

Instruction gradation: travaux en cours

Dr Véronique GILLERON

UCAIM – Pôle de Santé Publique – CHU de Bordeaux

COTRIM, Bordeaux le 10 octobre 2019



Le contexte

- Une instruction dite « frontière »
 - Datant de 2010
 - Des règles pas assez précises
 - Soumise à interprétation au fil des années
- Des contrôles assurance maladie difficilement acceptables dans leurs modalités de réalisation
- Une réaction des acteurs hospitaliers et fédérations
- Un moratoire sur les contrôles des séjours d'HDJ
- Une tentative de réécriture de l'instruction frontière en 2017
- La rédaction de l'instruction gradation des soins en cours

- Les éléments présentés ci-dessous sont à ce jour **non publiés** et font l'objet de travaux en cours à la DGOS avec les fédérations
- Ces groupes de travail se réunissent jusqu'en novembre 2019

Les travaux de 2019

- L'objectif de ces travaux sur la gradation des prises en charges ambulatoires en établissements de santé est de sécuriser la facturation de ces prises en charge par la publication d'une nouvelle instruction en remplacement de la « circulaire frontière », dans la perspective d'une levée du moratoire des contrôles sur les HDJ médicales au 1^{er} mars 2020.
- La stabilisation des règles à l'automne permettra à tous les acteurs de s'approprier les règles qui auront été définies avant la levée du moratoire sur les contrôles qui porteront sur les GHS facturés à compter du 1^{er} mars 2020.
- Les évolutions arbitrées devront être techniquement réalisables en 2020 mais pourront, le cas échéant, constituer une première étape qui serait affinée par la suite.

HDJ en chirurgie

- Les prises en charge de type chirurgical ou interventionnel **ne posent pas de difficulté** et donnent lieu une hospitalisation (GHS)
- Ces prises en charge sont **décrites et codées majoritairement par un acte inscrit à la CCAM** et nécessitent un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie
 - Actes CCAM réalisés toujours avec anesthésie (code activité 4)
 - Actes CCAM réalisés exceptionnellement sous anesthésie générale ou locorégionale
 - Actes CCAM ou interventions mobilisant les moyens du bloc opératoire ou du secteur interventionnel dans des conditions de stricte asepsie (ex ECG implantables)

HDJ en médecine

- Les prises en charge en médecine posent problème
- L'intervention se définit comme : « l'intervention réalisée directement auprès du patient par les professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs »
- Pour le décompte des interventions **il n'est pas fait de distinction entre acte technique et prestation intellectuelle**
- Un acte technique correspond à un acte de la CCAM. L'intervenant qui le réalise n'est alors pas comptabilisé en tant que tel (ex radiologue)

➡ **L'intervention de l'ensemble des autres professionnels**, que leurs actes soient ou non nomenclaturés, est comptabilisée (médecins, sages-femmes, IDE, diététiciens, psychologues, neuropsychologues, psychomotriciens, ergothérapeutes, assistants socio-éducatifs, intervenants sociaux, kinésithérapeutes...)

➡ **Focus télémedecine** : sont comptabilisés les actes de téléconsultation et de téléexpertise

➡ **Focus IDE** : l'IDE est comptabilisé(e) pour l'activité courante qu'elle réalise auprès du patient (soins de nursing, pansements/détersions...).

Par ailleurs, une intervention peut également être décomptée pour l'IDE qui réalise une action d'éducation thérapeutique ou une pratique avancée dans le cas des IPA. Dans ce cas, il peut s'agir de la même personne ou de 2 personnes différentes : 2 interventions sont comptabilisées.

➡ **Focus médecin** : dans le cas où plusieurs médecins interviennent directement auprès du patient, ces médecins doivent relever de 2 spécialités ou surspécialités distinctes pour pouvoir être décomptés.

➡ **Focus pharmacien** : l'intervention du pharmacien qui réalise des entretiens pharmaceutiques dans le cadre de la pharmacie clinique est comptabilisée

