

---

# Réunion de concertation

## Rédaction de la nouvelle instruction frontière

---

*27 avril 2017*



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

# RÉUNION DE CONCERTATION RÉDACTION DE LA NOUVELLE INSTRUCTION FRONTIÈRE

- 1. Rappel sur les avancées déjà proposées lors des précédents échanges**
- 2. Les propositions complémentaires suite aux remontées des acteurs**
- 3. Poursuite des travaux : les chantiers à mener en 2017 en vue de la V2018 de la circulaire frontière**

---

# Rappel des avancées déjà proposées lors des précédents échanges

---

## ➤ S'agissant du champ d'application :

L'instruction ne retient plus mention de certaines prises en charge qui, par nature, ne pouvaient faire l'objet d'une HDJ (cf. ancienne position sur les MIG et les séances d'éducation).

Au delà, l'instruction précise que bénéficient d'une exemption à l'application des critères frontières : les prises en charges en urgence (même hors UHCD), les hospitalisations écourtées, l'admission du patient mineur décidée par un médecin dans le cadre d'une suspicion de maltraitance, **l'ensemble des séances**, quelle que soit leur nature, les prises en charge en **soins palliatifs** qui répondent aux critères antérieurs de l'arbre décisionnel de la CNAMTS.

## ➤ S'agissant des conditions communes à tous les types d'HDJ

L'utilisation d'un lit ou d'une place n'est plus exigée : critère remplacé par l'admission dans une structure d'hospitalisation individualisée et l'utilisation des moyens en locaux, matériel et personnel de la structure.

Pour des raisons d'organisation, le patient peut néanmoins être hospitalisé dans une autre unité en cas d'indisponibilité des locaux d'HDJ

➤ **S'agissant du 1er type de prise en charge (nécessitant un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie) :**

- Par exception, les actes ne bénéficiant pas d'un code activité 4 « anesthésie » mais réalisés dans des **conditions strictes d'aseptie** pourront justifier la facturation d'un HDJ. A titre d'exemple, l'instruction cite expressément les poses de port à cathéter ou de picline comme relevant d'une HDJ. Là encore, des pratiques hétérogènes ont été observées et des poses de port à cathéter étaient refusées en HDJ. Notre objectif demeure l'absence de déclassement.
- Possibilité de saisir l'administration à travers le **rescrit tarifaire** pour qu'un acte non nomenclaturé et/ ou réalisé hors AG/ALR mais dans des conditions strictes d'aseptie puisse à lui seul justifier une HDJ.

➤ **S'agissant du 2<sup>ème</sup> type de prise en charge (prise en charge pluridisciplinaire / pluriprofessionnelle) :**

- **Au titre du critère « équipe » :** Elargissement de l'équipe de soins aux professionnels socio-éducatifs, et de la coordination à l'ensemble des professionnels médicaux ayant pris en charge le patient et non uniquement aux seuls médecins.
- **Au titre du critère « actes » :**
  - Remplacement de la notion ambiguë de « recours à des plateaux techniques » par la « réalisation d'au moins 2 actes techniques relevant de 2 techniques différentes », celles-ci étant définies comme relevant de 2 paragraphes ou 2 sous-paragraphes différents de la CCAM / NGAP (hors AMI).
  - Comptabilisation de certains examens de biologie complexes listés de façon exhaustive en attendant de travailler sur le chantier actes de biologie en 2017 pour considérer la biologie dans son ensemble en 2018.

## ➤ S'agissant du 3<sup>ème</sup> type de prise en charge (terrain à risque) :

- Définition plus objective avec des premiers critères associés et des exemples génériques de type de patientèle accueillie. Cette notion est ainsi assouplie et se caractérise par un état du patient :
  - qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient « habituel » et qui justifie de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens, ou la délivrance de certains soins ;
  - qui se traduit par la mise en œuvre de moyens supplémentaires ;
  - qui doit être retracé dans le dossier du patient ou dans le CRH ou dans la lettre de liaison l'ensemble : éléments de nature à témoigner de l'existence du terrain à risque et des moyens supplémentaires mobilisés.
- Remplacement de la notion de polyhandicap qui figurait dans la version initiale par celle de handicap comme exemple de terrain à risque potentiel ;
- Intégration explicite au terrain à risque des prises en charge qui nécessitent un isolement du patient et donc de facto une hospitalisation.

➤ **Concernant la mise en place d'un rescrit tarifaire, mécanisme qui permet :**

- de compléter la circulaire frontière dans la mesure où celle-ci ne peut dresser une liste exhaustive des situations relevant d'une HDJ ;
- d'obtenir, pour les ES, une prise de position formelle de l'assurance maladie et de l'Etat sur l'éligibilité à l'HDJ d'un protocole de soins précis et opposable à ces derniers.
- d'**harmoniser** ainsi les interprétations des règles de facturation des GHS pour les prises en charge de moins d'une journée ;
- d'**apporter une réponse à des situations spécifiques** (notamment certains actes non encore répertoriés à la nomenclature) ;
- d'**apporter une réponse opposable par tous les ES** pour toutes les prises en charge identiques (ex: ponction d'ascite avec albumine).



---

# Les propositions complémentaires suite aux remontées des acteurs

---

## ➤ **Concernant le champ des exception aux critères frontières : place des produits de la RH**

Des supports de facturation ont été créés pour rémunérer l'injection de certains de ces produits, à savoir ceux relevant (hors cas du terrain à risque) d'un environnement hospitalier sans hospitalisation selon les recommandations.

