



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Éditorial

Gradation des prises en charge ambulatoires : comment se saisir des nouvelles règles de facturation dans nos hôpitaux de jour de rhumatologie ?



INFO ARTICLE

Mots clés :
Rhumatologie
Ambulatoire
GHS
Facturation
Organisation

1. Introduction

Attendue depuis plusieurs mois, la nouvelle gradation des prises en charge ambulatoires est désormais détaillée dans un arrêté paru au *Journal Officiel* le 29 février 2020 [1]. Avec ce texte, le ministère entend clarifier et préciser les conditions de facturation à l'Assurance Maladie, par les établissements de santé, des prises en charge ambulatoires (hôpital de jour (HDJ) et actes et consultations externes (ACE) notamment). Nous avons montré dans un précédent article [2] les difficultés auxquelles étaient confrontés les hôpitaux de jour de rhumatologie face aux ambiguïtés d'interprétation des précédents textes en vigueur [3–5], responsables d'une hétérogénéité dans leur application et d'une insécurité financière pour les établissements. Cet éditorial vient apporter un éclairage sur les principaux éléments apportés par ce nouveau texte. Nous y proposons des éléments de méthode pour une mise en œuvre facilitée dans les HDJ de rhumatologie. Avec un possible levé du moratoire sur les contrôles par l'Assurance maladie, il est important que les services se saisissent correctement de ces nouvelles règles.

2. L'arrêté du 28 février 2020 : une nouvelle gradation plus adaptée à la prise en charge de la maladie chronique

Le précédent arrêté du 19 février 2015 [4] n'avait pas permis d'établir une frontière nette entre la facturation en HDJ et en externe. Des prises en charge médicales complexes, telles que des bilans de comorbidités en rhumatologie, étaient parfois difficiles à justifier en HDJ (nombre d'intervenants, nombre d'actes, plateaux techniques...) et non équilibrés financièrement en externe.

Si l'arrêté du 2 mai 2017 [5] avait ensuite tenté d'apporter quelques améliorations ; principalement par la création d'un Forfait de Prestation Intermédiaire (FPI) dans le champ de la facturation externe ; force est de constater qu'il a été peu mis en œuvre dans les services de rhumatologie, principalement du fait de difficultés

organisationnelles (circuit du patient entre les différents intervenants) et du manque de portage institutionnel [6].

Ainsi, l'arrêté du 28 février 2020 [1] vise principalement deux objectifs : clarifier les règles de facturation des prises en charge ambulatoires (l'activité externe, les prestations hospitalières sans hospitalisation, l'hospitalisation de jour), et généraliser l'accès à la facturation d'un niveau de soins intermédiaire entre l'activité externe et l'hospitalisation de jour. Les conditions justifiant la facturation en hospitalisation avec un tarif plein sont clarifiées et simplifiées (article 8 de l'arrêté). Concernant les prestations intermédiaires, le forfait FPI est supprimé : cette activité est désormais intégrée au champ de facturation en hospitalisation avec un tarif minoré (dit GHS intermédiaire), dont le périmètre est élargi. Nous ne reviendrons pas sur la facturation de l'activité externe, peu modifiée.

Le **Tableau 1** résume ainsi les nouvelles conditions de facturation décrites dans l'arrêté. Nous allons parcourir les principales situations rencontrées en rhumatologie, sans prétendre reprendre l'intégralité des situations présentées dans l'arrêté.

2.1. Les prises en charge pour administration d'un traitement

Les séances au sens du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) sont maintenues en HDJ tarif plein sans autres conditions. C'est le cas notamment des séances d'injections de biothérapies intraveineuses à partir du moment où ces prestations ne sont pas réalisables sous forme de soins externes (article D6124-301-1 du Code de la Santé Publique).

L'administration d'une molécule issue de la réserve hospitalière relève désormais clairement d'une facturation en HDJ à tarif plein.

Hormis ces cas, la venue pour administration d'un traitement peut justifier d'une hospitalisation à tarif plein si elle nécessite des conditions de surveillance particulières (qui peuvent être décrites dans la fiche RCP du médicament), ou lorsque le patient présente un contexte particulier. L'accent est alors mis sur la majoration des efforts de soin imposés par l'état de fragilité ou le terrain à risque, que d'autres patients n'auraient pas requis pour une même prise en charge.

