

Médecine ambulatoire

Instruction « frontière 2020 » : gradation des prises en charge ambulatoires

CME 1^{er} juin 2021

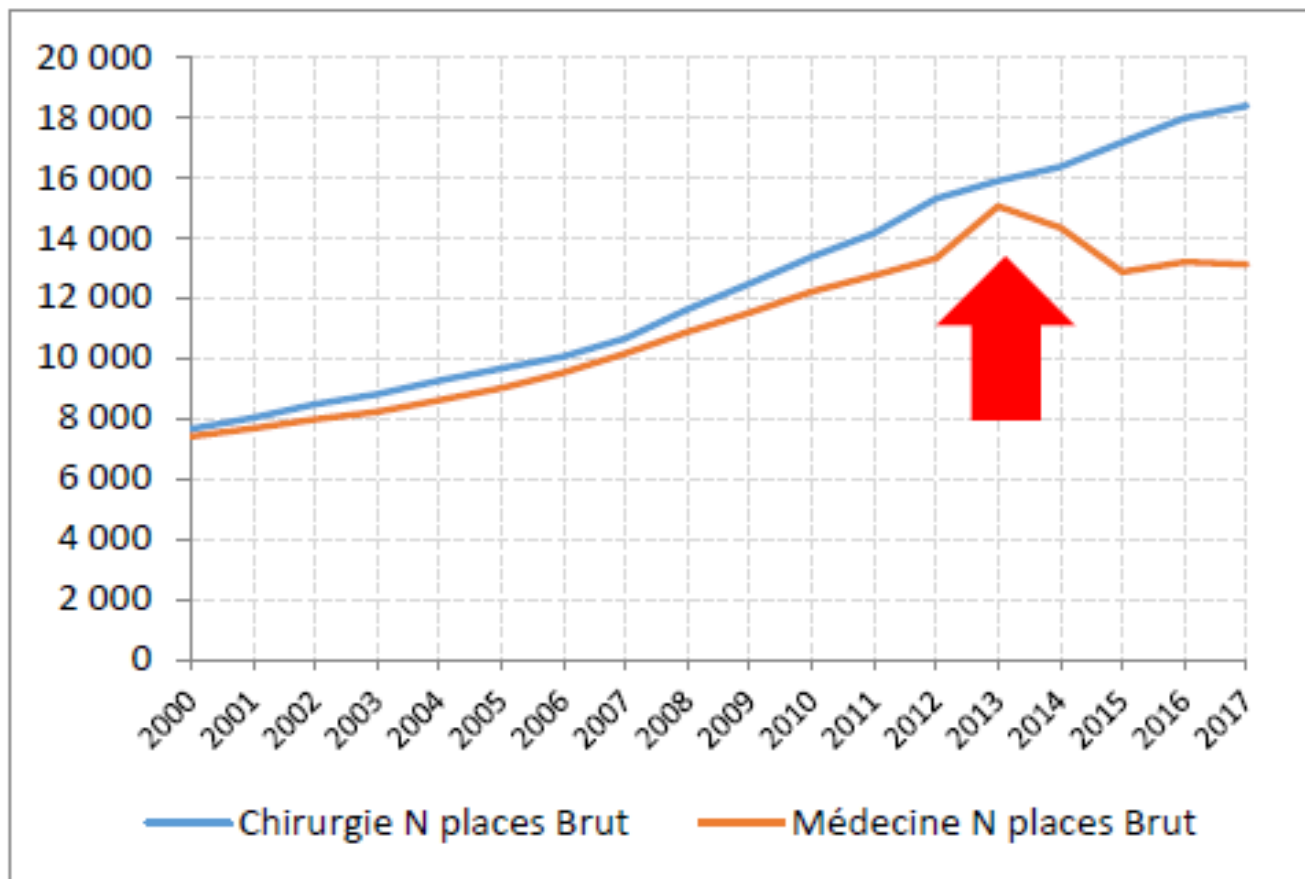
Prise en charge ambulatoire en médecine : groupe de travail du plan de transformation

