



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# **2<sup>ème</sup> Groupe technique de concertation sur le projet d'instruction relative à la gradation des prises en charge ambulatoires en établissements de santé**

---

*13 février 2019*

**Sur la base des retours que vous nous avez transmis** suite à la V1 de l'instruction et du GT du 24 janvier, nous vous proposons aujourd'hui :

- Une **V2 du projet d'instruction** qui intègre un certain nombre de vos propositions ;
- L'identification de **chantiers thématiques pour mener des travaux plus approfondis** pour répondre à certaines problématiques spécifiques :
  - ↳ L'HDJ médicale et les prises en charge sans acte technique (GHS et FPI)
  - ↳ L'administration de produits de la réserve hospitalière
  - ↳ *La valorisation des ACE en établissements de santé (sous réserve d'arbitrage)*
  - ↳ La gestion du « stock » dans le cadre du rescrit tarifaire
  - ↳ Les impacts de la mise en œuvre de la nouvelle instruction

## Calendrier et méthodologie de travail : 2 options examinées

- **Publier l'instruction « par tranche », au fur et à mesure de la stabilisation de chacune de ses parties**
  - ↳ Avantage : permet de mettre en œuvre au fur et à mesure les évolutions consensuelles, sans attendre une finalisation de l'ensemble
  - ↳ Limites : manque de lisibilité pour les acteurs, le rescrit ne pourrait être mobilisé que sur les parties stabilisées, difficulté de lancer les études d'impacts sans vision d'ensemble...
  
- **Publier un texte complet lorsque l'ensemble des annexes seront stabilisées**
  - ↳ Cette proposition nous semble devoir être privilégiée car elle paraît plus lisible et plus cohérente
  - ↳ Elle nécessite cependant de se doter d'un calendrier de travail exigeant qui nous permette de finaliser l'ensemble des travaux d'ici la rentrée 2019 afin de préparer dans de bonnes conditions la levée du moratoire au 1<sup>er</sup> mars 2020.





**DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS**

## **PROJET D'INSTRUCTION GRADATION DES PRISES EN CHARGE AMBULATOIRES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ**

**I. Les premières évolutions proposées en V2 de l'instruction**

**II. Les chantiers à mener**



**DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS**

---

# **I. Le contenu du projet d'instruction**

## **Les évolutions proposées en V2**

---

## Remarque générale concernant les demandes de précision et les illustrations

- Globalement, il nous est remonté le besoin de préciser certains termes figurant dans l'instruction.
- Si quelques reformulations/précisions peuvent être, sans trop de difficultés, proposées dans les ajustements présentés ce jour, certaines demandes nous paraissent devoir être complétées en fonction des problématiques dont elles sont issues :
  - ✓ soit en proposant des définitions qui vous paraîtraient plus précises ou plus pertinentes au regard des préoccupations soulevées
  - ✓ soit en accompagnant une définition jugée un peu large par des illustrations qui pourraient venir en préciser l'esprit
- Il conviendra néanmoins de préciser que les illustrations proposées dans les différentes annexes ont une valeur pédagogique mais ne doivent pas être considérées comme une liste limitative de prises en charge concernées.

### 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.**





DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

## EVOLUTION RELATIVE AU CORPS DE L'INSTRUCTION

[...]

La présente instruction s'inscrit dans ce même objectif de clarification et vient préciser, de manière globale, les conditions de facturation à l'assurance maladie par les établissements de santé de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées en leur sein.

Elle ne préjuge pas de l'opportunité des différentes investigations et prises en charge thérapeutiques effectuées.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

## EVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 1 CONDITIONS DE FACTURATION DES PRISES EN CHARGE EXTERNES EN ÉTABLISSEMENTS DE SANTE

- Reformulation :

L'ensemble des établissements de santé a la possibilité de dispenser aux patients des actes et consultations externes (ACE), ~~c'est à dire réalisés en dehors d'une hospitalisation~~, dans la limite de l'autorisation MCO, SSR ou de psychiatrie dont ils disposent.



## EVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 2 CONDITIONS DE FACTURATION DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES SANS HOSPITALISATION

- Reformulation afin de préciser le terme d'hospitalisation :

Les prestations non suivies d'hospitalisation sont visées par les dispositions des 2° à 7°-6° de l'article R. 162-33-1 du code de la sécurité sociale.

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

- AMI :

Peuvent être facturés en sus du forfait « ATU » :

- les actes et consultations réalisés par les établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du CSS, à l'exclusion des AMI (actes médico-infirmiers), ainsi que les majorations éventuelles des ACE ;

## EVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 2 CONDITIONS DE FACTURATION DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES SANS HOSPITALISATION

- Suppression de la liste détaillée des forfaits SE :

Les forfaits « sécurité et environnement hospitalier » ou SE (~~SE1 / SE2 / SE3 / SE4 / SE5 / SE6~~) rémunèrent la réalisation de certains actes limitatifs, qui requièrent l'utilisation d'un secteur opératoire ou l'observation du patient dans un environnement particulier.

