

1). Le contrôle des structures HAD

Les contrôles sur site réalisés dans les établissements d'hospitalisation à domicile au cours des années 2009 et 2010 ont mis à jour des anomalies majeures sur la majorité des séjours contrôlés. L'analyse des données transmises par les établissements d'hospitalisation à domicile en 2011 et 2012 confirme la persistance d'atypies extrêmes 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 sera généralisé en 2013. Pour la campagne 2013, le ciblage des établissements HAD est national.

La priorité nationale est de contrôler la facturation de l'activité HAD.

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

Au cours de la campagne de contrôle externe de la tarification à l'activité 2011 et des campagnes antérieures,

- des essais cliniques de phase 1 étaient facturés sur le risque maladie par des centres de lutte contre le cancer.
- des interventions «de confort», il s'agit des actes mentionnés comme non remboursables à la CCAM.

La priorité nationale est de contrôler la facturation de séjour pour des activités non prise en charge par l'assurance maladie

3). Le codage du diagnostic principal

Les règles de codage du diagnostic principal (DP) ont changé avec la mise en place de la version 11 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 actuellement complètement suivies, en particulier pour ce qui concerne les codes imposés, pour lesquels les cliniciens sont réticents dans la mesure où ils ne décrivent pas directement la pathologie 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 le respect de la définition du diagnostic principal.

4). Les séjours avec comorbidités:

L'analyse de l'évolution de la structure d'activité par niveaux de sévérité montre une hausse significative de la part des niveaux de sévérités 2 et 3. L'évolution des CMA est plus prégnante pour les CMA suivantes : diabète, isolement médical, carence en vitamine D,...

La priorité nationale est de contrôler spécifiquement l'augmentation atypique, des séjours de niveaux de sévérités 2 et 3 avec notamment des durées de séjour égale ou supérieure à la borne basse.

5). Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation

Le contrôle des actes et consultations externe en hospitalisation reste une priorité nationale. Cette priorité nationale couvre deux types de facturation :

- la facturation de séjour sans nuitée avec un acte isolé ouvrant droit à la facturation à l'acte selon les règles de la CCAM ou de la NGAP à laquelle peut s'ajouter, le cas échéant,
- la facturation d'un forfait SE, FFM ou FSD. la facturation de séjour sans nuitée avec plusieurs actes.

L'article 6 (9°) de l'arrêté du 19 février 2009 précise qu' "un GHS ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent :

- une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D6124-301 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."

Ces trois conditions sont cumulatives.

Ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge qui peut habituellement être réalisée dans le cadre des actes et consultations externes.

Au cours de la campagne de contrôle externe de la tarification à l'activité 2011 et des campagnes antérieures,

- des prises en charge de moins d'une journée pour un suivi ont été identifiées dans plusieurs centres de référence de la mucoviscidose, contrôlées car facturées en T2A. Ces centres de référence facturent ces venues au centre comme hospitalisation de jour, en se fondant sur la réalisation d'une consultation, d'une spirométrie et/ou une radiographie pulmonaire standard ;
- des gradations de pied diabétique ou des séances de podologie ont été identifiées et contrôlées dans des centres spécialisés dans la prise en charge du pied diabétique. Elles étaient facturées en séjour de 0 jour ;

La priorité nationale est de contrôler les actes et consultations externes facturés en hospitalisation notamment la facturation d'un séjour sans nuitée pour des prises en charge de la mucoviscidose, du pied diabétique.

6). Les suppléments journaliers et de séjour.

Il s'agit des suppléments NN1, NN2, NN3, REP, SRC, STF, REA, DIP, ANT, RAP.

L'évolution des suppléments journaliers se poursuit tant pour les établissements publics que pour les établissements privés.

En effet, elle est passée de +3,5% entre 2009 et 2010 à +3,7% entre 2010 et 2011 pour les établissements publics, cette apparente stabilité ne doit pas occulter une forte évolution des suppléments de surveillance continue pour les établissements publics dont l'évolution est passée de +6,6% entre 2009 et 2010 à +13,9% entre 2010 et 2011.

Pour les établissements privés, l'évolution des suppléments journaliers est passée de +5,2% entre 2009 et 2010 à +9,2% entre 2010 et 2011.

La priorité nationale est de contrôler les conditions de facturation des suppléments selon le statut des établissements de santé.

7). Les forfaits de dialyse péritonéale.

En 2010, ont été introduits deux nouveaux forfaits D22 et D23 dits forfaits minorés destinés à être facturés par la structure de dialyse assurant la prise en charge régulière du patient lorsque ce dernier est hospitalisé dans un établissement de santé pour une durée supérieure à 2 jours et inférieure à 7 jours (soit pour une hospitalisation de 3, 4, 5 ou 6 jours).

