



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES,
DE LA SANTÉ ET DES DROITS DES FEMMES**

Direction générale de l'offre de soins

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

Bureau de la synthèse organisationnelle et financière

Personnes chargées du dossier :

Julie Naudon et Adrien Debever

01.40.56.44.13

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Mission de la coordination et de

la gestion du risque maladie

Personne chargée du dossier :

Marie France Foresti-Mercier

01.40.56.58.69

La ministre des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes,

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour exécution)

INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/MCGR/2015/173 du 19 mai 2015 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2015.

Date d'application : immédiate

NOR: AFSH1511946J

Classement thématique: Etablissements de santé

Validée par le CNP le 24 avril 2015 - Visa CNP 2015-72

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaires.gouv.fr : oui

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 2015.
Mots-clés : Contrôle T2A, ARS.
Annexe : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2015 - Thèmes de contrôle T2A détaillés.
Diffusion : Les établissements sous tutelle doivent être destinataires de cette circulaire selon le dispositif existant au niveau régional.

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 2015 sont issues de déviations repérées lors des campagnes de contrôle précédentes à partir des analyses statistiques des bases PMSI 2014.

Elles ont été présentées lors de la séance du conseil de l'hospitalisation du 27 mars 2015.

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

- ❖ Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ;
- ❖ Le codage du diagnostic principal ;
- ❖ Les séjours avec comorbidités ;
- ❖ Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour ;
- ❖ Les prestations inter établissements ;
- ❖ Les séjours dits « contigus » ;
- ❖ LAMDA dans les établissements ex-DG
- ❖ Le contrôle de 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

signé

Jean DEBEAUPUIS
Directeur général de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Thomas FATOME
directeur de la sécurité sociale

Pour la ministre et par délégation

signé

Pierre RICORDEAU
Secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales

ANNEXE
Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2015

Thèmes de contrôle T2A détaillés

1) Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie

La priorité nationale est de contrôler :

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

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

2) Le codage du diagnostic principal

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 est un code Z du chapitre XX de la CIM10 correspondant au mieux à la prise en charge et non un code de pathologie active.

Sont exclus de ces contrôles, les séjours pour diabète déséquilibré en raison d'une modification de l'algorithme de groupage en 2015.

3) Le codage des comorbidités

Les CMA constituent un enjeu financier fort dans la mesure où elles représentent plus de 50% de la valorisation des RSA contrôlés.

Les CMA en forte progression depuis 2013 sont des pathologies non prises en charge, le plus souvent découvertes sur un examen programmé de façon systématique (anémie, carence en vitamine D, malnutrition, hypovolémie, trouble cognitif léger, ...).

La priorité nationale est de contrôler 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 sociétés savantes).

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

Pour rappel, les dispositions du 9° 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 ;
- 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) ;
 - ✓ hors diabétologie.
 - ✓

5) Les prestations inter établissements

Les transferts < 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, qui n'interrompent pas le séjour du patient.

L'article 9 de l'arrêté du 19 février 2009 modifié dispose ainsi que pour la facturation des GHS, les transferts d'une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour. La seule exception est contenue au dernier alinéa du même article disposant que lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une prestation de séjours ou de soins correspondant à un GHM de la catégorie majeure 28 à l'exception des GHM 28Z14Z (transfusions), 28Z15Z (oxygénothérapie) et 28Z16Z (aphérèses sanguine), chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCO n°2014-6bis 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°2014-6bis 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°2014-6bis 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.

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'ARS l'informant d'un contrôle T2A, un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA sur les séjours concernés par le ciblage.

8) Le contrôle des structures d'HAD

Le pré ciblage des établissements d'HAD faisant l'objet d'un contrôle lors de la campagne 2015 sera national.

Ce pré-ciblage national est établi à partir d'atypies observées grâce aux outils fournis par l'ATIH :

- atypies des séquences ;
- atypies des combinaisons de modes de prises en charge ;
- incompatibilité IFK et mode de prise en charge ;
- tests DATIM HAD.