

**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

# Journées nationales du CNIM

## La construction tarifaire

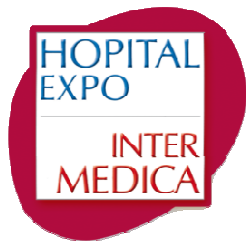
## Le point de vue de l'ATIH



*Housseyni HOLLA*

*Directeur ATIH*

Journées nationales du CNIM



# La construction tarifaire

## Les déterminants

➤ Déterminant principal pour calibrer les tarifs: **ONDAM et son évolution**

- d'en déduire l'évolution de l'ODMCO
- d'apprécier la masse financière relevant des tarifs, notamment après déduction faite des médicaments et DMI et des forfaits annuels

➤ Autres déterminants:

- Le niveau des réalisations de l'exercice précédent;
- les politiques de santé publiques ;
- la gestion de la transition tenant compte notamment des délais d'adaptation des acteurs au dispositif.



# La construction tarifaire

## Les outils

### ENCC (Etude Nationale de Coût à méthodologie Commune) en MCO

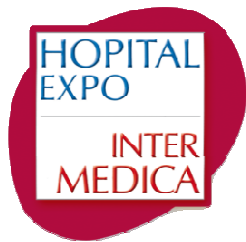
- Enquête annuelle sur chaque secteur (ex DG et ex OQN) auprès d'établissements volontaires sélectionnés selon leur capacité à mener l'étude  
L'étude de coût 2007 publiée en octobre 2009 comportait 55 établissements ex-DG et 44 cliniques privées ex OQN.
- Elle vise à affecter à chaque séjour l'ensemble des charges relatives à l'activité d'hospitalisation MCO : chaque séjour est affecté d'un coût.
- Les séjours sont regroupés sur la base de la classification en vigueur (GHM), il est ainsi calculé, pour chacun des deux secteurs, un coût moyen par GHM.
- Pour chaque secteur, l'ensemble des coûts moyens de ces GHM constituent son échelle de coût.

L'échelle de coût est donc utilisée dans la campagne tarifaire :

- pour étalonner les tarifs : construire une échelle de tarifs
- pour moduler les tarifs.

19-20 mai 2010

VIPARIS – Porte de Versailles -  
France



# La construction tarifaire

## Les outils

### Classification médico-économique des séjours :

outil de description de l'activité hospitalière

- Objectif : classer les séjours dans des « classes d'activité » homogènes en termes de lourdeur de prise en charge, selon principalement le diagnostic principal et les actes.
  - Ces classes d'activité sont distinguées en quatre niveaux de sévérité (numéroté de 1 à 4) selon la nature de la complication ou des morbidités associées (CMA).
  - Ces classes comportent, en cas de pertinence médicale, un niveau supplémentaire qui regroupe les séjours ambulatoires ou de courtes durées
- ➔ Ainsi, au total la version 11 de la classification comporte 614 « classes d'activités » et 2 333 groupes homogènes de séjours.

La classification détermine le niveau de détail de la description de l'activité, mais surtout le **niveau de finesse de la tarification**.

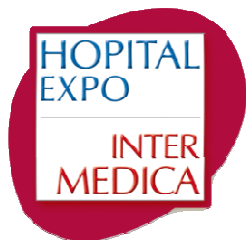


# La construction tarifaire

## La démarche

**Nouvelle démarche amorcée** lors de la campagne 2009 suite à la mise en place de **la version 11** de la classification et **articulée autour de trois notions**

- ❖ Le calcul des **tarifs « bruts »** directement issus de l'ENCC
- ❖ Le calcul de **tarifs « repères »** compte-tenu des contraintes liées aux objectifs de santé publique;
- ❖ Le calcul des **tarifs « de campagne »** compte-tenu de la limitation des « gains ou pertes » de recettes sur les activités.