- Et proposition liée à une évolution envisagée pour la campagne 2019 :

Ce forfait n'est pas facturable **lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement.:**

Ce forfait n'est pas facturable en cumul avec les autres prestations hospitalières sans hospitalisation, à l'exception du forfait ~~autres que le forfait~~ « FPI » et du forfait « APE » dans les conditions prévues par l'arrêté « prestations MCO ».

- ~~lorsque le patient nécessite une hospitalisation au sein de l'établissement ;~~
- ~~en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation autres que le forfait « FPI » : forfaits « ATU », « PO » et « FFM », « APE » et « AP2 ».~~

## ÉVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 2 CONDITIONS DE FACTURATION DES PRESTATIONS HOSPITALIÈRES SANS HOSPITALISATION

- APE reformulations :

- Un forfait APE est facturé pour chaque administration dès lors :
  - qu'est administré au patient un produit (MO) ou une prestation (DM) figurant sur la liste des produits et prestations (LPP) mentionnée à l'article L.165-1 du code de la sécurité sociale et inscrit sur la liste en sus mentionnée à l'article L.162-22-7 du même code ;
  - ~~— qu'est administré une des spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article R. 5121-82 du code de la santé publique (médicaments de la réserve hospitalière) ;~~
  - que l'administration du produit (MO) ou de la prestation (DM) **n'est pas suivie d'une hospitalisation** du patient.

Ce forfait n'est pas facturable en cumul avec les autres prestations hospitalières sans hospitalisation, à l'exception — autres que le — forfait « FPI »- et du forfait « SE » dans les conditions prévues par l'arrêté « prestations MCO ».

- AP2 reformulation :

Ce forfait n'est pas facturable en cumul avec les prestations hospitalières sans hospitalisation ~~autre que le~~ à l'exception du forfait « FPI ».

## EVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 3 CONDITIONS DE FACTURATION DES GHS POUR LES PRISES EN CHARGE EN UNITÉ D'HOSPITALISATION DE COURTE DURÉE (UHCD)

- Reformulation

### Annexe 3

#### Conditions de facturation des GHS pour les prises en charge ~~de moins de 24h dans des conditions d'urgence~~ en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)

L'article 12 de l'arrêté du 19 février 2015 précise que la prise en charge d'un patient dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), non suivie d'une hospitalisation dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie (MCO), ne peut donner lieu à facturation d'un GHS que dans les cas où l'état de santé du patient, à l'issue de son passage ~~au service des urgences~~ dans l'espace d'examen et de soins de la structure des urgences :

- 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.

- Suppression des paragraphes qui relèvent de la technicité de la classification

## EVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 4 CONDITIONS DE FACTURATION DES GHS POUR LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES DE MOINS D'UNE JOURNÉE

L'annexe 4 est remaniée dans sa structure :

- **1 seule condition commune** attendue pour toutes les prises en charge : **l'admission dans une structure d'hospitalisation** individualisée et l'utilisation de ses moyens
- La référence au compte-rendu d'hospitalisation ou à la lettre de liaison est sortie des conditions communes : il ne s'agit pas en effet d'une condition de facturation d'un GHS en tant que telle
- Un point 4 a été ajouté à l'annexe pour présenter les éléments de traçabilité qui permettent de caractériser une hospitalisation de jour : le CRH ou la lettre de liaison peuvent être des supports de cette traçabilité.

#### 4. Les éléments de traçabilité permettant de caractériser l'hospitalisation de jour

Les établissements de santé doivent veiller à la traçabilité des éléments permettant de caractériser l'hospitalisation de jour : le contenu de la prise en charge, le ou les actes réalisés, la composition de l'équipe pluridisciplinaire et/ou pluriprofessionnelle le cas échéant, l'état spécifique du patient ayant nécessité de mobiliser des moyens particuliers...

Ces éléments peuvent figurer au sein du compte-rendu d'hospitalisation ou de la lettre de liaison mentionnée à l'article R. 1112-1-2 du code de la santé publique,

Le compte-rendu peut être un compte-rendu intermédiaire dans l'attente du compte rendu définitif. Sont visées ici, les prises en charge itératives (à l'exclusion des séances, non concernées par cette exigence) ainsi que celles pour lesquelles des résultats, du fait de la nature même de l'examen, ne sont disponibles qu'à distance de la venue. Chaque compte rendu intermédiaire doit cependant retracer les éléments permettant d'objectiver l'hospitalisation de jour du patient.