2.2. Les prises en charge pluriprofessionnelles : réalisées en hospitalisation, avec 2 échelles de tarifs

Le GHS d'HDJ à tarif plein perdure, mais cette fois le nombre d'interventions à justifier est clairement défini et semble plus

Tableau 1

Résumé des conditions de facturation décrites dans l'arrêté du 28 février 2020 [1] (non exhaustif, se référer au texte source pour tous les détails).

Conditions générales à respecter pour toute prise en charge en hospitalisation de jour	Structure d'accueil	Admission du patient dans une structure d'hospitalisation à temps partiel individualisée (article D. 6124-301-1 du code de la santé publique (CSP)) et utilisation de ses moyens en locaux, matériel et personnel
Coordination de la prise en charge		À noter que, « de manière dérogatoire, et pour des raisons tenant à l'organisation de la prise en charge », le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité Assurée par un professionnel médical Rédaction d'un document de synthèse médicale contenant les éléments de la lettre de liaison (article R. 1112-1-2 CSP)
Modalités de prise en charge et de interventions auprès du patient		tarification (tarif plein ou tarif minoré) > 4 interventions : GHS tarif plein
Cas particuliers GHS tarif plein		Nature des interventions : actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et/ou interventions de professionnels médicaux, paramédicaux ou socio-éducatifs Surveillance particulière Ou Contexte patient particulier (cf) Ou Administration de produits de la réserve hospitalière (RH) (R.5121-82 CSP)
Précisions « contexte patient particulier » (GHS tarif plein)		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 Les informations attestant de la majoration des efforts de soin imposée par le contexte patient doivent figurer dans le dossier du patient

3 interventions :
GHS tarif minoré

GHS : groupe homogène de séjour. CSP : code de la santé publique.

souple : au moins 4 interventions, que ce soient des interventions techniques ou des interventions intellectuelles. La notion de plateaux techniques disparaît. Le grand changement est l'ouverture aux professionnels socio-éducatifs, alors qu'on était auparavant limité aux professionnels médicaux et paramédicaux. Avec 3 interventions, la prise en charge relève toujours d'une hospitalisation, mais avec un tarif minoré. L'activité auparavant facturée en FPI entre désormais dans ce cadre.

En rhumatologie on peut évoquer les bilans de comorbidités : ces situations vont désormais trouver des conditions de réalisation plus claires et plus simples. Citons également le cas de la 1^{re} injection de biothérapie sous-cutanée, pour laquelle la HAS recommande une « structure de soins adaptée » [7], ce qui était jusqu'à présent difficile à traduire en termes de vecteurs de facturation. Désormais on pourra facturer l'injection en tarif minoré en la couplant avec, par exemple, un entretien pharmaceutique réalisé par un pharmacien, et la consultation avec le rhumatologue.

Les conditions liées à une surveillance particulière ou un contexte patient peuvent également s'appliquer à ces prises en charge et permettre une facturation en hospitalisation à tarif plein.

Ce nouveau texte plus souple, rend la situation plus confortable pour les équipes de soins en rhumatologie. Ceci devrait prochainement être renforcé par un dispositif de « rescrit » pour répondre aux questions qui subsisteront. Ce dispositif national, créé sous l'autorité du Ministère de la santé, permettra à tout établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière, d'obtenir une prise de position de l'Etat, sur les règles de facturation applicables [8]. Cette décision deviendrait opposable dans le cadre des contrôles externes de la tarification à l'activité et permettrait ainsi de prévenir l'hétérogénéité constatée entre les HDJ de rhumatologie sur le territoire.

Le maintien d'un gradient de prises en charge, des plus lourdes ou plus légères, permet de mieux s'adapter au patient. La place reconnue des professionnels paramédicaux et socio-éducatifs, avec ou sans nomenclature (pharmacien pour les entretiens pharmaceutiques, assistantes sociales, psychologues etc.) représente une opportunité de mieux entourer le patient atteint de maladie chronique et de favoriser la prévention avec un bilan hospitalier ponctuel. En rhumatologie, cela va permettre de structurer certaines prises en charge qui ne le sont pas assez actuellement,

comme la pathologie rachidienne ou l'ostéoporose, avec la création de filières particulières (intervention de diététiciennes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, enseignants en Activité Physique Adaptée (APA)).