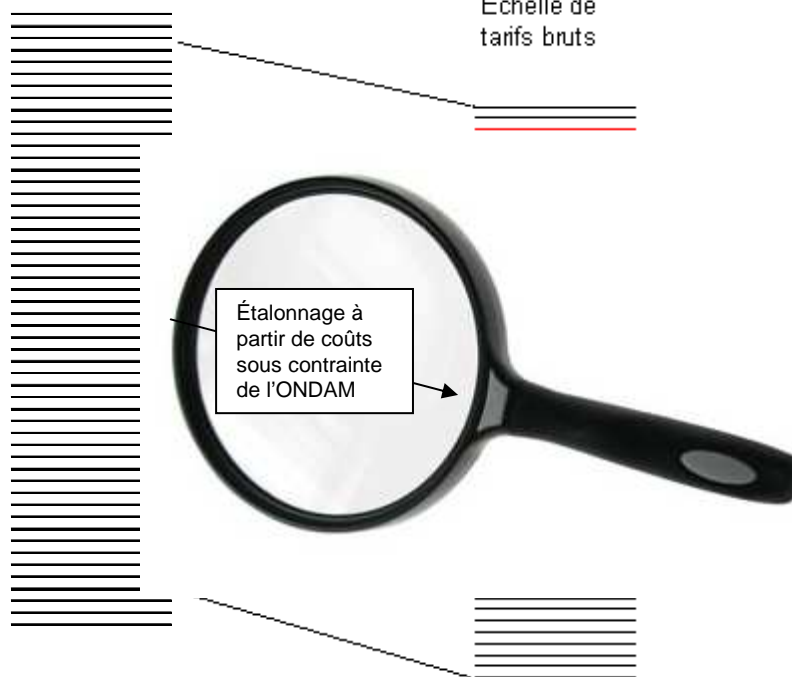


# La construction tarifaire

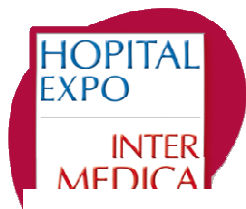
## Les tarifs bruts

Echelle de coûts

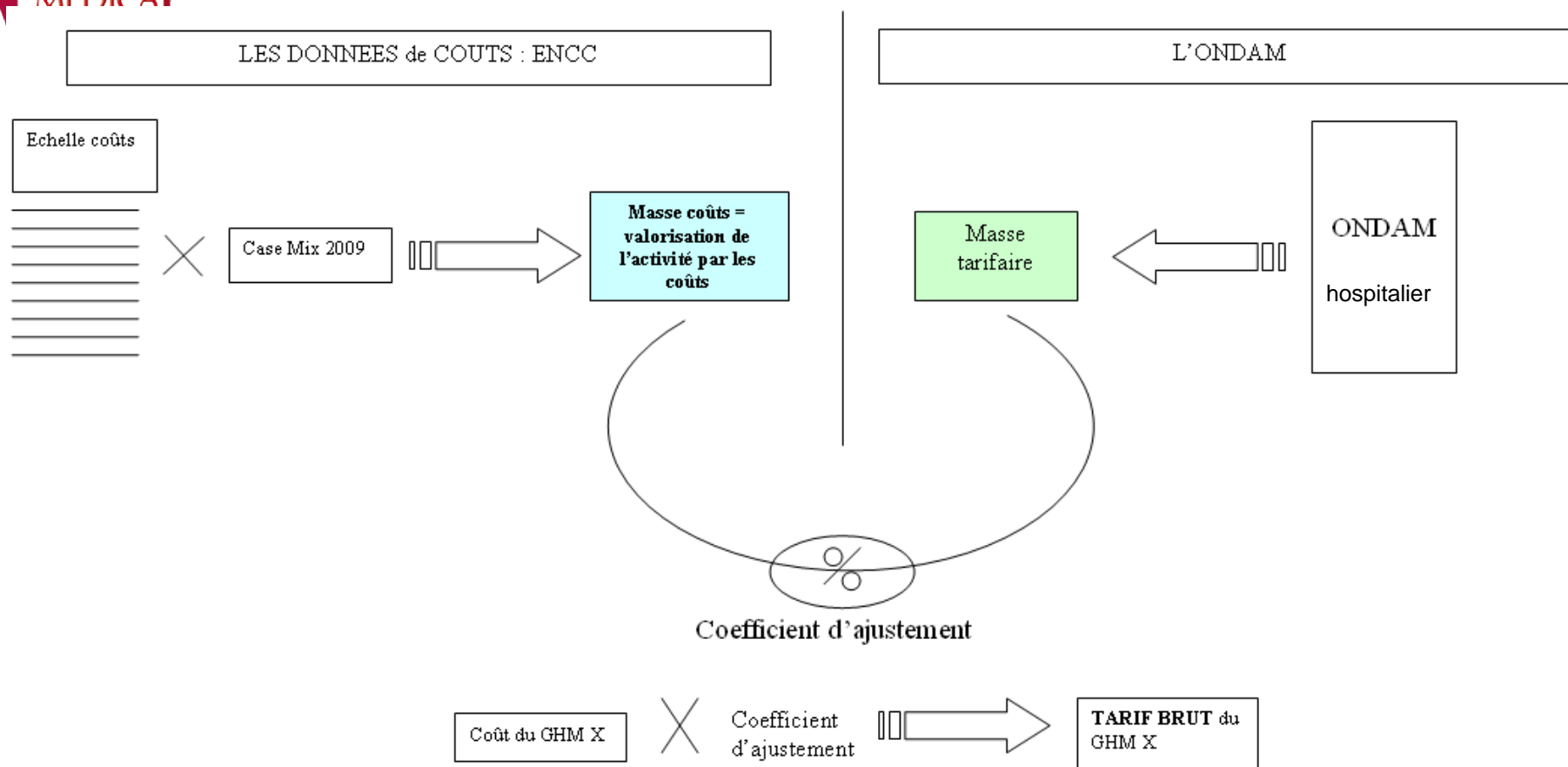
Echelle de  
tarifs bruts



19-20 mai 2010  
VIPARIS – Porte de Versailles -  
France



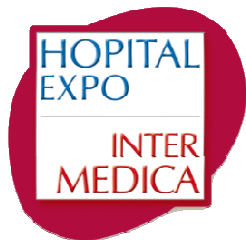
# Étalonnage à partir de coûts sous contrainte de l'ONDAM



Pour les GHM à faible effectif, réalisation d'un traitement statistique spécifique