Un groupe de travail associant les collégiales

- **Bruno FAUTREL**,
coordonnateur du groupe de travail
 - ▶ Sorbonne Université-APHP,
rhumatologie, Pitié-Salpêtrière
- **Sophie de CHAMBINE**
 - ▶ APHP, DOMU
- **Mélody MARTIN, Virginie GARNIER**
 - ▶ APHP, DPT

COLLEGIALE	PRESIDENT	REPRESENTANT
CARDIOLOGIE	Pr Antoine LEENHARDT (BCH) Pr Damien LOGEART (LRB)	Michel SLAMA (BCH) Nicolas MANSENCAL (APR)
DERMATOLOGIE	Pr Selim ARACTINGI (CCH)	Nicolas DUPIN (CCH)
ENDOCRINOLOGIE	Pr M-Laure RAFFIN SANSON (APR)	Marie-Laure RAFFIN SANSON (APR)
GERIATRIE	Pr Laurent TEILLET (SPR)	Matthieu PICCOLI (BRC)
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE	Pr Aurélien AMIOT (HMN)	Philippe SEKSİK - Gastro-entérologie (SAT) (Dr Bourrier, remplace Ph. Seksik en cas de besoin) Nelson LOURENCO - Oncologie digestive (SLS) Rodolphe SOBESKY - Hépatologie (PBR)
INFECTIOLOGIE	Pr Jean-Michel MOLINA (SLS)	Karine LACOMBE (SAT) Sophie MATHERON (BCH)
IMMUNOLOGIE CLINIQUE	Pr François BOUE (ABC)	Renato FIOR (ABC)
MEDECINE DE LA BIOLOGIE DU DEVELOPPEMENT DE LA REPRODUCTION ET GYNECOLOGIE MEDICALE	Pr Geneviève PLU-BUREAU (CCH)	Justine HUGON-RODIN (CCH)
MEDECINE INTERNE	Pr Olivier BENVENISTE (PSL)	Brigitte RANQUE (HEGP)
NEPHROLOGIE	Pr Marie-Noëlle PERALDI (SLS)	Pas de réponse
NEUROLOGIE	Pr Marie VIDAILHET (PSL)	Florence CORMIER-DEQUAIRE (PSL)
NUTRITION	Pr Sébastien CZERNICHOW (EGP)	Sebastien CZERNICHOW (HEGP) Francisca JOLY (BJN)
PHYSIOLOGIE	Pr Nathalie KUBIS (LRB)	Nathalie KUBIS (LRB)
PNEUMOLOGIE	Pr Dominique ISRAEL-BIET (EGP)	Dominique ISRAEL-BIET (EGP) Armelle LAVOLE(TNN)
RADIOLOGIE	Hubert DUCOU LE POINTE (TRS)	Hubert DUCOU LE POINTE (TRS)
RHUMATOLOGIE	Pr Xavier MARIETTE	Maxime DOUGADOS (CCH)
URGENCES	Pr Dominique PATERON (SAT)	Sonja CURAC (BJN)