3. Les éléments à anticiper pour la mise en application des nouvelles règles dans nos hôpitaux de jour de rhumatologie

La plus grande souplesse dans l'application du texte ouvre ainsi la possibilité de facturer une variété de prises en charge en HDJ. Néanmoins plusieurs éléments vont naturellement limiter certaines volontés.

Le premier est le nombre limité de places en HDJ. En effet, par rapport au FPI qui n'imposait pas de structure d'accueil particulière, le nouveau GHS intermédiaire implique que le patient soit admis « dans une structure d'hospitalisation à temps partiel individualisée (article D. 6124-301 du CSP) ». Cette perte de souplesse du lieu pourra dans certains cas être un frein. Même si le texte prévoit qu'en situation de tension d'autres structures d'hospitalisation puissent prendre le relais, certains HDJ de rhumatologie seront contraints d'augmenter leur nombre de lits (transformations de locaux auparavant dédiés aux consultations externes par exemple).

Dans les HDJ non mutualisés, il faudra veiller à la disponibilité des professionnels intervenants auprès du patient, pour lesquels les effectifs sont plus réduits. Pour les HDJ mutualisés, la difficulté sera de gérer la coordination des plannings de salles et personnels entre les différentes spécialités mutualisées (création de nouveaux métiers à l'image des bed managers évoqués récemment par l'ancienne Ministre de la santé [9]?).

Enfin, le dernier élément à considérer est l'équilibre économique ; même si cet aspect est moins du ressort des chefs de service de rhumatologie que des médecins du Département information médicale (DIM) et des Directeurs administratifs et financiers (DAF). Le GHS d'HDJ (plein ou intermédiaire) est intéressant pour valoriser les actes intellectuels, mais dès lors que des actes techniques s'ajoutent, il devient nécessaire d'estimer le coût en regard de la recette attendue. Toutes les prises en charge ne seront pas « équilibrées » financièrement, et un dialogue est à engager le plus en amont possible avec le médecin DIM afin de balayer toutes les prises en charge et évaluer les possibilités de facturation. Pour les prises en

charge à 3 interventions, et celles qui combinent des actes lourds, il paraît pertinent d'engager un travail de « micro-costing » afin d'évaluer les frais engagés lors de cette prise en charge, à mettre en regard des recettes générées. Nous vous proposons un exemple de document qui facilite ce travail préalable entre DIM et service (Annexe A, Document S1).

Après avoir typé tous les parcours et vérifié la viabilité financière, il faudra mettre en place le recueil des nouvelles variables, que ce soit par les médecins (dans le cas d'un codage dans le service, c'est-à-dire décentralisé) ou par les équipes DIM (codage centralisé, à partir des dossiers patients). La qualité du recueil et de la traçabilité des informations est désormais essentielle. Le rôle des équipes soignantes à ce sujet est un enjeu immédiat pour la sécurisation de ces nouveaux types de séjours hospitaliers.

Par la suite, on peut envisager que dans le cadre des bilans de pôles, l'appréciation du nombre de GHS induits par des interventions de professionnels socio-éducatifs ou paramédicaux (par exemple ergothérapeutes, diététiciennes, kinésithérapeutes, psychologues, enseignants en APA), puissent encourager le recrutement de ces professionnels, souvent insuffisamment nombreux dans les hôpitaux pour répondre aux besoins.

4. Conclusion

L'arrêté du 28 février 2020 permet un cadre désormais plus souple et plus clair pour la facturation des prises en charge ambulatoires. Il offre ainsi une belle opportunité aux HDJ de rhumatologie de pouvoir adapter leurs prises en charge aux besoins du patient. Ces nouvelles règles doivent néanmoins être précisées dans une future instruction actuellement soumise à concertation. Celle-ci, ajoutée au dispositif de rescrit, permettra aux services de soins d'établir leurs prises en charge avec une certaine sécurité financière.