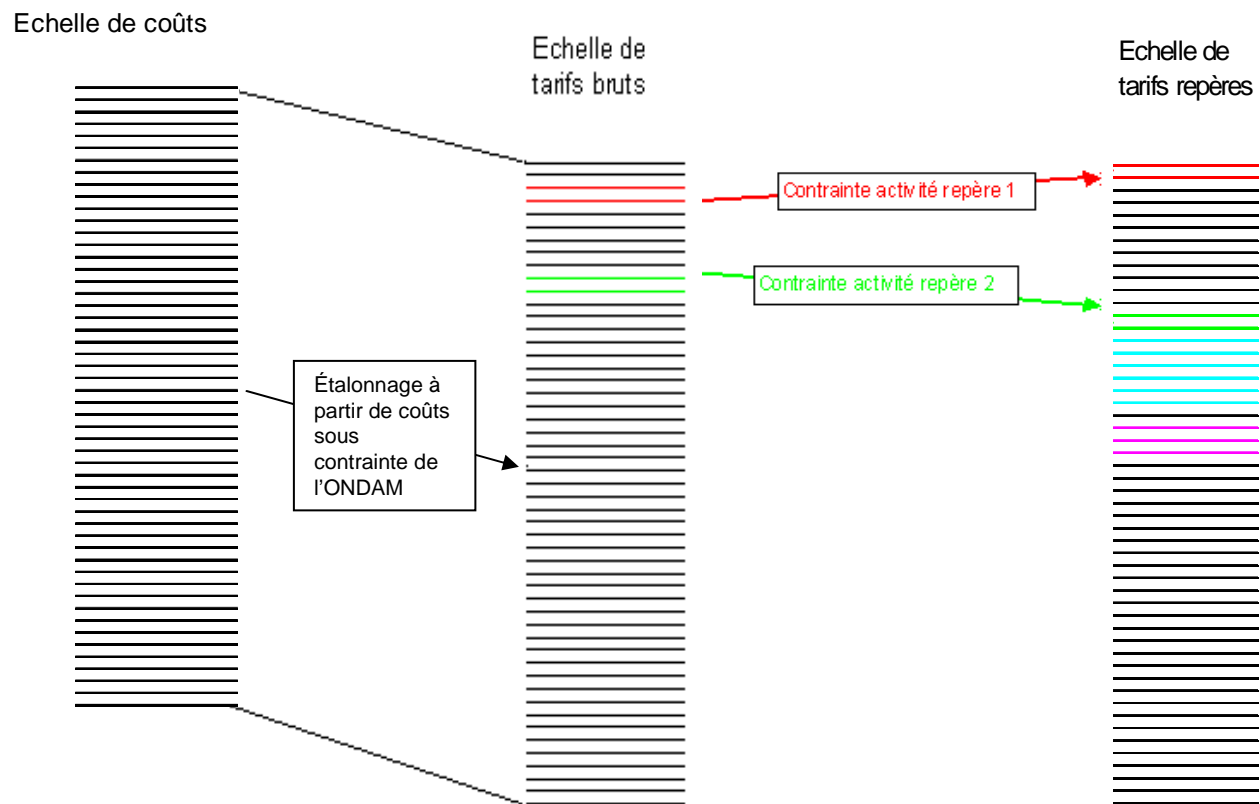
19-20 mai 2010

VIPARIS – Porte de Versailles -  
France

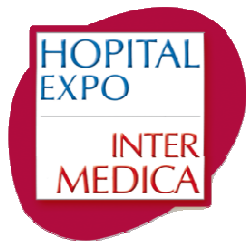


# La construction tarifaire

## Les tarifs repères



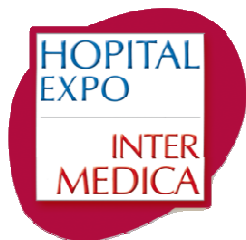




# La construction tarifaire

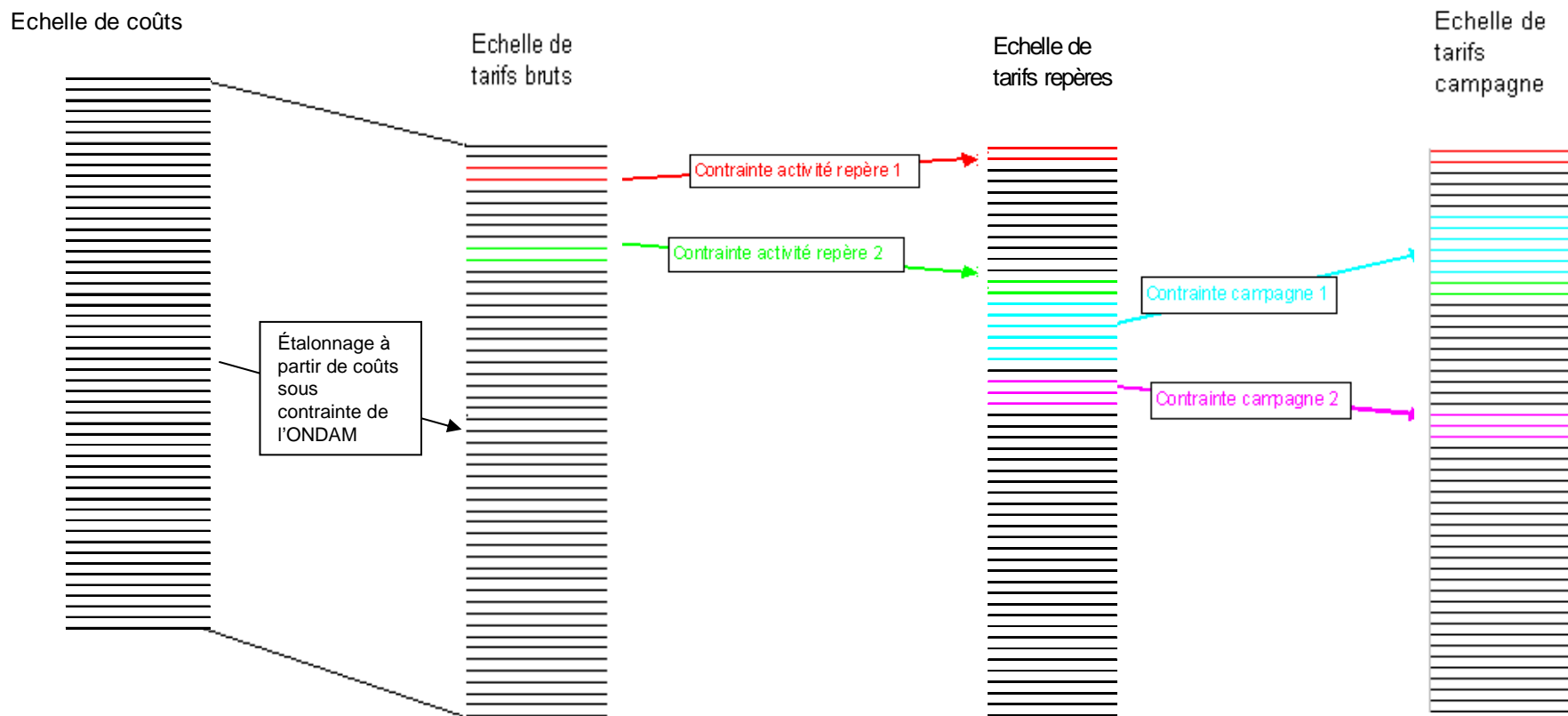
## Les tarifs repères

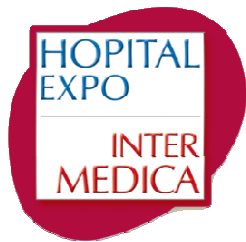
- ✓ Distorsion opérée à l'échelle de tarifs bruts dans l'optique de préserver les objectifs de santé publique ou des politiques tarifaires incitatives
- ✓ **Ne constitue pas une cible précise**, mais affiche les tendances des évolutions tarifaires envisageables à moyen terme
- ✓ Principes des contraintes dites repères:  
sur des activités ciblées faisant l'objet d'un plan de santé ou d'une incitation tarifaire, afficher une masse financière (ou un tarif) correspondant à ce qui est jugé nécessaire pour assurer un meilleur financement de l'activité compte tenu des objectifs poursuivis par le plan de santé ou de la mesure d'incitation tarifaire.



# La construction tarifaire

## Les tarifs de campagne

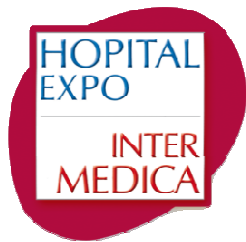




# La construction tarifaire

## Les tarifs de campagne

- Les tarifs de campagne: issus des tarifs repères en limitant les variations de recettes afférentes aux séjours, ces variations de recettes étant contraintes par agrégat (catégories majeures de diagnostic, sous catégories majeures de diagnostic) **dans un objectif d'atténuation des effets sur les recettes des établissements**
- Les tarifs de campagne dépendent des tarifs repère d'une part, et du niveau de la limitation des effets revenus d'autre part.



# La construction tarifaire

## Conclusion

2009 et 2010: Cette démarche a été mise en œuvre de manière systématique compte tenu des effets de la classification et des données de coûts

### **Principes généraux:**

Les tarifs repères :

- prennent en compte les effets de l'évolution de la classification ou du modèle de financement → en cas de modifications sensibles, les tarifs repères font l'objet d'une mise à jour.

- peuvent être ajustés en fonction de la révision des politiques/plans de santé publiques : intégration de nouvelles priorités, modification d'un plan, etc.

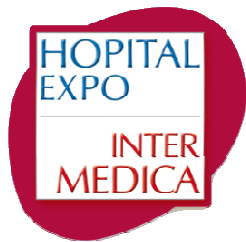


# La construction tarifaire conclusion

## **Principes généraux :**

- la prise en compte des nouvelles données de coûts, n'est pas systématique.

Ex: pour la campagne 2010 un principe de stabilité a été appliqué  
→ les données de coûts 2007 ont été utilisées de manière très partielle.



# La construction tarifaire

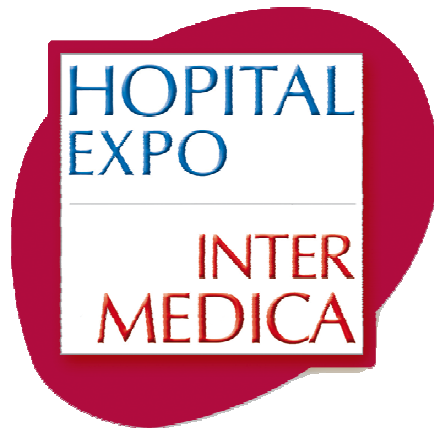
## conclusion

### **Principes généraux :**

De manière générale, les campagnes tarifaires, en l'absence de modification importante du modèle de financement, sont gérées selon un schéma de **modulation tarifaire ciblée**, qui peut accompagner une mesure de hausse globale.

Les tarifs peuvent être modulés :

- à la suite de l'identification d'activités où les tarifs historiques constituent des « rentes » par rapport aux coûts,
- pour inciter ou « désinciter » certaines activités ;
- pour gérer l'adaptation des établissements au modèle de financement ;
- pour mettre en œuvre une régulation tarifaire.



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Journées nationales du CNIM

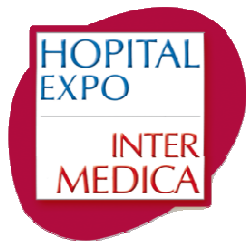
### *IMPACTS FINANCIERS T2A*

### *Point de vue des établissements*



Danièle PORTAL  
Directrice du CH de Mulhouse

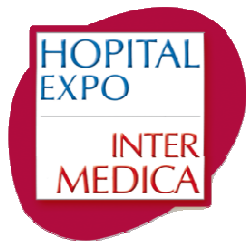
Journées nationales du CNIM



# Sommaire

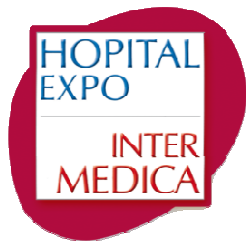
- Une évolution souhaitée par les établissements
- Une satisfaction réelle
- Mais des désenchantements
- Comment ré-enchanter l'avenir ?





## Une évolution souhaitée

- Une dotation globale frein au progrès médical et au dynamisme hospitalier
  - Une perception d’injustice du budget global
    - Une situation historique figée
    - Une difficulté à prendre en charge les progrès médicaux, les nouvelles technologies, les nouvelles molécules...
    - Une incitation à promouvoir le « moins de soins » contraire aux valeurs hospitalières



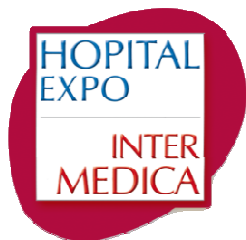
# Une évolution souhaitée

T2A espérée comme outil de dynamisation de l'hôpital public

Par un niveau de ressources correspondant au niveau réel de l'activité : « *gagner plus si on travaille plus !* »

