activité 2019 sur le périmètre considéré, et hors financement à la qualité (IFAQ). Il tient compte des opérations de dégel effectuées fin 2019, ainsi que de situations particulières ayant pu impacter l'activité 2019 (fusions, transferts d'activité, nouvelles autorisations, ...). Ce niveau est également majoré de l'effet « prix » prévu en construction de l'ONDAM pour 2020, (soit les taux d'évolution des tarifs)
- La prise en compte des données d'activité 2019 transmises courant 2020 sera réalisée en mars 2021 en vue d'une notification de la garantie définitive.
- Les mesures d'aides aux entreprises perçues par les établissements privés, notamment celles liées à l'activité partielle, viendront minorer les niveaux de garantie des structures qui en ont bénéficié.

DISPOSITIONS SPECIFIQUES

UN SYSTÈME D'AVANCE POUR LES PRODUITS DE LA LISTE EN SUS

- Les produits de la liste en sus ne sont pas inclus dans le périmètre de la garantie, le financement reposant sur des dépenses effectivement engagées. Néanmoins, afin d'apporter un soutien en trésorerie aux établissements qui pourraient, du fait de la crise, rencontrer des difficultés de remontée de l'information nécessaire au remboursement de ces dépenses s'ils en ont, un système d'avances, de mars à décembre 2020, est mis en place sur la base des recettes 2019. Il est intégré au dispositif d'avances remboursables pour les établissements ex-OQN.

Accélération des remontées des données PMSI

Remontées accélérées (MCO)

<https://www.atih.sante.fr/modalites-de-remontee-acceleree-des-donnees-du-pmsi-mco>

- Notice mise en ligne le 31/07/20
- Fin de l'état d'urgence sanitaire → fin du dispositif des remontées accélérées et simplifiées du PMSI (dit *Fast Track PMSI*)
- Nouveau dispositif de remontée accélérée depuis M7 (MCO)
 - Etablissements **volontaires**
 - Possibilité de transmission des données *du mois en cours* par les outils habituels
 - Séjours clos
 - En priorité, séjours COVID et *activités ciblées*
 - **pour la seule finalité de la veille et la vigilance sanitaires**

Remontées accélérées (MCO)

- Accélération de la mise à disposition des données PMSI MCO transmises à la CNAM en vue d'un appariement au SNDS
- Sans attendre la validation ARS
- A nécessité une modification de l'arrêté PMSI pour autoriser l'ATIH à traiter ces données

Evolution de la CIM-10 et intégration de nouveaux codes en lien avec la COVID-19

Nouveaux codes COVID-19 (OMS)

- 3 nouveaux codes :
 - Antécédent personnel de COVID-19
 - Affection post COVID-19
 - Syndrome inflammatoire multisystémique associé à la COVID-19
- Pour M9 (normalement)
- Consignes en ligne très prochainement...