Développement de l'ambulatoire cassé en 2013



HDJ à différents temps du parcours de soins

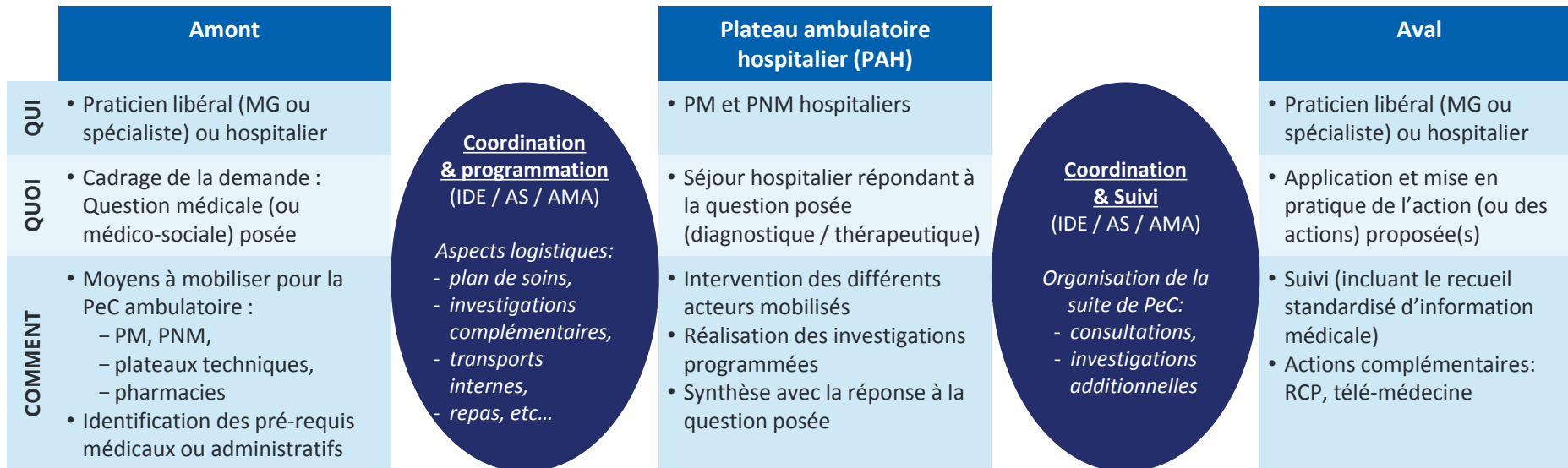
- **Diagnostic, intégrant l'annonce de la maladie et son bilan initial, dont l'objectif est de :**
 - ▶ disposer d'un temps long pour expliquer la maladie
 - ▶ déterminer son extension et ses conséquences potentielles
 - ▶ d'identifier et évaluer les comorbidités
 - ▶ définir le plan de soins et suivi

- **Réévaluation / calage de la PeC lors d'une poussée de la maladie, correspondant à l'amorçage d'une nouvelle stratégie de PeC :**
 - ▶ faire une nouvelle évaluation de la maladie et de ses conséquences
 - ▶ expliquer les bénéfices et les risques potentiels d'une nouvelle séquence thérapeutique
 - ▶ délivrer des séances d'ETP de renforcement.

- **Thérapeutique :**
 - ▶ acte thérapeutique nécessitant une plateau technique spécifique
 - ▶ prise en charge pluri-professionnelle

- **Évaluation systématique et standardisée de comorbidités, dont les objectifs sont de :**
 - ▶ actions de santé préventive
 - ▶ gérer de façon personnalisée et pluridisciplinaires les comorbidités identifiées.

Organisation des services



En synthèse

- **Ambulatoire médical peut être décrit en 4 grands types de prise en charge**
- **Rôle central de la personne de coordination**
- **Valorisation améliorée par la « nouvelle circulaire frontière »**
- **Point d'attention**
 - ▶ Locaux : intégrer l'accueil des étudiants

Instruction « frontière 2020 »

□ Conditions de facturation d'un GHS d'hospitalisation de jour :

□ Condition 1 - **une admission**

- *Structure d'hospitalisation à temps partiel (D. 6121-301-1)*
- *Mais pour des raisons tenant à l'organisation des services, notamment s'agissant des prises en charges coordonnées, le patient peut être hospitalisé au sein d'une autre unité que la structure d'HDJ*

□ Condition 2 - **une prise en charge caractérisée par :**

- *2.a Soit la réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale - **GHS taux plein***
- *2.b Soit la réalisation d'un acte « classant » au sens de la classification GHM - **GHS taux plein***
- *2.c Soit la réalisation d'au moins 3 « interventions » - **GHS taux plein ou minoré selon situations***
- *2.d Soit l'existence d'un « contexte patient » ou « surveillance particulière » - **GHS taux plein***
- *2.e Soit l'administration d'un produit de la réserve hospitalière - **GHS taux plein***

