



Ministère des solidarités et de la santé
Ministère de l'action et des comptes publics

Direction Générale de l'Offre de Soins
Sous-direction de la régulation de
l'offre de soins
Bureau synthèse organisationnelle et
financière
(R1)

Direction de la sécurité sociale
Sous-direction du financement du système de soins
Bureau des établissements de santé et médico-sociaux
(1A)

La ministre des solidarités et de la santé
Le ministre de l'action et des comptes publics

à

Mesdames et Messieurs les préfets de région

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé

INSTRUCTION DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018 relative aux priorités nationales de
contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2018

Date d'application : immédiate
NOR : SSAH1820047J
Classement thématique : Etablissements de santé

Validée par le CNP le 25 mai 2018 - Visa CNP 2018-40

Publiée au BO : oui

Déposée sur le site circulaire.legifrance.gouv.fr : oui

Catégorie : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.
Résumé : Cette instruction a pour objet de présenter les activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2018.
Mots-clés : contrôles externes ; tarification à l'activité ; agences régionales de santé.
Textes de référence :
Annexe : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2018
Diffusion : établissements de santé

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à 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.

Il s'agit d'un contrôle de la régularité et de la sincérité de la facturation, qui ne saurait se confondre avec un audit externe sur la qualité du codage ou un contrôle de la pertinence des soins apportés par les établissements de santé à leurs patients.

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées chaque année, notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des anomalies de codage.

Les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2018 sont issues d'atypies repérées lors des campagnes de contrôle précédentes à partir des analyses statistiques des bases PMSI 2017.

Les thèmes, détaillés en annexe, sont les suivants :

- ❖ Les activités non prises en charge par l'assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- ❖ Le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants ;
- ❖ Les séjours avec comorbidités ;
- ❖ Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour, **à l'exclusion des GHM en « M » et en « Z »** ;
- ❖ Les prestations inter établissements ;
- ❖ L'utilisation des LAMDA dans les établissements ex-DG ;
- ❖ Le contrôle des structures HAD.

Cette stratégie nationale est à adapter pour chaque région, en fonction des résultats des campagnes de contrôles précédentes et selon l'existence de :

- ❖ sanctions financières antérieures ;
- ❖ modifications du codage et/ou de la facturation des établissements décidées au niveau réglementaire.

Pour une mise en œuvre optimale du contrôle, il vous est demandé de :

- ❖ cibler les établissements les plus atypiques ;
- ❖ cibler les établissements n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle externe ;
- ❖ limiter le nombre de champs sanctionnables aux champs et prestations en atypies les plus extrêmes.

Il est par ailleurs recommandé, s'agissant des structures d'HAD de limiter le volume des GHT contrôlés à 5% du total des GHT produits par l'établissement pour l'année considérée.

Par ailleurs, il doit être rappelé que tout nouveau contrôle externe réalisé dans un établissement de santé et pouvant aboutir à des sanctions ne doit être engagé que dans l'année qui suit la notification des griefs du précédent contrôle.

Afin d'améliorer la lisibilité du processus, nous vous incitons à communiquer aux établissements de votre région, les priorités de contrôle que vous aurez retenues au niveau régional.

Enfin, il peut être indiqué aux établissements de santé que les priorités nationales de contrôles mentionnées dans la présente instruction seront reconduites pour la campagne de contrôle 2019, portant sur l'activité 2018, sous réserve des évolutions réglementaires qui pourraient intervenir d'ici là. Des dispositions spécifiques seront également mises en œuvre s'agissant de la facturation des suppléments « transports » dans le cadre de l'article 80 de la LFSS pour 2017 (moratoire relatif à la présence de la prescription médicale dans le dossier patient pour justifier de la facturation de ces suppléments).

Nous vous invitons à nous tenir informés de toute difficulté rencontrée dans la mise en œuvre de cette instruction.

Vu au titre du CNP par le Secrétaire Général des ministères chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation

signé

Cécile COURREGES
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

signé

Sabine FOURCADE
Secrétaire générale des ministères
chargés des affaires sociales

Pour la ministre et par délégation

signé

Mathilde LIGNOT LELOUP
Directrice de la sécurité sociale

ANNEXE : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2018

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.

Dans le cadre de la radiation partielle d'AVASTIN® bevacizumab au 1er septembre 2016, peuvent également faire l'objet de contrôle les séjours, réalisés à compter de cette date, ayant donné lieu à facturation de la molécule dans les indications radiées en sus d'un GHS, sans préjudice des exceptions à ce dispositif de radiation partielle, correspondant notamment aux prises en charge d'une population spécifique de patients présentant un cancer du sein métastatique HER2 négatif et récepteurs hormonaux négatifs (triple négatif).

A noter par ailleurs, qu'à l'occasion de contrôles, lorsque les équipes régionales repèrent que des actes non inscrits à la CCAM ont été codés par assimilation, elles doivent en informer systématiquement pour avis les services de la CNAM.

2) Le codage du diagnostic principal ou de certains actes CCAM classants

Les hospitalisations pour diagnostic ou pour surveillance procèdent de règles de codage, définies au sein du guide méthodologique de production des RSS, dont le respect constitue une priorité nationale.

La priorité nationale est de contrôler, en particulier, 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 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*).

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, 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.

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.

Il convient de souligner que la priorité nationale de contrôle concernant les actes et consultations externes facturés en HDJ **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).

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, l'article 4 ter de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précise 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.

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. Il a en effet pu être 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.

7) Le contrôle des structures d'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.