



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

---

# Réunion de concertation

## Rédaction de la nouvelle instruction frontière

---

*5 avril 2017*



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

---

# La rédaction d'une nouvelle instruction frontière

---

- Une instruction **non remise à jour depuis 2010** ;
- De nombreux rapports (IGAS/IGF, Mission Véran) ont **pointé les limites**, en particulier le **manque de précision** des critères frontière, avec pour incidence une **interprétation variable** selon les établissements et les contrôleurs de l'assurance maladie induisant une inéquité entre les établissements ;
- Les **nombreux déclassements** constatés lors des contrôles Assurance Maladie (**1 HDJ contrôlé sur 2 est déclassée**) montrent l'insécurité juridique et financière dans laquelle les ES sont placés ;
- Dans l'attente d'une mise à jour de la circulaire et des vecteurs de financement des situations intermédiaires, des moratoires sur les contrôles des HDJ ont été introduits. **Ces moratoires ne pouvaient perdurer en l'absence d'avancées des travaux.**



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

## QUEL CONTEXTE ?

➤ Les **évolutions prévues en LFSS et en campagne 2017** impactent des prises en charge entre hospitalisation de jour et consultation, ce qui renforce le besoin de clarifier la rédaction de la circulaire :

- ✓ création du **forfait prestation intermédiaire** ;
- ✓ élargissement du cadre **d'administration des produits de la RH** en environnement hospitalier et non plus uniquement en hospitalisation.



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

La circulaire ne faisait en aucune mesure état des prises en charge qui, bien que réalisées hors AG/ALR et hors activité 4, relèvent pour des raisons tenant à la sécurité des soins d'une technique de bloc opératoire ou de secteur interventionnel et ne peuvent être réalisées que dans des conditions strictes d'aseptie.

Par ailleurs, la circulaire n'offrait pas de solution en cas de réalisation d'actes hors nomenclatures.

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

L'instruction précisait que pouvait faire l'objet d'une HDJ les prises en charge comportant « *plusieurs examens (à l'exclusion des examens uniquement biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, et qu'une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire en est réalisée par un médecin.* ».

Faute de définition associée, le critère lié aux plateaux techniques a pu donner lieu à des interprétations multiples (à titre d'illustration, pour être comptabilisé, il était exigé dans certaines régions que les plateaux techniques soient situés dans des entités géographiques différentes ou du moins dans des unités d'hospitalisations différentes).

Par ailleurs, étaient exclus de l'équipe de soins les professionnels socio-éducatifs.

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

Faute d'objectif et de finalité associés, ce type de prise en charge était difficilement mobilisable et souvent rejeté dans le cadre de contrôles.



- L'absence d'évolution de la circulaire frontière et ces imprécisions ont généré, et génèrent toujours, une situation d'insécurité pour les établissements. Or cette sécurisation en termes de valorisation est une condition indispensable pour poursuivre le développement des prises en charge ambulatoires ;
- **L'unique objectif de cette réécriture est de sécuriser les HDJ. En aucune mesure ce projet porte en lui une finalité de déclassement.**
- **Notre volonté n'est pas de durcir les critères de l'actuelle circulaire ni de générer des économies en basculant certaines prises en charge vers de la facturation en externe.**
- Un groupe de concertation a donc été constitué en septembre 2016 dans le but de clarifier la rédaction de l'instruction.
- Ce groupe s'est réuni à 3 reprises. Une 1<sup>e</sup> version de travail a été présentée lors de la réunion du 21/02/2017



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

.....

Les avancées actées  
dès la première version présentée

---



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

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

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

Les ES auront la possibilité de saisir l'administration à travers le rescrit 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 / pluri professionnelle) :**

D'une part, l'instruction élargit l'équipe de soins aux professionnels socio-éducatifs.

D'autre part, l'instruction remplace la notion ambiguë de « recours à des plateaux techniques » pour la remplacer 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.

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

Définition plus objective avec de 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.

➤ **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).



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

---

# Les problématiques remontées et les aménagements proposés

---

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

- Exclure **l'ensemble des séances**, quelle que soit leur nature et ce, dans l'attente de pouvoir mieux appréhender l'application des critères de la circulaire frontière aux prises en charge codées sous le GHM de séances de chimiothérapies non tumorale ;

**Conséquence** : L'intégralité des séances, telle que définies dans le guide PMSI MCO, demeure financée à travers un GHS.

