

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement
du système de soins

Mission de la coordination
et de la gestion du risque maladie

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation
de l'offre de soins

Bureau de la synthèse
organisationnelle et financière

Instruction DGOS/R1/DSS/MCGR n° 2014-105 du 10 avril 2014 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2014

NOR : AFSH1408496J

Validée par le CNP le 4 avril 2014. – Visa CNP 2014-58.

Catégorie : directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application.

Résumé : cette instruction a pour objet de présenter les activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2014.

Mots-clés : contrôle T2A – ARS.

Annexe : priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2014.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution).

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité.

Il s'agit d'un contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation, qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients.

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées chaque année, notamment à partir des activités pour lesquelles il est constaté des comportements déviants repérés à partir des atypies et anomalies de codage.

Les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2014 ont été retenues à partir des atypies repérées lors des exercices précédents. Elles ont été présentées lors de la séance du conseil de l'hospitalisation du 21 mars 2014.

Les thèmes, qui sont détaillés en annexe, sont les suivants :

- Les séjours avec comorbidités ;
- Les activités non prises en charge par l'assurance maladie ;
- Le codage du diagnostic principal ;
- Les actes et consultations externes facturés en hôpital de jour ;
- Les prestations inter-établissements ;
- Les séjours « contigus » ;

- LAMDA dans les établissements ex-DG ;
- Le contrôle des structures HAD.

Cette stratégie générale nationale est à adapter pour chaque région en fonction des résultats des campagnes de contrôles précédentes et, selon l'existence de :

- sanctions financières antérieures ;
- modifications du codage et/ou de la facturation des établissements décidées au niveau réglementaire.

A votre échelon, pour une mise en œuvre optimale du contrôle, il vous est demandé de :

- cibler les établissements les plus atypiques ;
- cibler les établissements n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle externe ;
- limiter le nombre de champs sanctionnables aux champs et prestations en atypies les plus extrêmes.

Par ailleurs, il doit être rappelé que tout nouveau contrôle externe réalisé dans un Établissement de santé et pouvant aboutir à des sanctions ne doit être engagé que dans l'année qui suit la notification des griefs du précédent contrôle.

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

Le directeur de la sécurité sociale,
T. FATOME

*Le secrétaire général adjoint,
secrétaire général par intérim
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE

PRIORITÉS NATIONALES DE CONTRÔLES EXTERNES DE LA TARIFICATION À L'ACTIVITÉ POUR L'ANNÉE 2014

1. Les séjours avec comorbidités (CMA)

Les CMA ayant fait l'objet d'une forte progression en 2013 ($\geq 15\%$) correspondent surtout à des prises en charge minimales, voire se limitant, en réalité, à la découverte ou à la mise en évidence, lors d'un examen programmé de façon systématique, des diagnostics suivants: anémie, carence en vitamine D, malnutrition, hypovolémie, trouble cognitif léger, diabète, isolement médical ...

La priorité nationale est de contrôler prioritairement des CMA uniques de niveaux de sévérités 3 et 4:

- sur des séjours de courte durée;
- dont l'absence de prise en charge peut mettre en jeu l'état de santé;
- avec une définition robuste des critères diagnostiques (référentiels HAS ou de sociétés savantes).

2. Les activités non prises en charge par l'assurance maladie

La priorité nationale est de contrôler:

- des essais cliniques de phase I sur le risque maladie;
- les interventions dites « de confort » pour les actes mentionnés comme non remboursables à la CCAM, et plus particulièrement des actes d'esthétiques.

Par ailleurs, tout codage par assimilation d'actes non-inscrits à la CCAM doit faire l'objet d'une remontée nationale auprès des départements compétents de la CNAMTS.

3. Le codage du diagnostic principal

Les règles de codage du diagnostic principal (DP) ont changé avec la mise en place de la V11 de la classification des GHM en 2009, avec notamment:

- la modification de la définition du DP;
- la formalisation des situations cliniques qui permettent le choix du DP;
- des codes imposés dans de nombreuses situations.

Ces règles ne sont pas encore complètement suivies. Dans certaines situations cliniques, le choix du DP ne décrit pas fidèlement la nature de la prise en charge.

Les erreurs sur DP constituent une partie importante des erreurs constatées au cours des contrôles des séjours d'hospitalisation complète et des séjours de 0 jour pour lesquels le principe de l'hospitalisation est retenu.