Cette démarche s'inscrit bien sûr dans un continuum de soins plus large, qui intègre la ville, et pour lequel l'hôpital doit rester une solution de recours. Pour la plupart des filières de prises en charge (ostéoporose, rhumatismes inflammatoires chroniques, pathologie rachidienne etc.) la collaboration avec les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) est essentielle, avec des évaluations lors de consultations avancées et, si besoin, une orientation vers la structure hospitalière qui a les plateaux techniques pour réaliser les bilans nécessaires. Ce schéma répond au souci de gradation des soins et de prévention de l'épisode aigu (prévention des fractures dans l'ostéoporose par exemple), en cohérence avec les intentions du plan Ma santé 2022 [10] proposé par le Ministère. Si l'on va encore plus loin, cette démarche est à mettre en parallèle avec le récent forfait pathologies chroniques pour la maladie rénale, qui vise à retarder la mise sous dialyse. Ce type de financement serait encore une évolution possible en rhumatologie.

Déclaration de liens d'intérêts

A.E : a reçu des honoraires de CHUGAI PHARMA France.
S.L : a reçu des honoraires de CHUGAI PHARMA France.
A.M : a reçu des honoraires de CHUGAI PHARMA France.
P.G : a reçu des honoraires de ROCHE France et CHUGAI PHARMA France.

Annexe A. Matériel complémentaire

Le matériel complémentaire (Document S1) accompagnant la version en ligne de cet article est disponible sur <https://doi.org/10.1016/j.rhum.2020.07.002>.

Références

- [1] Arrêté du 28 février 2020 modifiant l'arrêté du 19 février 2015 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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Legifrance; 2020 [en ligne, consulté le 22 mars 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000041661407&categorieLien=id>].
- [2] Gaudin P, Lassoued S, Giraud I, et al. Regards croisés sur le devenir des hôpitaux de jour de rhumatologie. *Rev Rhum* 2019;86:464–70 [en ligne, consulté le 6 mai 2020, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1169833019301164>].
- [3] Instruction DGOS/R no 2010-201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD); 2010 [en ligne, consulté le 21 février 2020, https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2010/10-07/ste.20100007_0100_0136.pdf].
- [4] Arrêté du 19 février 2015 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. Legifrance; 2015 [en ligne, consulté le 21 février 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000030281198>].
- [5] Arrêté du 2 mai 2017 modifiant l'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, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. Legifrance; 2017 [en ligne, consulté le 21 février 2020, <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034580321&categorieLien=id>].
- [6] Fédération hospitalière de France. Panorama de presse; 2017 [en ligne, consulté le 21 février 2020, <https://fhf-bfc.com/wp-content/uploads/2017/04/Panorama-de-presse-HD>].pdf].
- [7] HAS. Avis de la commission de la transparence du 22 juin 2016 pour la spécialité Orenzia®. [Consulté le 21 février 2020]. Repéré à https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2047018/fr/orenzia.
- [8] ATIH. Notice technique no ATIH-722-1-2020 campagne tarifaire et budgétaire 2020: nouveautés PMSI–Champs MCO, HAD, SSR et psychiatrie; 2019 [en ligne, consulté le 11 juin 2020, https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3697/notice_technique_atih-722-1-2020_nouveautes_pmsi_2020.pdf].
- [9] Ehkirch V. « Bed Manager » ce métier qu'Agnès Buzyn veut généraliser. *L'Express*; 2019 [en ligne, consulté le 21 février 2020, https://www.lexpress.fr/actualite/societe/bed-manager-ce-metier-qu-agnes-buzyn-veut-generaliser_2096640.html].
- [10] Ministère des solidarités et de la santé. Ma santé 2022 : un engagement collectif; 2018 [en ligne, consulté le 21 février 2020, <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/masante2022/>].

Arnaud Étienne^a

Slim Lassoued^b

Agnès Monnier^c

Philippe Gaudin^{d,*}

^a Service des études et applications de l'information médicale, directeur médical du pôle de santé publique, groupe hospitalier de la région Mulhouse et Sud-Alsace, 68100 Mulhouse, France

^b Service de rhumatologie, centre hospitalier de Cahors, 46000 Cahors, France

^c Service de rhumatologie, centre hospitalier de la Côte-Basque, 64100 Bayonne, France

^d Service de rhumatologie, GREPI-UGA EA7408, centre hospitalier universitaire Grenoble Alpes, hôpital Sud, avenue de Kimberley, 38130 Échirolles, France

* Corresponding author.

Adresses e-mail : pgaudin@chu-grenoble.fr, Philippe.Gaudin@univ-grenoble-alpes.fr

(P. Gaudin)

Accepté le 3 juillet 2020

Disponible sur Internet le 30 juillet 2020