En dehors de cette durée de prise en charge en MCO (de 3 à 6 jours), les modalités de facturation des prestations par la structure de dialyse péritonéale sont les suivantes :

- lorsque la durée d'hospitalisation du patient est inférieure ou égale à 2 jours, la structure de dialyse continue à facturer le forfait plein D15 (DPA) ou D16 (DPCA). En d'autres termes, au cours d'une semaine de traitement de dialyse péritonéale à domicile, une hospitalisation de deux jours ou moins n'empêche pas la facturation d'un forfait D15 et D16.
- lorsque la durée d'hospitalisation du patient est égale ou supérieure à 7 jours la structure de dialyse n'est autorisée à facturer aucun forfait de dialyse (ni forfait plein, ni forfait minoré), puisque ces forfaits s'appliquent dans le cadre d'une semaine de traitement. En revanche, un forfait D pourra de nouveau être facturé par la structure de dialyse à compter du jour de sortie du patient de l'établissement MCO et sous réserve qu'il y ait un écart d'au moins 7 jours entre la facturation des deux forfaits D.

La priorité nationale est de contrôler les conditions de facturation des forfaits de dialyse péritonéale.

8). Les GHS majorés

La mention de certains codes actes ou diagnostic permet de facturer un GHS d'un tarif plus élevé que celui auquel ouvre droit habituellement la prise en charge décrite.

La priorité nationale portera exclusivement sur la conformité du codage à la prise en charge réalisée et tracée dans le dossier et non sur l'opportunité de la réalisation de l'acte ouvrant droit au GHS majoré pour les actes suivants

- pose d'une bioprothèse valvulaire aortique par voie artérielle transcutanée (DBLF001)
- par abord de l'apex du cœur par thoracotomie sans CEC (DBLA004)

NB : le GHS majoré 1522 créé pour financer le surcoût lié à la pose de la bio prothèse valvulaire aortique transcutanée, (DBLF001), (DBLA004), a été supprimé le 15 août 2012.

9). Les prestations inter établissements

Les contrôles antérieurs ont montré que certains établissements transgressent les règles de codage relatives aux modes d'entrée et de sortie, notamment celles relatives aux prestations inter établissement et mutation.

Le ciblage concerne les séjours où le mode d'entrée et le mode de sortie sont codés en transfert ("7") et pour lesquels on suspecte un déplacement provisoire du patient (moins de deux nuitées) d'un établissement demandeur vers un établissement prestataire pour la réalisation d'un acte médico technique ou d'une autre prestation.

Dans le cas de prestations inter établissements, les consignes de codage précisent que les modes d'entrée et de sortie doivent être codés "0" (et non "7"). Un seul GHS est valorisé pour l'établissement demandeur. L'établissement prestataire a la charge de se faire rémunérer l'acte ou les soins réalisés par l'établissement demandeur.

De même, lorsqu'un patient est admis dans une autre unité médicale d'hospitalisation d'une même entité juridique ou de la même entité géographique pour la réalisation d'un acte

médico technique ou d'une autre prestation, les consignes de codage précisent que les modes d'entrée et de sortie doivent être codés "6" (et non "7").

10). Les séjours « contigus »

Les séjours contigus désignent des séjours d'hospitalisation multiples pour un même patient dans une même entité juridique avec une date d'entrée qui est égale à un jour près à la date de sortie du séjour précédent. Le guide méthodologique précise qu'une mutation vers une autre unité de soins de courte durée de la même entité juridique, ne doit pas faire clore le résumé d'unité médicale.

L'arrêté prestations¹ (article 8) précise la règle selon laquelle 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. Cette règle est justifiée par le principe général de non cumul de deux GHS le même jour pour un même patient.

Le principe général de non cumul de deux GHS le même jour pour un même patient a été instauré dès la mise en œuvre de la tarification à l'activité en 2004.

Le fait qu'un séjour commence à la date de sortie d'un séjour précédent pour le même patient fait suspecter que le patient a été muté dans un établissement géographique d'une même entité juridique ou que le même séjour a été fractionné ou que les règles des permissions ou des prestations inter établissements n'ont pas été respectées.

Cette priorité cible tous les séjours « contigus » (hospitalisation à temps complet, hospitalisation à temps partiel).

11). LAMDA

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

Au cours de la campagne de contrôle externe 2011 et 2012, il a été constaté que les établissements utilisaient l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site. Ce constat est confirmé par l'analyse des tableaux MAT2A, le montant total valorisation (2008 au 30 septembre 2012) via LAMDA est de 946 255 630,62€, avec une valorisation complémentaire LAMDA pour l'année de production 2011 de 181 717 206€ et pour l'année 2012 (au 30 septembre 2012) de 181 998 496 €.

¹ Arrêté du 19 février 2009 modifié relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale