

Direction de l'offre sanitaire

PLAN DE CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE DE LA REGION CENTRE-VAL DE LOIRE POUR L'ANNEE 2018

Au vu des dispositions du code de la sécurité sociale et notamment les articles L162-23-13 et R162-35 et suivants, du compte-rendu de la commission de contrôle du 21 septembre 2018, et sur propositions faites par cette commission, le programme de contrôle externe de la tarification pour les établissements MCO (Ex-DG et Ex-OQN) et HAD de la région Centre-Val de Loire pour l'année 2018 est le suivant :

1. PERIODE DE CONTROLE

La période de contrôle concerne les séjours dont la date de sortie du patient est comprise entre :

- le 1^{er} mars et le 31 décembre 2017 pour les établissements MCO
- le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2017 pour les établissements HAD.

2. LES PRIORITES NATIONALES DU PLAN DE CONTROLE

Les priorités nationales, publiées dans l'instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018, sont déterminées notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des anomalies de codage.

2.1. Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation T2A

La priorité nationale est de contrôler :

- les essais cliniques, notamment de phase I, sur le risque maladie. Sont notamment visées les recherches impliquant la personne humaine mentionnées à l'article L.1121-1 du code de la santé publique.
- les interventions dites « de confort » pour les actes mentionnés comme non remboursables à la CCAM, et plus particulièrement les actes d'implantologie et de chirurgie réfractive.

2.2. Le codage du diagnostic principal ou de certains actes CCAM classants

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.

Fait également l'objet d'une priorité nationale le contrôle du codage des diagnostics principaux (DP) ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un GHS mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant. Ce contrôle peut être mené sur la base des atypies repérées à travers le test DATIM 111 (*Nombre de racines « apparentées » avec proportion élevée de la racine plus valorisée*).

2.3. Le codage des comorbidités

La priorité nationale est de contrôler le respect des règles du guide méthodologique MCO pour le codage des diagnostics associés significatifs ayant une valeur de CMA.

Pour rappel, un diagnostic associé significatif (DAS) est une affection, un symptôme ou tout autre motif de recours aux soins coexistant avec le DP, ou le couple DP-DR (diagnostic relié), constituant :

- un problème de santé distinct supplémentaire (une autre affection) ;
- ou une complication du DP ;
- ou une complication du traitement du DP.
-

Un diagnostic associé, répondant ainsi aux critères définis supra, est dit significatif :

- s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ;
- ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection.

2.4. Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour, à l'exception des prises en charge donnant lieu à un GHM en « M » ou en « Z »

Pour rappel, les dispositions de l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 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 de contrôle concernant les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour ne porte en 2018 que sur les prises en charge chirurgicales ou interventionnelles (GHM en « C » ou en « K ») réalisées sans nuitée.

Les hôpitaux de jour dits « médicaux », à savoir des prises en charge sans nuitée donnant lieu à un groupage en GHM en « M » ou en « Z » font l'objet d'un moratoire sur les contrôles portant sur l'activité 2017, dans le contexte des travaux de refonte du corpus juridique encadrant la facturation des prises en charge médicales en hôpital de jour (circulaire frontière).

2.5. Les prestations inter établissements

Les transferts < 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transferts intra-MCO, intra-SSR ou intra-psychiatrie). Ces prestations inter-établissements n'interrompent pas le séjour du patient.

L'article 4 de l'arrêté du 19 février 2015 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. Par exception à cette règle, le 4° de l'article 3 du même arrêté dispose que lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une séance de la catégorie majeure 28 à l'exception de celles de transfusions (GHM 28Z14Z), oxygénothérapie (28Z15Z) et aphérèses sanguines (28Z16Z), chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCO 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 ». Le guide précise par ailleurs que, outre les GHM de la catégorie majeure 28, sont également exclus du régime des prestations inter-établissements les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCO.

La priorité nationale est de contrôler les séjours facturés à l'assurance Maladie par les établissements prestataires (établissements B) dans le cadre d'une prestation inter-établissements :

- hors exceptions au régime des prestations inter-établissements (transferts HAD vers MCO et séances) ;
- hors séjours réalisés dans le cadre des prestations inter-activités, compte-tenu de l'évolution réglementaire intervenue sur ce sujet en 2016. En effet, dans le cadre de la campagne tarifaire 2016, un article 4 ter a été introduit au sein de l'arrêté du 19 février 2015 modifié afin de préciser le régime de ces prestations inter-activités qui correspondent aux transferts de moins de deux jours entre deux unités médicales relevant de champs d'activité différents (transferts SSR vers MCO, psychiatrie vers MCO...). Dans ce cas de figure, il est précisé que chaque établissement facture ses prestations.

2.6. 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.

La priorité nationale a pour objectif de contrôler les valorisations opérées via LAMDA, notamment le respect de ses conditions d'utilisation, telle que 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.

2.7. Le contrôle des structures HAD

Les contrôles seront menés sur la base des atypies en matière de séquences HAD et de combinaisons entre modes de prise en charge et diagnostics et le volume des GHT contrôlés devra être limité à 5% du total des GHT produits par l'établissement l'année considérée.

2. LES ETABLISSEMENTS INSCRITS AU PLAN DE CONTROLE

2.1. SELECTION DES ETABLISSEMENTS

Seuls sont potentiellement retenus les établissements cumulant au minimum 250 séjours atypiques, en se limitant à 6 thèmes de contrôle par établissement au maximum, et avec un minimum de 30 séjours atypiques par champ de contrôle.

2.2. LA LISTE DES ETABLISSEMENTS RETENUS

Sur ces bases, les établissements MCO et HAD suivants ont été retenus au titre du plan de contrôle 2018 :

- C.H. De Chartres (280504267),
- Centre de Convalescence et diététique Le Manoir en Berry (360002232),
- C.H.U. de Tours (370000481),
- Clinique de Montargis (450012968),
- HAD LNA Loir et Cher (410005003),
- ASSAD HAD du Loiret (450018528).

Fait à Orléans, le 18 OCT. 2018

La Directrice générale de l'Agence
régionale de santé Centre-Val de Loire,



Anne BOUYGARD