□ Conditions 3 - **une prise en charge coordonnée par un professionnel médical**

- *Réalisation d'une synthèse*
- *Professionnel médical = médecin, dentiste, sage-femme*

❑ **2.a Réalisation d'une anesthésie générale ou locorégionale**

❑ **2.b Réalisation d'un acte « classant » au sens de la classification GHM**

- *Permet d'inclure les activités de radiologie interventionnelle*
- *Hors acte relevant d'un forfait SE et pratiqué de façon isolée*

❑ **2.c « interventions » :**

➤ *Une intervention = un acte CCAM ou un intervenant*

➤ *Le GHS appliqué est fonction du nombre d'interventions :*

- *4 interventions ou plus = GHS taux plein*
- *3 interventions = GHS intermédiaire*
- *Moins de 3 interventions = Facturation externe*

☐ Focus 2.c : interventions

☐ *Actes CCAM, tous sauf :*

- *ECG 12 dérivations (DEQP003)*
- *Actes non facturables à l'assurance maladie*
- *Actes réalisés hors indications CCAM*

Rappel : les actes de biologie et actes non inscrits CCAM ne sont pas pris en compte

☐ **Intervenants**

- ☐ **Nécessite une intervention directe auprès du patient**
 - **Exception pour la télé-médecine ou télé-expertise**

- ☐ **Sont concernés :**

- **Intervenants médicaux (si plusieurs, doivent être de spécialités différentes)**
- **Intervenants paramédicaux ou socio-éducatifs :**
Infirmiers, assistante sociale, psychologue, diététicienne, éducateur sportif, etc.

À noter : les interventions collectives sont comptabilisées pour chaque patient

❑ 2.d, 2.e Surveillance particulière, contexte patient, produit RH

❑ *Donnent droit à un GHS taux plein*

➤ Administration d'un produit de la RH (Réserve Hospitalière)

➤ Nécessité d'une surveillance particulière

▪ *Temps de surveillance ou réalisation plus important*

▪ *Conditions d'asepsie spécifiques (environnement de type bloc ou interventionnel)*

➤ Contexte patient

▪ *Mise en œuvre de précautions ou moyens particuliers adaptés au patient du fait de son état*

Exemples :

- *Sédation nécessitant une surveillance (IRM chez patient non coopératif)*
- *Évaluation neuro-pédiatrique chez un prématuré fragile et fatigable*

Dans tous les cas, une traçabilité dans le dossier patient est attendue lors des contrôles T2A

☐ Ce qui change :

AVANT	APRES
<p>Critères éligibilité GHS : Multidisciplinarité Surveillance/Contexte patient</p> <p>Forfaits prestation intermédiaire (FPI)</p>	<p>Critères éligibilité GHS : Nombre d'interventions Surveillance/Contexte patient</p> <p>GHS minorés</p> <p>Rescrit tarifaire : Saisine DGOS/AM : donne un avis sur le type de tarification pour des activités laissées hors du champ de l'instruction frontière</p>

■ Enjeu de programmation souligné par le rapport de B. Fautrel

- ▶ Espaces et circuits bien identifiés et balisés ;
- ▶ Accès aux plateaux techniques ;
- ▶ Optimisation de nos outils de programmation.

■ S'appuyer sur les perspectives offertes par l'instruction frontière 2020

- ▶ Repositionnement d'actes externes en HDJ si pertinent

■ Partage des bonnes pratiques et accompagnement

- ▶ Réactivation du club médecine ambulatoire débuté avant crise, avec un enjeu de cartographie des démarches ambulatoires et de partage des bonnes pratiques et de contenus
- ▶ Possibilités d'accompagnement sur site pour optimiser les organisations, coordonner les interventions