La priorité nationale est de contrôler plus particulièrement le respect de la règle S1, à savoir les situations d'une prise en charge dite de surveillance négative. Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations de courte durée (environ 5 jours) en vue de réévaluer la situation et/ou modifier le traitement d'une pathologie chronique. Le DP devrait être un code Z du chapitre XX de la CIM10 correspondant au mieux à la prise en charge et non un code de pathologie active.

4. Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour

Le contrôle des actes et consultations externes en hospitalisation de jour reste une priorité nationale majeure.

Pour rappel, les dispositions du 9^o du I de l'article 7 de l'arrêté du 19 février 2009 modifié précisent qu'un GHS d'hôpital de jour ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent (conditions cumulatives):

- « une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D.6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés;

- un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin;
- l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient.»

En conséquence, ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge pouvant habituellement être réalisée dans le cadre des actes et consultations externes.

La priorité nationale est de contrôler :

- les actes inscrits sur la liste des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » de l'annexe 11 de l'arrêté susmentionné, facturés en hôpital de jour chirurgical, dont les transferts d'embryons;
- les venues itératives, hors séances, en hôpital de jour médical :
 - au moins trois venues par mois durant 2 mois consécutifs;
 - hors CMD 19 (psychiatrie), CMD 20 (addictologie) et CMD 27 (greffes).

5. Les prestations inter établissements

Les contrôles menés lors des campagnes antérieures ont montré que certains établissements transgressaient les règles de codage relatives aux modes d'entrée et de sortie, notamment celles relatives aux prestations inter établissement et mutation.

Le guide méthodologique MCO n° 2013-6bis précise que « la prestation de B intervient sans interruption de l'hospitalisation en A, établissement demandeur de la prestation (...). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie car c'est à A que B la facture ».

La priorité nationale est de contrôler les séjours facturés à l'assurance Maladie par les établissements prestataires (établissements B).

6. Les séjours dits « contigus »

Les séjours contigus désignent des hospitalisations successives réalisées pour un même patient au sein d'une même entité juridique, dont la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente.

Pour rappel, les dispositions de l'article 9 de l'arrêté du 19 février 2009 modifié précisent que lorsqu'un patient est réadmis dans un Établissement de santé le même jour que son jour de sortie, le séjour n'est pas interrompu et un seul GHS peut être facturé.

Cette priorité nationale cible deux situations de séjours dits « contigus » :

- pour les CHU multi-sites : la facturation de trois GHS tous différents ou plus de trois GHS par un CHU multi-sites en lieu et place d'un GHS unique de trois ou plus de trois RUM. Le guide méthodologique MCO n° 2013-6bis précise la notion de mutation : « Mutation : Le patient vient d'une autre unité médicale d'hospitalisation ou le patient sort vers une autre unité médicale d'hospitalisation appartenant à la même entité juridique pour les établissements de santé publics ».
- pour tous les autres établissements ex-DG et ex-OQN : la facturation de deux GHS par le même établissement alors que la date de sortie de la première hospitalisation est égale à la date d'entrée de la seconde hospitalisation. Le guide méthodologique MCO n° 2013-6bis précise que « Lorsqu'un patient est réadmis dans un Établissement de santé le même jour que son jour de sortie, les deux séjours sont considérés comme constituant un seul séjour donnant lieu à la production d'un RSS unique ».

7. LAMDA dans les établissements ex-DG

L'outil LAMDA, logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité, mis à disposition par l'ATIH, permet aux établissements ex-DG de transmettre sur la plateforme e-pmsi à année n+ 1 les données d'activité de l'année n non valorisées ou de les modifier si des éléments nouveaux sont intervenus.

Depuis la campagne 2011, il a été constaté que les établissements utilisent l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site.

La priorité nationale a pour objectif de contrôler les valorisations opérées *via* LAMDA, notamment le respect de ses conditions d'utilisation, tels que l'approbation de l'ARS pour toute modification de la base PMSI et la motivation par l'établissement des modifications de ses séjours.

8. Le contrôle des structures HAD

Les contrôles sur site réalisés dans les établissements d'hospitalisation à domicile ont mis à jour des anomalies majeures dans la majorité des séjours contrôlés.

L'analyse des données transmises par les établissements HAD confirme la persistance d'atypies, notamment en matière de séquences HAD, de combinaisons de modes de prise en charge et de diagnostics.

Après élaboration du guide du contrôle externe de la T2A/HAD en concertation avec les fédérations hospitalières en 2012 et sa publication, le contrôle T2A HAD s'est généralisé en 2013.

Comme pour la campagne antérieure, le ciblage des établissements HAD pour la campagne 2014 sera national.