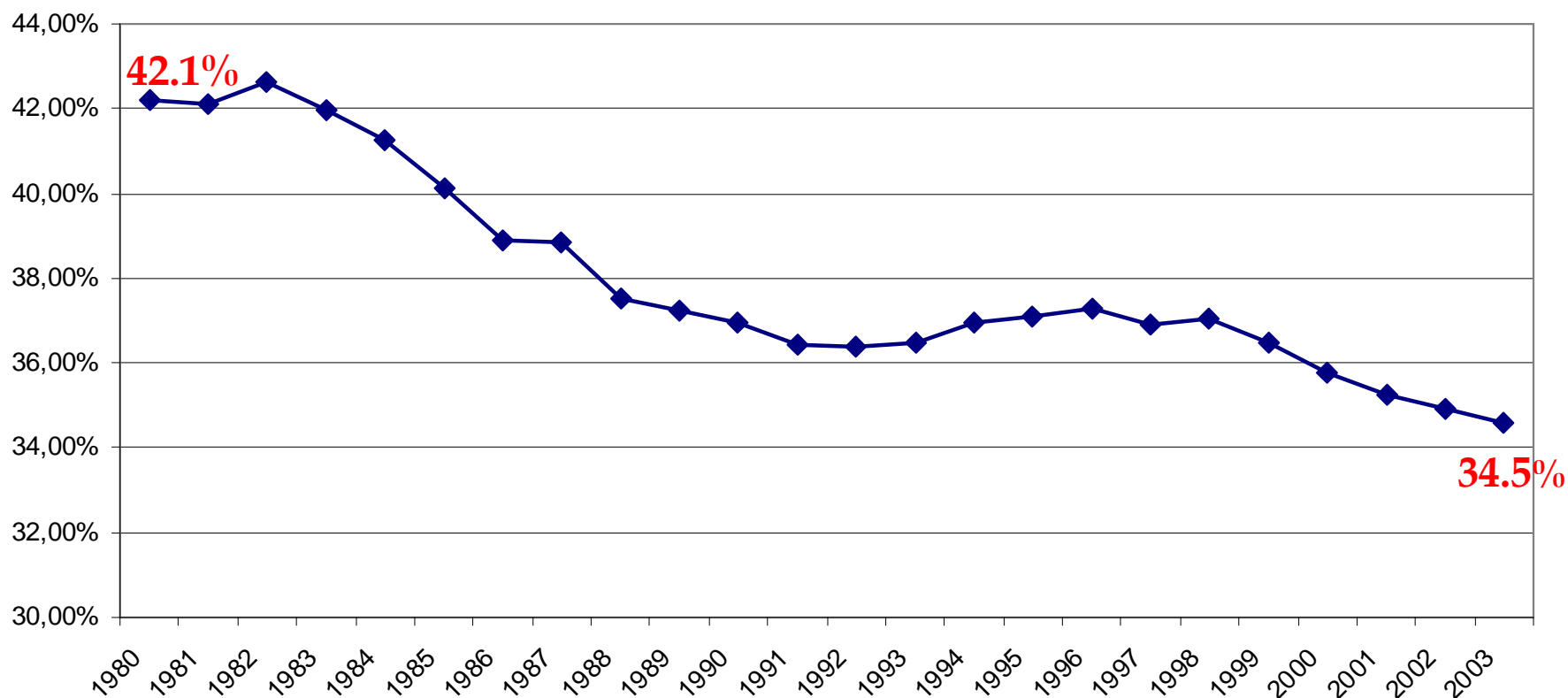
Par une capacité à mobiliser rapidement les ressources nécessaires à la mise en place des autorisations nouvelles  
*insatisfaction liées aux autorisations CROSS non financées*  
*souhait de « bénéficiaire » d'un système de financement*  
*permettant une réactivité comparable à celle des établissements privés*

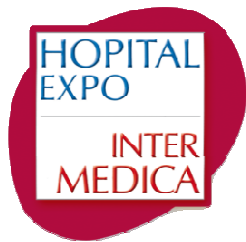
Une observation de la réalité des financements assurance-maladie confortant cette analyse



# Une évolution souhaitée

Part relative de l'hôpital public dans les dépenses d'assurance maladie de 1980 à 2003





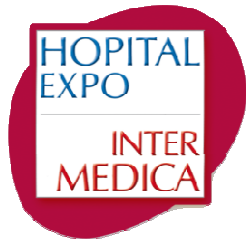
# Une satisfaction réelle

- Le modèle présentée en 2003 avait (presque) tous les mérites:
  - Prise en compte à l'euro - l'euro des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux hors tarifs
  - Tarifs calculés à partir de l'ENC
  - Identification et financement de missions d'intérêt général et de missions d'enseignement, recherche, recours et innovation
  - Souci de convergence intra-hospitalière
  - Pédagogie importante déployée autour du nouveau dispositif
  - Formation de tous les acteurs tant à l'hôpital que dans les ARH



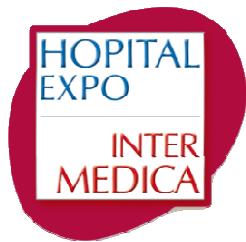
## Mais des désenchantements

- Des désenchantements immédiats et successifs
  - Une mise en œuvre laborieuse
    - Une T2A à seulement 10% la première année
    - Un retraitement comptable « maltraité » et donc incompréhensible
    - L'apparition d'un taux de conversion aux modalités de calcul obscures et volontairement amputé de 1 point entraînant une « bronca » hospitalière et un premier sentiment de « duperie »



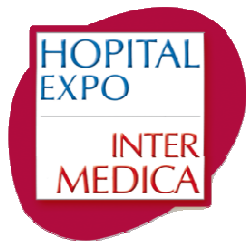
## Mais des désenchantements

- Des désenchantements successifs
  - Un modèle en perpétuelle évolution qui a fini par dégoûter les plus enthousiastes et qui génère un sentiment général d'instabilité
  - Des ajustements incessants dont les motivations réelles échappent aux acteurs de terrain et suscitent plus que de la méfiance
    - Du taux de convergence au coefficient de transition
    - De la V10 à la V11 et à la V11 b
    - Des changements dans les modes de calcul des forfaits
    - Une concertation de façade avec les hospitaliers



## Mais des désenchantements

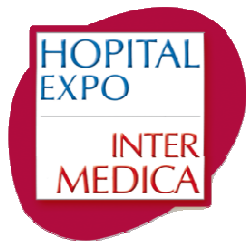
- Des efforts d'économie successifs demandés aux seuls hôpitaux publics
  - Depuis 2004, ces économies représentent 1,8 milliards d'euros inscrits dans les lois de finances successives. Ce montant doit être rapproché des 632 millions d'euros de déficit des hôpitaux publics à fin 2008
- Des transferts d'enveloppe du public vers
  - Les cliniques à hauteur de 191 millions d'euros en 2006
  - La médecine de ville à hauteur de 200 millions d'euros en 2007



## Mais des désenchantements

- Des modalités d'application inflationnistes et épuisantes pour les professionnels et inégalitaires
  - une régulation « prix-volume » à priori aveugle et portant sur les tarifs mais pas sur les actes
- Des tarifs opaques et incompréhensibles
  - Bornes basses et bornes hautes
  - Règles de facturation des suppléments
  - Quid de l'ENC

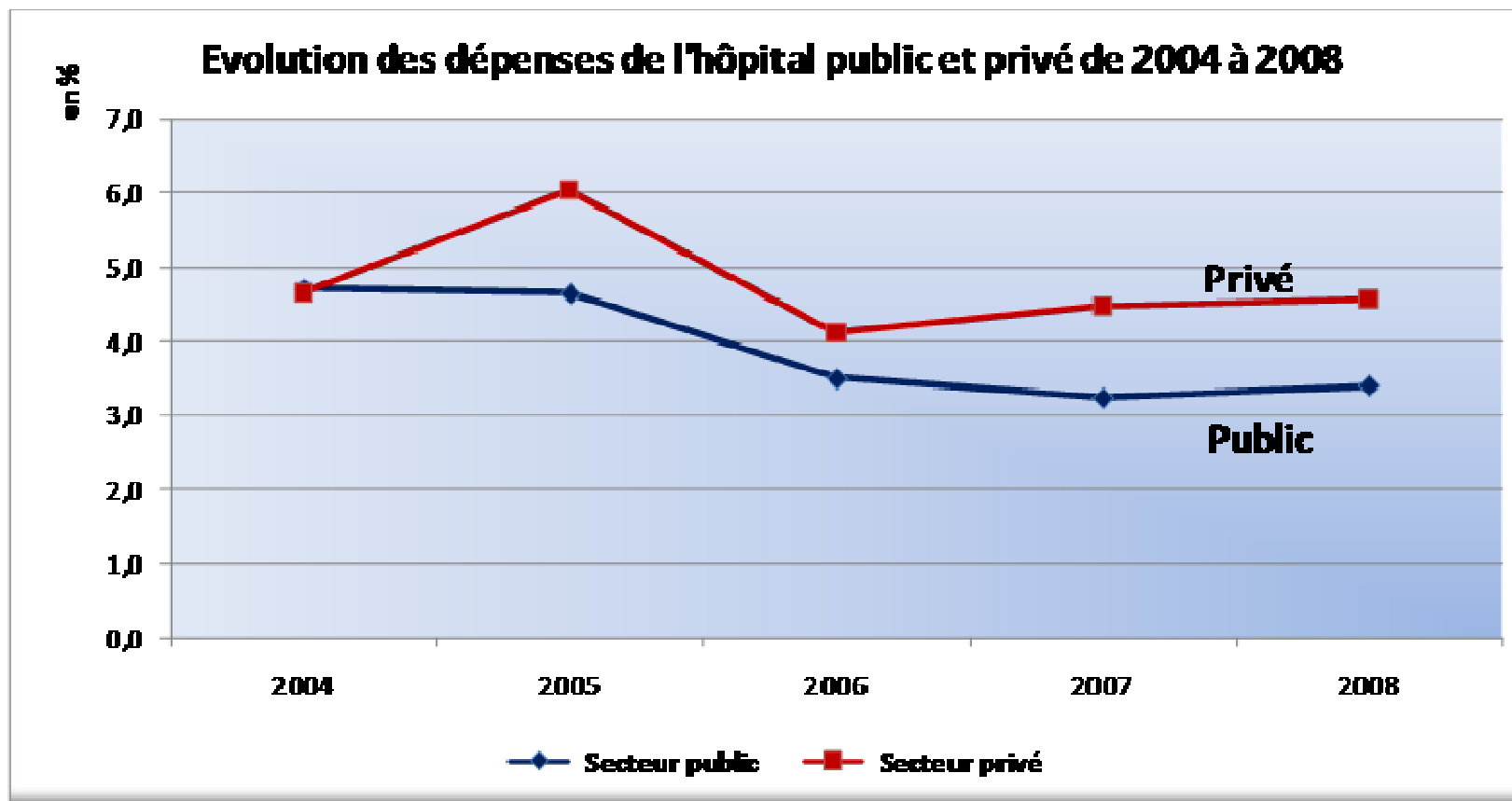


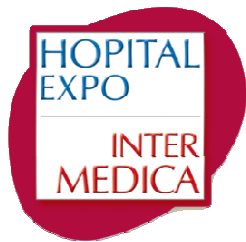


## Mais des désenchantements

- Le passage à 100% de la T2A s'est accompagné en 2008 d'une baisse technique des tarifs de 3,7% sur la base d'hypothèses de réalisation d'activité contredites par la réalité
  - Aujourd'hui,
- Après 6 ans de T2A, les hospitaliers constatent

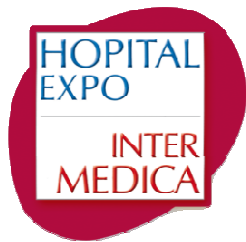
## Mais des désenchantements





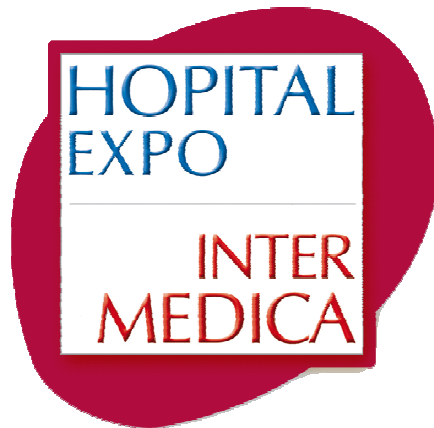
# Comment ré-enchanter l'avenir ?

- les règles de facturation doivent devenir stables, lisibles et compréhensibles de et par tous
- Les contrôles de l'assurance-maladie sont licites, les erreurs des hospitaliers possibles, le postulat « tous fraudeurs » insultant, les sanctions plus sévères que celles appliquées à la mafia : il faut retrouver un respect mutuel



## Comment ré-enchanter l'avenir ?

- Les hôpitaux publics assurent avec fierté les missions d'intérêt général : elles doivent être prises en compte et correctement valorisées
- Et pourquoi pas reconnaître enfin que les hôpitaux publics ont depuis plus de 25 ans mieux maîtrisé l'évolution de leurs dépenses que le secteur privé et la médecine libérale et en tirer des conclusions positives.



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

Quelles évolutions et objectivations  
pour les « MIG », pour les « AC » ?

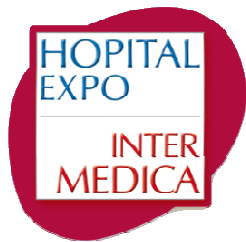
*Les MIGAC*  
*Evolution des enveloppes*



*Yves GAUBERT*  
*Michèle DESCHAMPS*

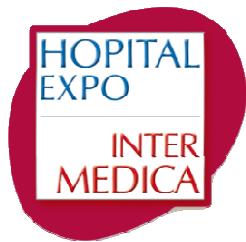
18-21 mai 2010  
VIPARIS – Porte de Versailles - France

Forum de l'hôpital public  
et du secteur social et médico-social



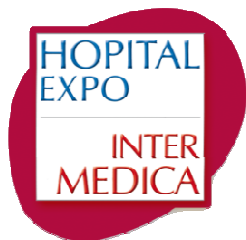
# Sommaire

- La dotation nationale des MIGAC
  - Une composante de la T2A
  - Sa part dans l'ODMCO
  - Son évolution
- Les missions d'intérêt général
  - Le financement des missions
  - Le financement régional
  - La répartition CHR/CH
  - Zoom sur l'éducation thérapeutique
- L'aide à la contractualisation
  - Les composantes de la partie AC
  - Le financement régional

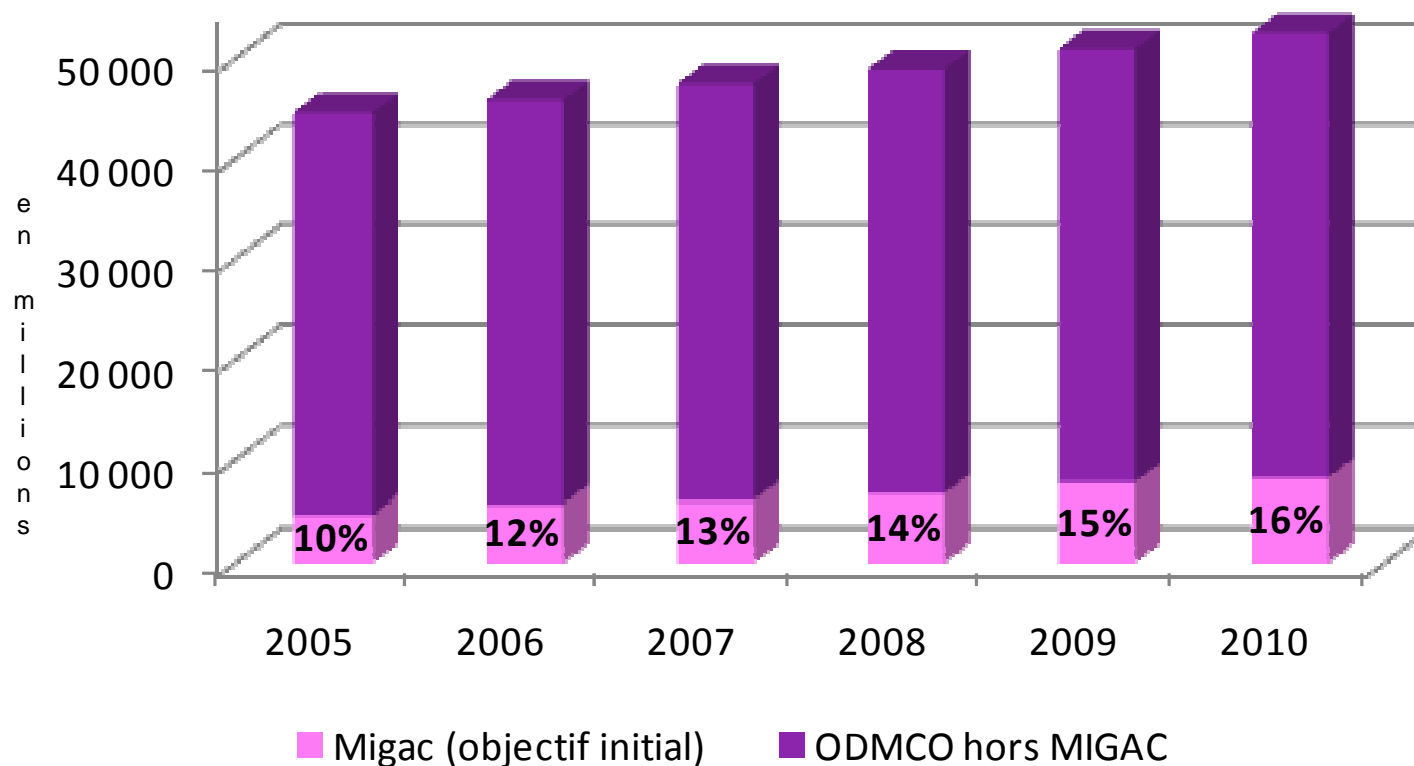


## Les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation

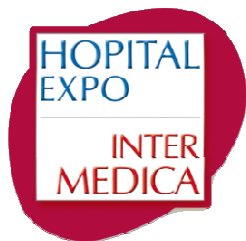
- La création de la dotation MIGAC est une composante de la réforme T2A.
- Volonté du législateur de maintenir des sources de financement en dehors du principe général de la tarification à l'activité, estimant qu'un certain nombre de missions ne peuvent être soumises à une tarification.