- Exclure **explicitement les prises en charge codées en soins palliatifs** (qui répondent aux critères fixés dans l'arbre décisionnel CNAMTS).

**Conséquence** : L'intégralité des prises en charge codées en soins palliatifs demeure financée à travers un GHS.

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

Inscrire 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 piccline 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.

Pour information, la SFAR a été saisie de la problématique afin de clarifier ces actes mais aussi celle des actes de prise en charge de la douleur chronique qui posent souci lors des contrôles, ou le besoin de clarification demandé par certains en ce qui concerne les différents types de sédation ou l'hypnose.

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

- D'une part, s'agissant du décompte des actes techniques : **inclure 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 :
  - mesure du débit de filtration glomérulaire par test au ioehxol;
  - test endocrinologiques;
  - tests de stimulation hormonaux, titrages de médicaments ;
  - stimulation de l'hypophyse par la thyrolibérine (« test au TRH ») ;
  - hyperglycémie provoquée par voie orale sur 3 heures (HGPO) pour diagnostic et suivi acromégalie ;
  - hyperglycémie insulinique sur cortisol ;
  - test au CRH ou minirin sur ACTH ;
  - test aldostérone-rétine ;
  - test à la métopirone.
- D'autre part, s'agissant du critère lié à la pluridisciplinarité : modalités de comptabilisation des interventions des IDE en cours d'arbitrage.



DIRECTION  
GÉNÉRALE  
DE L'OFFRE  
DE SOINS

## NOUVELLES PROPOSITIONS

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

- Remplacer la notion de polyhandicap qui figurait dans la version initiale par celle de **handicap** ;
- Intégrer explicitement au terrain à risque des prises en charge qui nécessitent un **isolement du patient** et donc de facto une hospitalisation.





### ➤ Concernant la 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.

**Il est proposé que la référence à ces spécialités pharmaceutiques soit explicite dans la nouvelle version du texte.**



### En conséquence :

- Si les produits administrés relèvent de la réserve hospitalière et correspondent à des produits pour lesquels un vecteur de facturation adapté a été mis en place (cf. slide précédente), l'établissement devra justifier, pour la facturation d'un GHS, du respect des critères définis dans la présente instruction (présence du terrain à risque ou du respect des conditions de l'HDJ médicale).
- Pour les autres produits de la RH (sans restriction), leur administration continuera à générer la production d'un GHS

*Il convient toutefois de noter que les travaux doivent se poursuivre en 2018 pour voir dans quelle mesure et sous quelles conditions d'autres produits de la RH peuvent être à terme concernés par ces vecteurs ou par la création de nouveaux vecteurs de financement de ce type (selon les problématiques de niveau de tarification et de coûts des molécules).*

	Instruction frontière 2010	Projet d'instruction frontière 2017
Champ d'application de l'instruction	<p>Ne pouvaient faire l'objet d'HDJ les prises en charges suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Consultations multidisciplinaires prises en charge au titre des MIG ;</li> <li>- Séances d'éducation thérapeutique.</li> </ul>	<p><b>Mention supprimée</b> dans l'actuel projet</p>
	<p>A l'inverse, pouvaient faire l'objet d'HDJ sans respect des critères frontières :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances au sens du PMSI ;</li> <li>- Hospitalisation écourtées (décès ou sortie contre avis médical) ;</li> <li>- Prise en charge en UHCD</li> </ul>	<p>Pourront faire l'objet d'HDJ sans respect des critères frontières :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Séances au sens du PMSI ;</li> <li>- Hospitalisation écourtées (décès ou sortie contre avis médical) ;</li> <li>- Prise en charge urgente, avec ou sans passage en UHCD ;</li> <li>- <b>Séjours codés en soins palliatifs ;</b></li> <li>- <b>l'admission de mineurs pour suspicion de maltraitance.</b></li> </ul>

