

## **Note relative à la problématique des contrôles externes régionaux de production des informations médico-administratives dans le cadre de la T2A**

### ***- Position et propositions de la Fédération Hospitalière de France -***

#### **I. Rappel des objectifs du contrôle externe dans le cadre de la T2A**

La tarification à l'activité des champs MCO a débuté en 2004 et HAD en 2005. En MCO, ce modèle de financement repose sur la description de chaque épisode de soins, séjour hospitalier et séance, dans un recueil standardisé, le séjour est ensuite classé dans un groupe homogène de malades (GHM) auquel est associé un tarif « tout compris », le GHS. **Dès lors que le financement repose sur un système déclaratif, le payeur (l'Assurance Maladie) est fondé à vérifier que cette déclaration n'a pas engendré de paiements indus.** En cas de constatation d'indus répétés sur un même champ de contrôle, des sanctions financières peuvent être appliquées.

Le premier guide de contrôle externe de la production des informations médico-administratives des établissements de santé dans le cadre de la T2A est paru le 1<sup>er</sup> octobre 2004. Etaient clairement mentionnées dans ce guide les modalités du contrôle :

« Au vu du dossier médical du patient, le contrôleur extrait les informations pertinentes qui doivent être portées (et codées) sur le résumé de sortie. La conformité du codage des informations portées par l'établissement sur le résumé de sortie est alors vérifiée. Cette conformité est évaluée par rapport : aux règles de production des résumés de sortie ; aux outils de codage des diagnostics et des actes ; aux éléments du dossier médical du patient. »

Ces modalités sont inhérentes aux règles de production des informations médico-administratives en MCO sur lesquelles se fonde le financement. **Mais à ce jour, malgré des demandes récurrentes de la FHF, il n'existe pas d'instance indépendante pouvant assurer un contrôle externe des établissements de santé le plus neutre possible.**

#### **II. Les nouvelles modalités de contrôle proposées par l'Assurance Maladie : de l'expérimentation vers la généralisation dans un nouveau guide du contrôle externe**

Pour différentes raisons, l'Assurance Maladie a décidé de faire évoluer les modalités de contrôle et d'engager une expérimentation. La nouvelle méthode proposée, qui a été travaillée unilatéralement par les services de la CNAMTS présente plusieurs inconvénients :

1. **Elle déporte la charge du travail de lecture de l'ensemble du dossier patient sur le médecin DIM et non plus les médecins contrôleurs de l'Assurance Maladie** en vue de ne sélectionner et donc de ne présenter aux contrôleurs que les pièces justificatives de chaque codage du

résumé de sortie : ainsi ne serait plus vérifiée la conformité du codage par rapport à l'entière du dossier patient qui reste pourtant la seule référence possible

2. **Par là même, en attribuant au médecin DIM, un rôle dans le dispositif de contrôle qui n'entre pas dans ses fonctions, le mettrait en situation de juge et partie...**ce qui ne peut être le cas dans un contrôle externe à l'établissement, qui incombe bien en totalité à l'organisme payeur.

En effet, le médecin DIM de chaque établissement assure une mission de contrôle interne, vérifiée par ailleurs par les commissaires aux comptes lors de procédure de certification.

3. **En s'abstenant dorénavant de vérifier la conformité du codage par rapport au dossier,** l'Assurance Maladie ne considère plus comme obligatoire le fait de prendre en compte le sous-codage c'est-à-dire les diagnostics qui ont été omis d'être codés dans la description du séjour.
4. Toutefois, est prévu **un temps de discussion contradictoire augmenté** voire peut-être la possibilité de prendre en compte, dans le principe, le sous-codage

**En conséquence, ces nouvelles modalités de contrôle permettraient à l'Assurance Maladie d'augmenter sans limite le nombre de dossiers contrôlés puisque le travail n'est plus à la charge des médecins contrôleurs.**

Dès lors, les établissements publics ayant un nombre conséquent de séjours complexes (niveaux 3 et 4 de sévérité), bien plus importants (dans un rapport de 3 à 4) que les établissements privés ou les CLCC, vont voir leurs équipes embolisées par une charge de travail nouvelle, colossale, rendant impossible, au vu des effectifs dans les départements d'information médicale, toute possibilité d'effectuer la globalité des tâches quotidiennes du DIM et encore moins les nouvelles missions qui ont été attribuées au DIM de territoire dans le cadre des GHT.

Une baisse de la qualité du codage est à craindre si le temps dévolu par les médecins DIM à cette activité se trouve réduit engendrant des risques financiers pour les établissements présentant des cas mix complexes, mais aussi pour les analyses épidémiologiques qui peuvent être tirées du PMSI.

Par ailleurs, il est à noter que nombre d'établissements manquent cruellement de médecins DIM (voire n'en disposent plus) et de TIM.

**Enfin, ces nouvelles modalités de contrôle augmentent le risque financier pour l'établissement :** auparavant, l'analyse complète des dossiers permettait de faire valoir d'autres diagnostics associés en remplacement de ceux éventuellement rejetés par les contrôleurs, et ainsi, soit de maintenir le niveau de sévérité, soit même de l'augmenter. Le changement des modalités du contrôle, de fait, ne s'intéressera plus au juste codage d'un séjour qui était auparavant l'esprit du contrôle T2A, mais essentiellement à apporter les éléments de preuve des actes et diagnostics (principaux, reliés et associés) codés. Ce changement de nature du contrôle, souhaité de longue date par l'Assurance Maladie, entraîne un risque financier important pour les établissements de santé, tant sur les indus que mécaniquement, sur les sanctions faisant suite à un contrôle. Evidemment, toutes les catégories d'établissements ne sont pas égales vis-à-vis de ce risque. Les plus visés étant ceux qui ont à faire valoir des activités complexes et qui en ont une charge de preuve complexifiée.

### **III. Position de la FHF et des établissements publics**

Les nouvelles modalités de contrôle expérimentées par la CNAPTS ne sont pas acceptables en l'état. La FHF, en accord avec la FEHAP et UNicancer, propose donc que l'inscription de ces nouvelles modalités dans le nouveau guide du contrôle T2A soit revue et qu'une concertation s'engage afin de :

- **Relancer le groupe de travail sur un guide des contrôles T2A** (interrompu de manière unilatérale par l'AM après que celui-ci lui ait été confié par la DGOS),
- **Engager une réflexion sur la possibilité que les contrôles T2A soient confiés intégralement à une instance neutre** ou à tout le moins qu'il soit mis en place une véritable procédure de recours avec une instance réellement neutre sur les cas de désaccord ainsi que la matérialisation d'une véritable « procédure contradictoire ».
- **Améliorer et rendre plus équitables les contrôles** qui sont absolument nécessaires et non remis en cause par la FHF ; à titre d'exemple et de manière non exhaustive, la FHF propose :
  - La mise en place d'équipes de contrôle composées d'experts médicaux DIM indépendants (notamment d'autres régions) associés à des médecins de l'Assurance Maladie et de santé publique des services de l'état.
  - La création d'une commission de premier recours indépendante des UCR
  - Une commission nationale d'appel composée d'experts indépendants de niveau national.