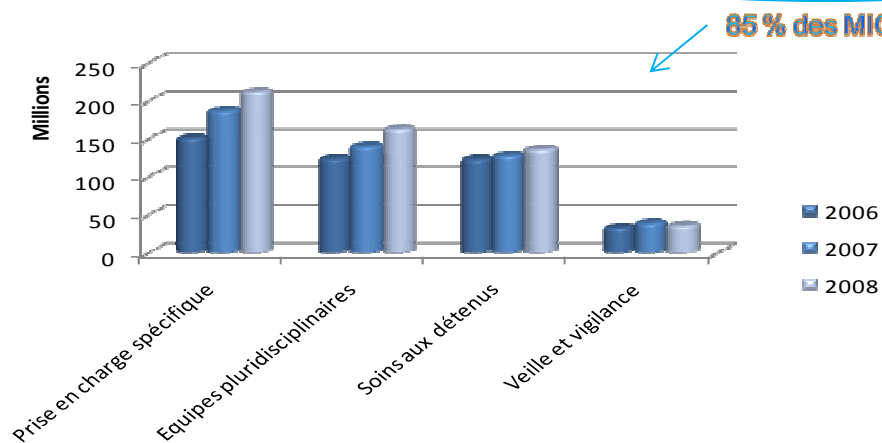
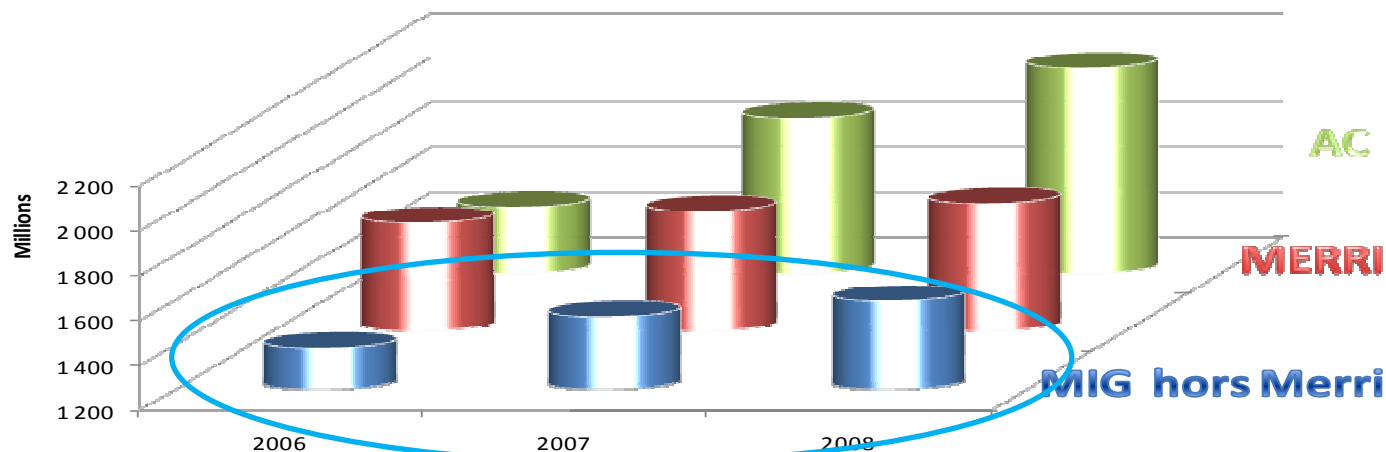
# L'ODMCO et sa part MIGAC de 2005 à 2010





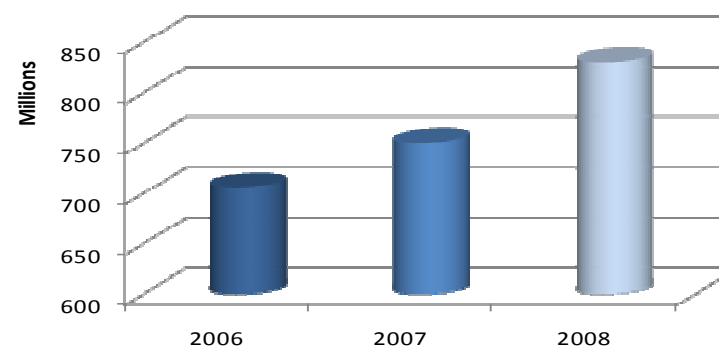


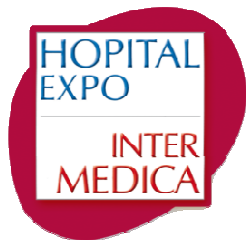
## Le financement des Missions d'Intérêt Général de 2006 à 2008 (hors AP-HP)