Ces supports de facturation, bien que conçus de manière générique, ont été établis afin de couvrir plus particulièrement l'administration des produits suivants :

- APE pour l'Avastin® dans le traitement de la DMLA (RTU) ;
- AP2 pour les spécialités de fer injectable
- FSE5 pour l'injection de toxine botulique au niveau des paupières et dans les muscles striés

**La référence à ces spécialités pharmaceutiques est désormais explicite dans la nouvelle version du texte.**

➤ **Concernant la réalisation de certains actes, ne s'accompagnant pas du respect des critères frontières, mais dont le classement en HDJ n'est pas contesté (1<sup>er</sup> type d'HDJ)**

Après confirmation des services de l'assurance maladie, ces actes continueront à légitimement générer une HDJ (ex : Séance d'administration intrathécale d'agent pharmacologique anticancéreux, par un dispositif implanté, biopsie de l'endocarde et du myocarde, par voie vasculaire transcutanée, occlusion d'une malformation vasculaire cervicale et/ou faciale, par injection transcutanée intralésionnelle de colle avec guidage radiologique ...).

S'il s'avère nécessaire de sécuriser la pratique des ES, il est possible d'opérer un listing en annexe de la circulaire à titre illustratif. Pour autant, le listing est de nature à générer des inquiétudes dans la mesure où il ne pourra de facto être exhaustif.

➤ **Concernant la comptabilisation des interventions au titre de la pluridisciplinarité (2<sup>ème</sup> type d'HDJ) : la place des IDE**

L'instruction précise sans ambiguïté que l'intervention de l'infirmier(e) auprès du patient est comptabilisée au titre du critère lié à la pluridisciplinarité/pluriprofessionnalité de la prise en charge (permettant, associé à la réalisation de deux actes, la reconnaissance d'une HDJ médicale).

---

# Les problématiques qui demeurent Les travaux à conduire en 2017 pour 2018

---

**Remarque préliminaire :** les travaux en cours sur la nouvelle rédaction de la circulaire frontière ne peuvent viser à résoudre dans un même temps la totalité des problématiques qui pré-existaient avec le texte de 2010.

La nécessité de répondre à certaines problématiques de façon prioritaire dès 2017 n'enlève en rien le **besoin de conduire d'autres chantiers** sur celles qui perdurent avec le nouveau texte.

L'objectif est de faire évoluer de façon plus régulière la circulaire frontière, en concertation avec l'ensemble des acteurs, afin de répondre au mieux à la réalité des prises en charge et de leurs évolutions.

## **Il convient donc de distinguer**

- les problématiques induites, le cas échéant, par la nouvelle rédaction de celles qui préexistaient et n'ont pas encore été résolues ;
- les aménagements qui peuvent être prévus sur le texte actuel (dès lors qu'ils obtiennent un consensus et un arbitrage favorable) des chantiers plus structurels qui doivent faire l'objet d'un travail plus approfondi.

## ➤ La question des prises en charge de la douleur chronique dans le cadre de l'AMM

- Dans les cas où les produits injectés relèvent de la RH ⇔ HDJ

*Il convient toutefois de noter que les travaux doivent se poursuivre en 2018 pour réinterroger les produits de la RH et voir dans quelle mesure et sous quelles conditions certains produits de la RH seraient éligibles à une prise en charge en environnement hospitalier, dès lors que le vecteur de financement associé couvre bien les charges (selon le coût des molécules)*

⇨ **chantier campagne 2018**

- Dans les autres cas (hors produits de la RH), la question se pose de la prise en compte de l'environnement anesthésique et nécessite un positionnement des acteurs concernés.

*A ce titre, la SFAR a été saisie de la problématique afin de clarifier les actes de prise en charge de la douleur chronique qui posent souci lors des contrôles*

⇨ **chantier campagne 2018**

## ➤ La question de la prise en compte de la pratique anesthésique

Plus généralement, la **problématique de la sédation, de l'hypnose**, doit être posée à la SFAR avant de pouvoir mettre en place une doctrine plus globale qui intégrerait une prochaine version de la circulaire.

De même, l'actualisation des codes « activité 4 » doit faire l'objet d'un chantier dédié.

⇒ *chantier campagne 2018*

## ➤ La prise en compte de la biologie

- ✓ Une avancée déjà actée permet d'ores et déjà de comptabiliser au titre des actes techniques certains actes de biologie dont la réalisation nécessite une **prise en charge particulière vis-à-vis du patient**, distincte d'une prise de sang.
- ✓ Plus globalement, la question de la biologie pourrait faire l'objet en 2017 d'une réflexion plus large sur la façon dont elle peut être comptabilisée et les critères spécifiques qui seraient à prévoir, en fonction des problématiques remontées lors de la concertation 2017.

⇒ *chantier campagne 2018*



## ➤ La prise en compte des recommandations des sociétés savantes en faveur d'une hospitalisation

- Dans un certain nombre de cas, des recommandations de sociétés savantes ou de la HAS précisent que la prise en charge doit se faire dans le cadre d'une hospitalisation (ex du test au glucagon chez l'enfant)
- L'opportunité d'envisager que ces recommandations justifient à elles-seules le cas du terrain à risque ou de l'exception aux critères de la circulaire se pose.

⇒ *Possibilité de l'intégrer dès 2017 à travers une V3*

## ➤ Les modalités de prise en charge des patients en UHCD (et donc de facturation des GHS).

- Ces modalités et leurs interprétations devront être questionnées afin de sécuriser les pratiques et lever les difficultés remontées par le terrain

⇒ *chantier campagne 2018*