



Evolution du dispositif des contrôles T2A

Bernard GARRIGUES
Véronique GILLERON
Gabriel NISAND

Aix-en-Provence
Bordeaux
Strasbourg

Collège des DIM de CHU, CNIM, FHF

+ Préambule

2

- Le principe des contrôles externes est indissociable de la T2A
- Le dispositif doit être porteur d'équité, de justice, de rigueur sur les référentiels utilisés, de respect des acteurs et des professionnels de santé
- Le dispositif à la fois incitatif et dissuasif doit rester raisonnable tant sur les modalités pratiques de réalisation que dans ses conséquences financières
- Les dernières campagnes ont mis en évidence les dérives et les imperfections du dispositif.
- Tous les acteurs étaient mécontents de la situation générée

+ Historique

3

- Travail initial Collège des médecins DIM de CHU et CNIM
- Travail des fédérations : position des fédérations assortie d'un plan de communication
 - Plateforme commune de protestation et de 10 puis 17 propositions d'amélioration des fédérations au printemps 2011
 - Communications : conférences, congrès, convention, politiques

Décision DGOS DSS de faire évoluer le dispositif selon **3 axes** de travail qui couvrent la plupart des propositions d'amélioration :

**nouveau décret sanction,
circulaire aux ARS,
nouveau guide des contrôles externes**

- Réunions pilotées DSS avec fédérations DGOS et ATIH
 - Décret, circulaire, méthodologie INSEE, guide méthodologique

+ Travaux 2011

4

- Rédaction et publication décret
 - Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé
 - Entrée en vigueur le 1^{er} octobre 2011
- Rédaction et publication circulaire d'une circulaire aux ARS
 - Circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé
- Réunions en cours sur le nouveau guide méthodologique
 - En cours depuis octobre 2011

+ Avancées liées au décret

5

- Prise en compte des sur-facturations et des sous-facturations
 - « Les caisses ... procèdent, avec l'accord de l'établissement, à la compensation entre les sommes indûment perçues par l'établissement et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations, le cas échéant, constatées à l'occasion du contrôle... »
- Montant maximal sanction
 - « Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon »
 - Renforce le caractère contradictoire de la procédure
 - délai de 30 jours au lieu de 15 pour contester le rapport du contrôle
 - possibilité pour les établissements de présenter leurs observations à la commission de contrôle ⇒ demande à être entendu

+ Avancées liées à la circulaire

6

- Trois mode de calcul des sanctions
 - Choix du plus favorable pour l'établissement
- Gouvernance nationale renforcée intégrant les fédérations, présentant avant chaque campagne le programme de contrôle, les référentiels utilisés
- Prise en compte explicite des sous facturations dans le calcul de l'indu
- Simplification de la procédure de transmission du rapport
- Extension des délais
- Critères de modulation de la sanction (gravité, récidive, ...)

+ Avancées liées au guide

7

- Objectifs du contrôle : recherche de la juste facturation
- Réalisation prenant en compte le temps nécessaire à la concertation
- Prise en compte des périodes estivales
- Délais plus réalistes
- Possibilité d'adaptation pour les hôpitaux multisites
- **Règles de définition d'un champ**
- Possibilités de recours à une expertise médicale
- Diffusion du rapport de contrôle sous format numérique exploitable
- Transparence sur les résultats et rapport annuel diffusé

+ Règles de définition d'un champ

8

- Principe général :
- Un champ de contrôle doit respecter le principe d'une cohérence médicale des séjours contrôlés. Cette cohérence est déterminée par :
- soit une racine de GHM ou une association de racines de GHM, respectant les critères édictés ci-dessous,
- soit une catégorie* de codes CIM10 ou une association de catégories* de codes CIM10 en diagnostic principal, respectant les critères édictés ci-dessous.

+ Règles de définition d'un champ

9

- Critères de sélection :
- Dans le cas d'un champ regroupant plusieurs racines de GHM, le nombre de séjours qu'il comporte ne doit pas dépasser 1% du nombre de séjours produits par l'établissement et 1% de la recette Assurance Maladie de l'établissement. Dans le cas d'un champ limité à une seule racine de GHM, cette limite ne s'applique pas.
- Dans le cas d'une racine de GHM segmentée en 4 niveaux, un champ ne peut pas concerner une partie seulement des niveaux de sévérité; le contrôle doit porter sur les niveaux 1 à 4. Cette règle ne s'applique pas pour les terminaisons en T, J ou Z.

+ Règles de définition d'un champ

10

- Critères de sélection :
- Dans le cas d'un champ regroupant plusieurs catégories* de codes CIM10 de groupes* différents, ces groupes* doivent faire partie du même chapitre*, et le nombre de séjours que comporte ce champ ne doit pas dépasser 1% du nombre de séjours produits par l'établissement et 1% de la recette Assurance Maladie de l'établissement. Dans le cas d'un champ limité à des catégories* de codes CIM10 de même groupe*, cette limite ne s'applique pas.
- Un champ dont l'objet du contrôle concerne le codage des diagnostics associés significatifs (DAS, CMA), les actes CCAM, une autorisation ou une reconnaissance contractuelle d'activité (unités à suppléments...), ou toute autre rubrique ou information du résumé d'unité médicale (RUM), doit respecter les principes et critères ci-dessus.

+ Règles de définition d'un champ

11

- Critères de sélection :
- Tout champ basé sur une sélection qui ne respecte pas les principes et critères ci-dessus n'est pas sanctionnable. En particulier concernant un contrôle sur les niveaux de sévérité hauts, le « préjudice subi » par l'Assurance Maladie sur l'ensemble de la racine du GHM n'est pas certain (les sous-codages sur les niveaux bas pouvant être supérieurs aux sur-codages).
- Les critères médicaux, de codage ou de niveaux d'exigence sur les éléments qui doivent être présents dans le dossier du patient doivent être précisés et formalisés avant le début du contrôle. Ils doivent s'appuyer sur des règles non ambiguës ou des définitions de sociétés savantes connues avant la période concernée par le contrôle.

+ Points en suspens

12

- Définition des champs du contrôle (groupe de travail)
 - Périmètre
 - Cohérence médicale
- Rapport INSEE sur la méthodologie des contrôles
- Prise en compte des actes par la CCAM (groupe de travail)
- Lamda : instruction aux ARS en cours

+ Conclusion - perspectives

13

Les contrôles resteront des contrôles mais :

- Démarche commune positive
- Recherche réelle d'un apaisement des contrôles
- Au-delà des textes, c'est l'esprit qui est susceptible d'évoluer
- Des garde-fous sont mis en place
- Les contrôles que tous les professionnels savent indispensables, seront acceptés si exempt d'inéquités, d'arbitraires, de disproportions dans les impacts financiers