85 % des MIG hors Merri

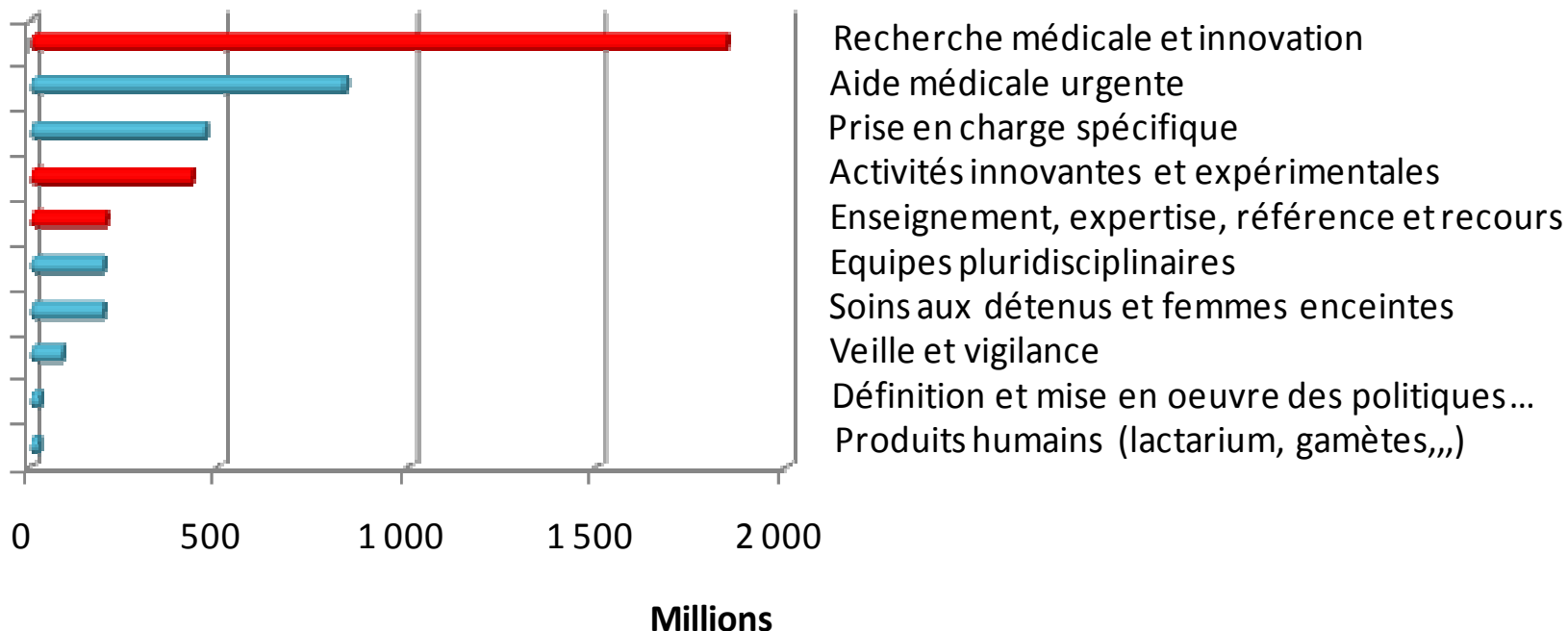
Aide médicale urgente  
52%

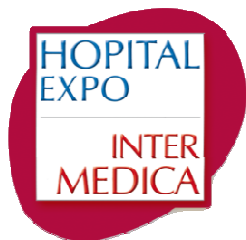




# Les dotations nationales 2008

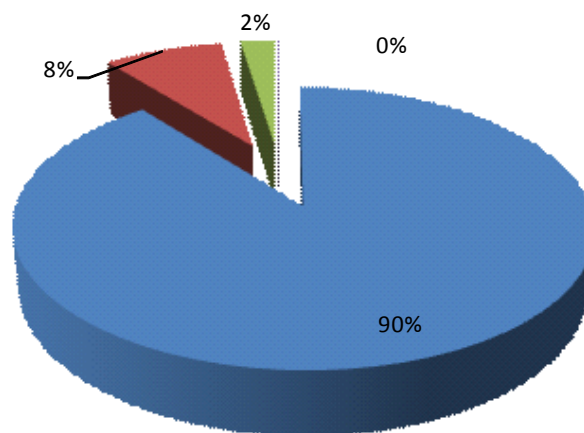
## Missions d'intérêt général 4.3 milliards





# Les MERRI par secteur (hors part fixe)

Actions innovantes et expérimentales

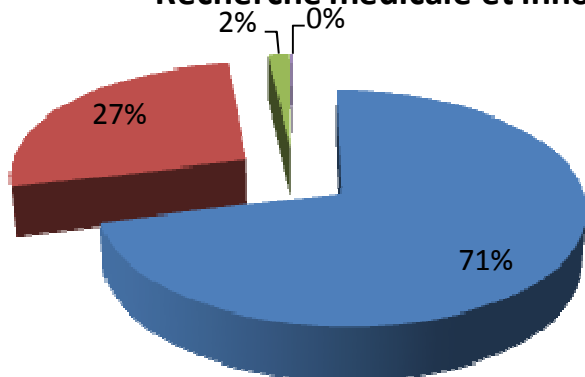


**425 millions**

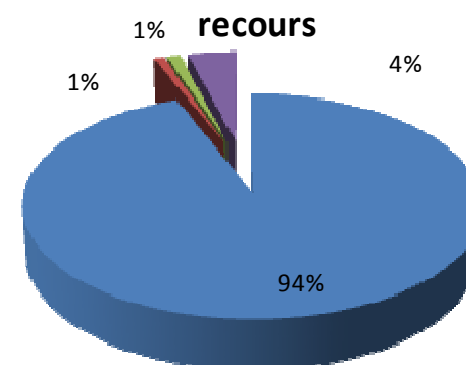
**219 millions**

**206 millions**

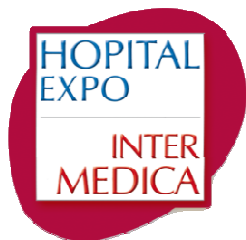
Recherche médicale et innovation



Enseignement, expertise, référence et recours



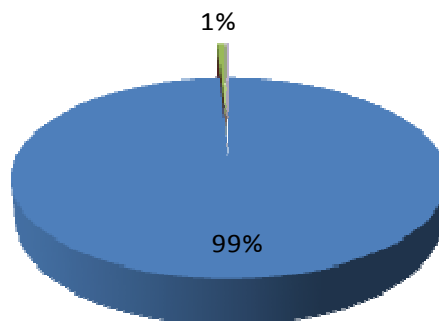
■ CH / CHR   ■ CLCC   ■ EBNL PSPH ou non   ■ Cliniques



## Les autres MIG (1)

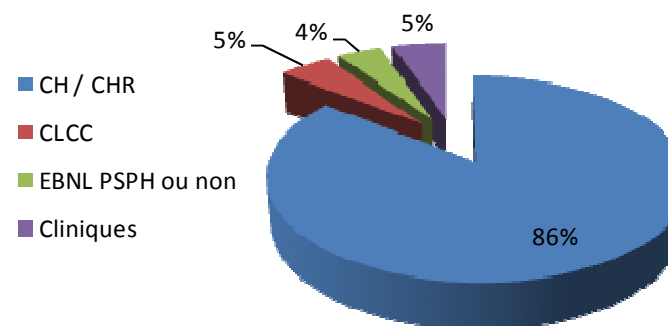
830 millions

### Aide médicale urgente



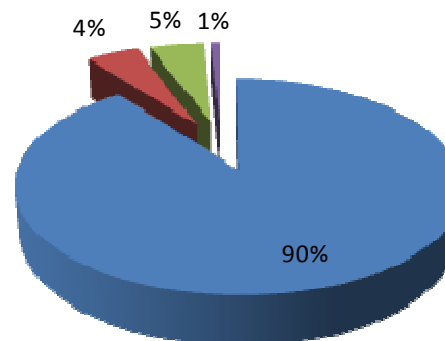
194 millions

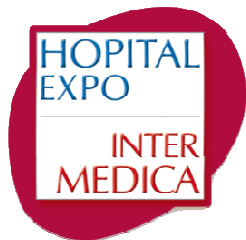
### Prises en charge spécifiques



460 millions

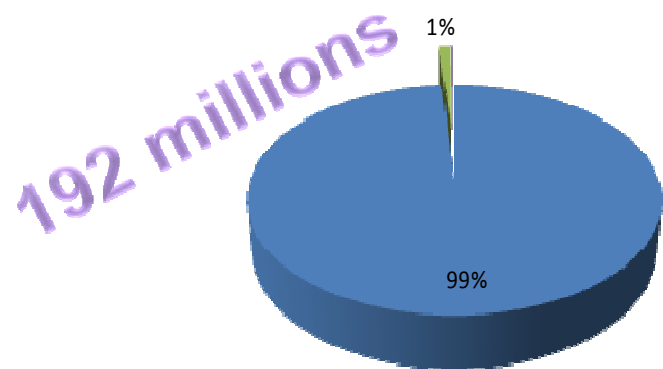
### Equipes pluridisciplinaires



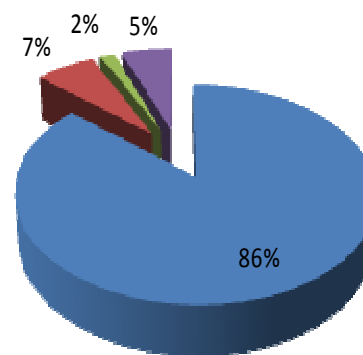


# Les autres MIG (2)

Soins aux détenus et aux femmes enceintes

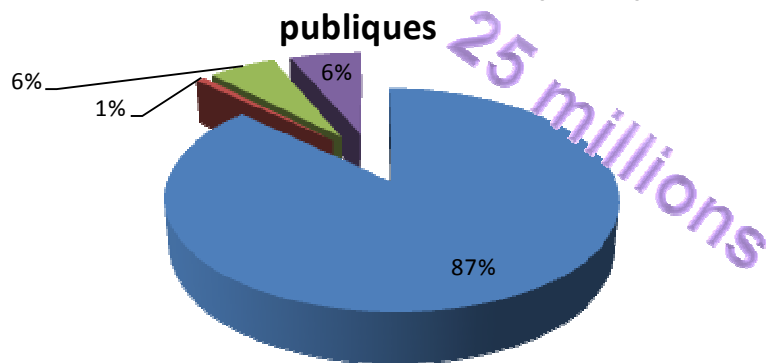


Veille et vigilance

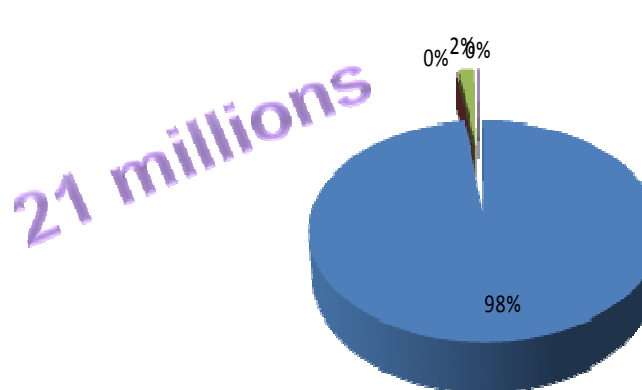


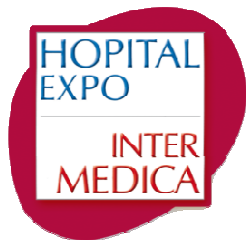
- CH / CHR
- CLCC
- EBNL PSPH ou non
- Cliniques