	Instruction frontière 2010	Projet d'instruction frontière 2017
1 <sup>er</sup> type d'HDJ	<p>Pour facturer une HDJ au nom de ce critère, références :</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- aux actes avec code activité 4 réalisés sous AG/ ALR ;</li><li>- aux actes avec code activité 4 réalisés sans AG / ALR mais nécessitant la proximité d'un anesthésiste, ou encore un milieu stérile ;</li><li>- aux actes sans code activité 4 mais réalisés sous AG / ALR</li></ul>	<p><b>Reprise de ces références <u>avec un élargissement</u> :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- <b>aux actes non nomenclaturés (sous réserve d'un rescrit) ;</b></li><li>- <b>aux actes hors AG/ALR, sans code 4 mais réalisés dans des conditions strictes d'aseptie.</b></li></ul>

	Instruction frontière 2010	Projet d'instruction frontière 2017
2 <sup>ème</sup> type d'HDJ (prise en charge pluripro)	<p>Réalisation de plusieurs examens (à l'exclusion des examens biologiques) réalisés par des professionnels de santé médicaux et paramédicaux différents, sur des plateaux techniques hospitaliers, avec une synthèse diagnostique ou thérapeutique au moins provisoire réalisée par un médecin.</p> <p>En cas de contrôles :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe composée de <b>3 professionnels</b> dont 1 médecin. IDE comptabilisé selon le type d'acte réalisé ;</li> <li>- Utilisation de <b>2 PT</b> (avec adjonction de critères supplémentaires : PT situés hors unité d'hospitalisation du patient par ex, interventions de nature différente d'un même professionnel comptabilisées une seule fois...)</li> </ul> <p>Aucune comptabilisation des actes de biologie;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Synthèse médicale.</li> </ul>	<p>Prise en charge durant laquelle :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervention de <b>3 professionnels de santé, y compris socio-éducatifs</b>, dont 1 professionnel médical ;</li> <li>- Réalisation de <b>2 actes différents</b> (CCAM ou NGAP) hors actes infirmiers et actes de bio (sauf actes de bio complexe)</li> <li>- si un acte n'est pas nomenclaturé, possibilité de décompte si rescrit ;</li> <li>- Réalisation d'un compte rendu d'hospitalisation ou lettre de liaison (Possibilité de fournir un document intermédiaire à chaque venue en cas d'HDJ itératives)</li> </ul>

	Instruction frontière 2010	Projet d'instruction frontière 2017
<b>3<sup>ème</sup> type HDJ (terrain à risque)</b>	<p>Etat 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.</p>	<p>Prise en charge justifiant de prendre des précautions particulières lors de la réalisation de certains examens, ou la délivrance de certains soins. Il y a donc une utilisation de moyens supplémentaires (techniques ou humains) pour réaliser la prise en charge prévue du fait de l'état de santé du patient.</p> <p><b>Sont notamment visés :</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- les situations d'handicap, d'état grabataire ou de pathologies psychiatriques pour lesquelles doivent être prises en compte la nature de la dépendance du handicap ;</li><li>- les difficultés de coopération du patient ou son incapacité à s'exprimer sont des situations mobilisant des moyens supplémentaires ;</li><li>- les prises en charge de moins d'une journée de patients atteints de maladies infectieuses pour lesquelles les recommandations prescrivent l'isolement.</li></ul>

- Une volonté de clarifier l'instruction d'origine en **conservant l'esprit initial et sans durcir les règles de facturation d'un HDJ** ; avec pour objectif de **sécuriser les établissements dans leurs pratiques et la place de l'HDJ dans l'offre de soins** dans un contexte où de nombreuses prises en charge font l'objet d'interprétations hétérogènes lors des contrôles T2A ;
- Une prise en charge en HDJ non remise en cause par les critères de l'ancienne circulaire ne le sera pas plus avec la rédaction de la nouvelle circulaire ; de la même façon, une prise en charge indûment codée précédemment en HDJ peut demeurer non légitime avec la nouvelle rédaction.
- A contrario certaines prises en charges antérieurement déclassés seront demain légitimés à travers l'élargissement de quelques critères (cf. terrain à risque)
- Cette clarification rédactionnelle rend plus limitée la marge d'interprétation, ce qui était bien la demande des cliniciens, médecins DIM, directeurs et des médecins contrôleurs de l'AM.