

DGOS

Direction générale
de l'offre de soins

**Présentation des
priorités nationales pour
2014**

**Observatoire économique du
jeudi 17 avril 2014**



Les objectifs du contrôle externe de la tarification à l'activité

Objectifs des contrôle T2A

- 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;
- Contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation;
- Le contrôle T2A n'est pas:
 - ✓ un audit externe sur la qualité du codage;
 - ✓ un contrôle de la pertinence des actes.

Priorités nationales 2014

Direction générale
de l'offre de soins

Les priorités ont été présentées au Conseil de l'Hospitalisation lors de sa séance du 21 mars 2014.

➤ 8 priorités nationales de contrôle retenues sur la base d'atypies repérées lors des campagnes de contrôles précédentes :

- ✓ 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.

Le contrôle des CMA représente un enjeu financier important :

- ✓ elles représentent plus de 50% des RSA contrôlés;
- ✓ et 40% des indus notifiés, avec en moyenne 7 millions d'euros par campagne.

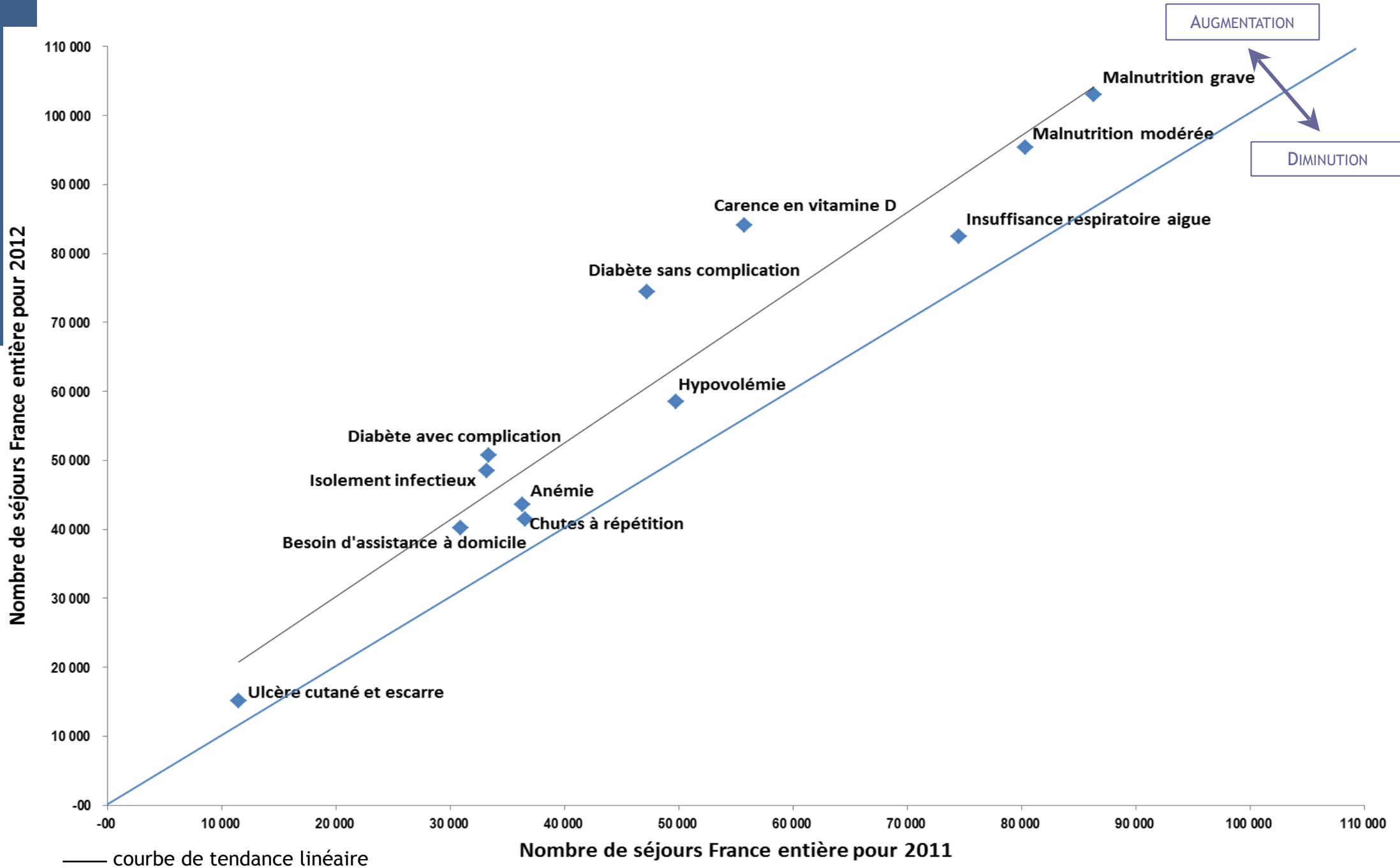
Mais un champ de contrôle complexe

- ✓ les CMA en forte augmentation en 2013 correspondant à des prises en charge minimales, se limitant à la découverte, lors d'un examen programmé de façon systématique, de diagnostics type anémie, carence en vitamine D, trouble cognitif léger ...)

Ciblage des contrôle : 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 du patient;
- ✓ avec une définition robuste des critères diagnostiques (référentiels HAS ou de sociétés savantes).

Ex-DG et ex-OQN : les 12 CMA ayant le plus augmenté entre 2011 et 2012



AUGMENTATION

DIMINUTION

- ✓ Les 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;

Dont :

Le respect de la règle S1 : situation d'une prise en charge dite de surveillance négative

- ✓ hospitalisations de courte durée (5 jours) pour réévaluer la situation et/ou modifier le traitement de pathologies 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

✓ Les actes inscrits sur la liste des forfaits « sécurité et environnement hospitalier » de l'annexe 11 de l'arrêté du 19 février 2009 modifié, 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).

✓ Les séjours facturés à l'assurance Maladie par les établissements prestataires (établissements B).

Pour rappel, 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* ».

- pour les CHU multi-sites:

- ✓ facturation de 3 GHS tous différents ou plus de 3 GHS
- ✓ en lieu et place d'un GHS unique de 3 ou plus de 3 RUM.

Pour rappel, 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:

- ✓ facturation de 2 GHS par le même établissement
- ✓ alors que date de sortie 1ère hospitalisation = date d'entrée 2de hospitalisation.

Pour rappel, 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* ».

Contrôles des valorisations via LAMDA, notamment le respect de ses conditions d'utilisation:

- ✓ l'approbation de l'ARS pour toute modification de la base PMSI;
- ✓ la motivation par l'établissement des modifications de ses séjours.

Un ciblage national des établissements HAD à partir :

- ✓ **Atypies des séquences;**
- ✓ **Atypies des combinaisons de modes de prise en charge;**
- ✓ **Incompatibilité IFK et mode de prise en charge;**
- ✓ **Tests DATIM HAD.**

➤ **Possibilité de sanctions en 2014.**