## ÉVOLUTIONS RELATIVES À L'ANNEXE 4 CONDITIONS DE FACTURATION DES GHS POUR LES PRISES EN CHARGE HOSPITALIÈRES DE MOINS D'UNE JOURNÉE

- **Conditions spécifiques** relatives à des typologies particulières de prises en charge : les retours transmis sur cette partie n'ont pas été intégrés à ce stade, dans la mesure où celle-ci nécessite des travaux complémentaires à mener dans le cadre des chantiers thématiques identifiés :
  - ✓ sur les prises en charge médicale notamment sans acte technique,
  - ✓ sur l'administration de produits de la réserve hospitalière
  - ✓ sur la gestion du stock dans le cadre du rescrit
  
- **Prises en charge dérogatoires** : dans les exceptions ont été intégrés les points concernant :
  - L'intégralité des séances de la CMD 28
  - L'hospitalisation écourtée au motif de la fugue du patient





- **Qui demande ?** Le représentant légal d'un établissement de santé, d'une fédération hospitalière ou d'une société savante médicale : **suppression de la notion de mandat d'un ES**
- **Comment ?** Par écrit à l'UCR en décrivant précisément la prise en charge contextualisée pour laquelle la position de l'Etat est sollicitée. L'UCR est en charge de transmettre **toutes les demandes (complètes ou incomplètes)** au Ministère des solidarités et de la santé.
- **Délais : 1 mois maximum pour transmission de la demande par l'UCR puis 3 mois maximum pour décision de l'Etat**
- **Médicalisation de l'instruction de la demande :**
  - ↪ Proposition de participation de la HAS qui semble peu réaliste au regard du programme de travail de celle-ci
  - ↪ Proposition alternative : associer au dispositif **des experts médicaux désignés par les fédérations.**
- Opposabilité de la réponse par l'établissement à l'origine de la demande et par les autres établissements de santé à condition de **relever des situations de faits comparables** à celle exposée dans le rescrit (et non plus strictement identiques).



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

## II. Les chantiers à mener

---



- **Problématique** : Poursuite des travaux sur l'HDJ de médecine notamment sur les prises en charge avec une forte densité de prestations intellectuelles, mobilisant différents types d'intervenants de façon coordonnée mais sans nécessiter la réalisation d'actes techniques.
  
- **Enjeux du chantier** : Il s'agit notamment, en articulation avec la réflexion sur la prestation intermédiaire, de préciser, pour ces prises en charge sans acte technique :
  - Leur positionnement dans le champ externe ou de l'hospitalisation ?
  - Les modalités de discrimination entre différents niveaux de prises en charge et donc de tarification (recueil, codage, tarification)
  
- **Calendrier** :
  - ✓ Installation du groupe en mars 2019
  - ✓ Objectif de stabilisation de l'annexe septembre 2019



- **Problématique** : Les médicaments de la réserve hospitalière (RH) doivent être administrés en environnement hospitalier, sans que cela préjuge du besoin d'hospitaliser le patient. Or selon les produits administrés, cette hospitalisation peut être nécessaire ou au contraire ne pas se justifier.
- **Enjeu du chantier** : Déterminer les critères qui doivent conduire à hospitaliser un patient dans le cadre de l'administration d'un produit de la RH ou à le prendre en charge dans un environnement externe.
  - Comment s'appuyer sur les recommandations existantes ? Et lesquelles le cas échéant ?
  - Prise en compte du patient à risque dans une logique de gradation des prises en charge
  - Question de la valorisation de l'AP2 si un plus grand nombre de produits est susceptible d'être financé à terme par ce vecteur
- **Groupe de travail** à mettre en place pour mener ces travaux → en lien avec la DGS
- **Calendrier** :
  - ✓ Installation du groupe en avril 2019
  - ✓ Objectif de stabilisation de l'annexe septembre 2019



- **Problématique** : comment estimer l'impact sur les recettes des établissements dès nouvelles règles définies dans l'instruction, sachant que
  - Le « T0 » est incertain et hétérogène, notamment en raison du moratoire sur l'activité 2017 et 2018
  - Les systèmes d'information ne véhiculent pas les éléments nécessaires pour appréhender de façon certaine le contenu des prises en charge réalisées en HDJ, notamment le nombre et la qualité des intervenants ou les données qualitatives explicitant la fragilité ou le terrain à risque
  
- **Enjeu du chantier** : évaluer l'impact sur les établissements des évolutions proposées, à partir d'une analyse « micro » de ces impacts pour un échantillon d'établissements de santé.
  
- **Groupe de travail** à mettre en place pour mener ces travaux → associant, notamment, les médecins DIM et les DAF des établissements concernés
  
- **Calendrier** : Démarrage des travaux dès stabilisation des annexes de l'instruction, soit à l'automne 2019



- **Problématique** : La problématique de gestion des stocks doit être traitée en amont de la mise en œuvre effective de la procédure de rescrit tarifaire au fil de l'eau afin de stabiliser autant que possible les situations qui posent problème à ce jour.
- **Enjeu** : Recenser et examiner l'ensemble des situations problématiques d'ores et déjà connues sur la base des nouvelles règles qui seront arrêtées, en amont de la mise en œuvre effective du rescrit.
- **Une réunion technique** est à prévoir pour mener cette analyse dès lors que les règles seront stabilisées mais en amont de la levée du moratoire au 1<sup>er</sup> mars 2020.
- **Calendrier** : Automne 2019.



### **Vos retours sont attendus pour le 1<sup>er</sup> mars sur les points suivants :**

- 👉 Les ajustements proposés en V2 de l'instruction
- 👉 La validation du calendrier et des modalités de travail proposées
- 👉 Le cas échéant, la désignation de référents pour la constitution des différents groupes de travail