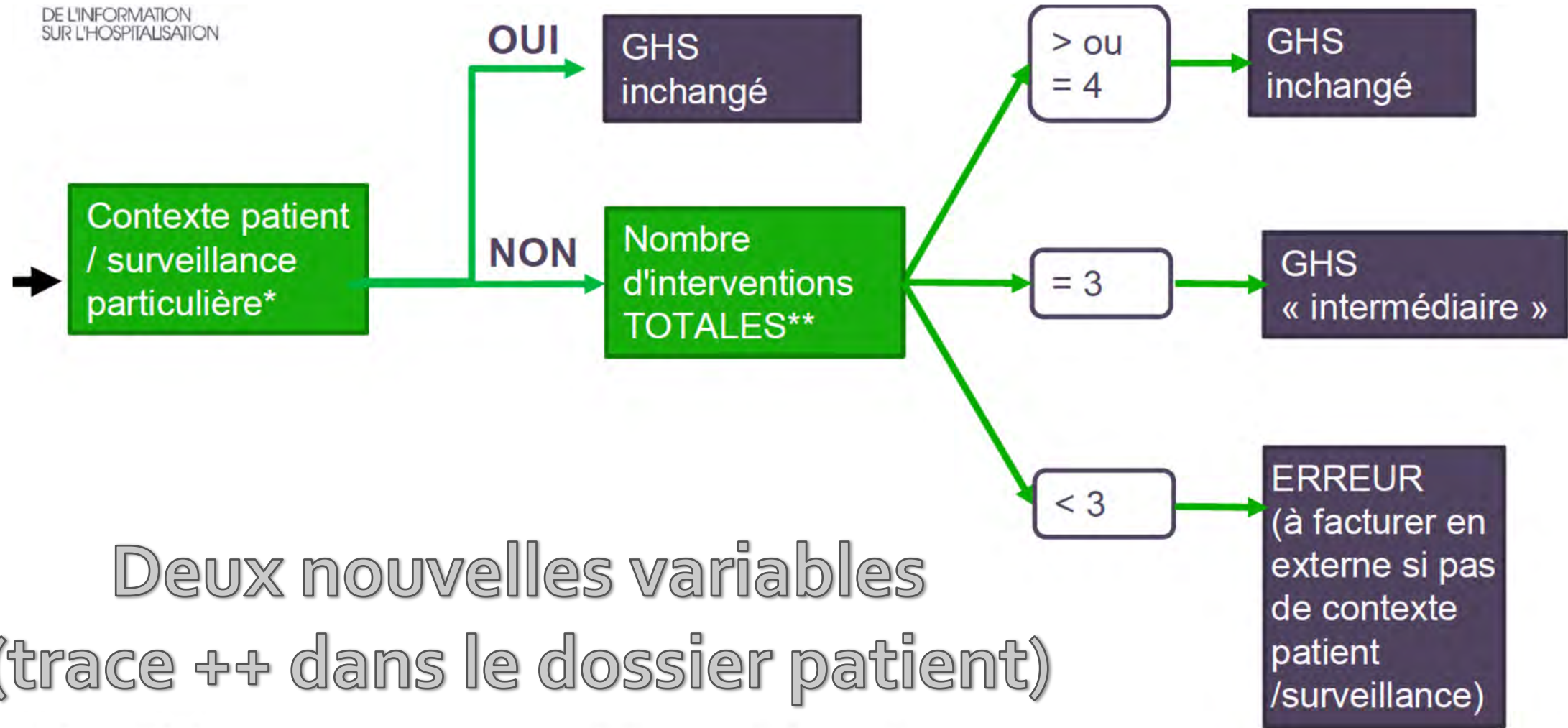
Une avancée importante actée avec les acteurs : dans le cadre d'une prise en charge médicale, dès lors que **4 interventions** (sans distinction entre actes techniques ou prestations intellectuelles) sont réalisées **directement auprès du patient** la facturation d'un GHS d'hôpital de jour fait globalement consensus.



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

CONTEXTE PATIENT / SURVEILLANCE PARTICULIÈRE

- **Les notions de « contexte patient » ou de « surveillance particulière »** peuvent être prises en compte comme **critères de rattrapage** pour sécuriser la facturation d'un GHS d'hôpital de jour pour les patients dont la prise en charge a été alourdie, ayant nécessité la mobilisation de moyens supplémentaires, par rapport à une prise en charge classique.



Deux nouvelles variables
(trace ++ dans le dossier patient)

Focus sur la pédiatrie

- Pour la pédiatrie, certaines situations ne font plus débat :
 - Présence d'un acte d'anesthésie AG/ALR quelle que soit la prise en charge (avec ou sans acte CCAM)
 - Suspicion de maltraitance
- Problématiques liées à la prise en compte de la pédiatrie et solutions envisagées encore discutées

Des exceptions permettant l'hospitalisation

- Il s'agit de sécuriser juridiquement le fait que des prises en charge puissent être systématiquement facturées en hospitalisation de jour sans qu'elles aient besoin de répondre aux critères de droit commun.
 - Décès, transferts, séances, soins palliatif, sortie contre avis médical
 - Prises en charge validées dans le cadre du rescrit

Forfait Prestation Intermédiaire

- FPI appelé à disparaître
- Prise en compte des prises en charge intermédiaires dans le champ de l'hospitalisation avec un contenu plus large que l'actuel FPI
- Prise en charge avec 3 interventions
- Niveaux de valorisation différenciés selon les GHM
 - Modèle non acté à ce jour

Médicaments à réserve hospitalière

- Poser explicitement le principe que l'administration d'un produit de la RH est nécessairement réalisée dans le cadre d'une hospitalisation (HDJ, séance ou HC)
- Permettre la facturation en hospitalisation (GHS) et sécuriser ce principe de facturation au sein de l'arrêté prestations

Médicaments à réserve hospitalière hors AMM

La problématique spécifique de l'administration de ces produits hors AMM et les pistes proposées

- Dans un certain nombre de cas, les contrôles de l'assurance maladie ont en effet pour conséquence de déclasser les prises en charge ambulatoires au motif que la spécialité pharmaceutique a été administrée en dehors du cadre de son AMM, et ce alors même que les critères justifiant une valorisation en HDJ sont remplis.
- Les problématiques remontées sur les prises en charge pour administration d'un produit de la RH dans un cadre hors AMM semblent concerner principalement les prises en charge de la douleur chronique

UHCD

- Conditions inchangées
 - 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.
- Ces trois conditions présentent un caractère cumulatif
- Une précision : « A l'issue du passage au service des urgences dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences » = **avant** admission en hospitalisation / après passage au SAU

Textes attendus

- L'arrêté prestations constitue la base réglementaire définissant les critères à retenir pour justifier de la facturation d'un GHS
- L'instruction gradation des soins vient décliner et préciser les critères définis au niveau de l'arrêté prestations (remplacement instruction frontière)
- Le guide de codage, annexé à l'arrêté PMSI, constitue le texte opposable sur les consignes de codage des éléments du PMSI
- 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

Conclusion

- Trois niveaux de prise en charge sans nuitée
 - Externe, HDJ « légère », HDJ « lourde »
- Des nouvelles variables à recueillir qui ne seront possibles que si les **informations concernant la prise en charge sont notées dans le dossier patient**
 - Surveillance particulière
 - Contexte patient
 - Nombre d'interventions ou seuils
- Gestion de la facturation du séjour (externe versus hospitalisation) par un algorithme