Définition et mise en oeuvre des politiques publiques



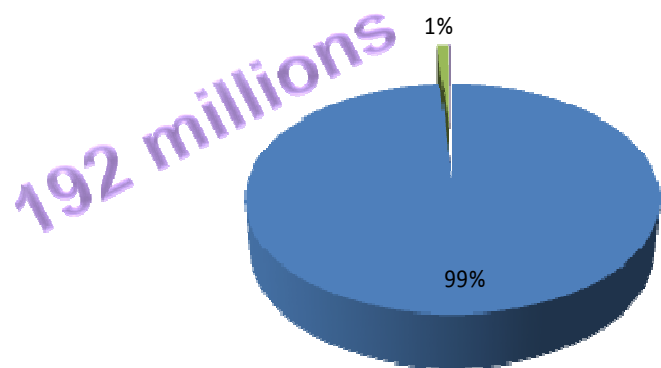
Produits humains



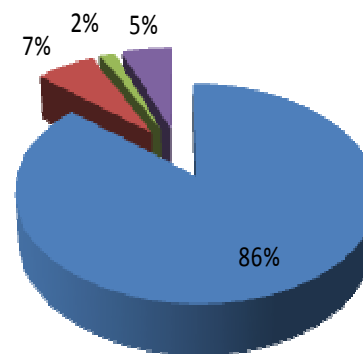


# Les autres MIG (2)

Soins aux détenus et aux femmes enceintes

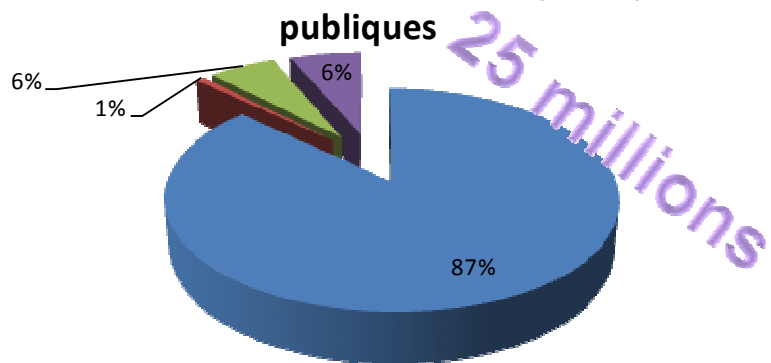


Veille et vigilance

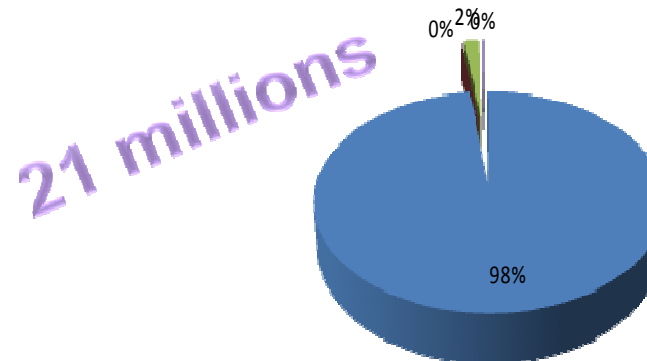


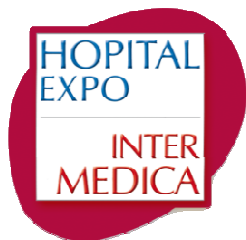
- CH / CHR
- CLCC
- EBNL PSPH ou non
- Cliniques

Définition et mise en oeuvre des politiques publiques

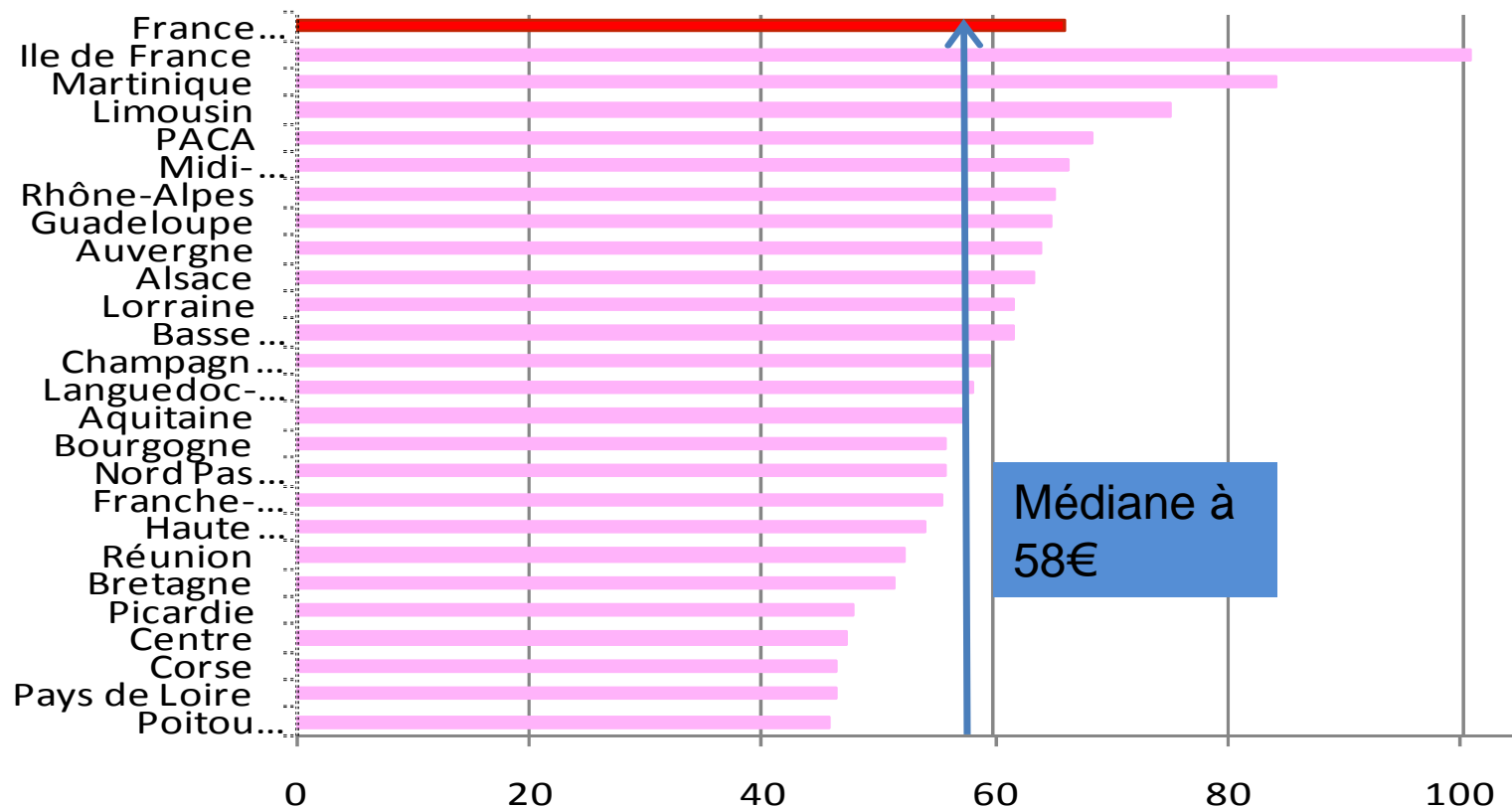


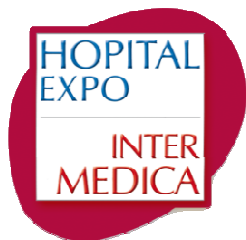
Produits humains



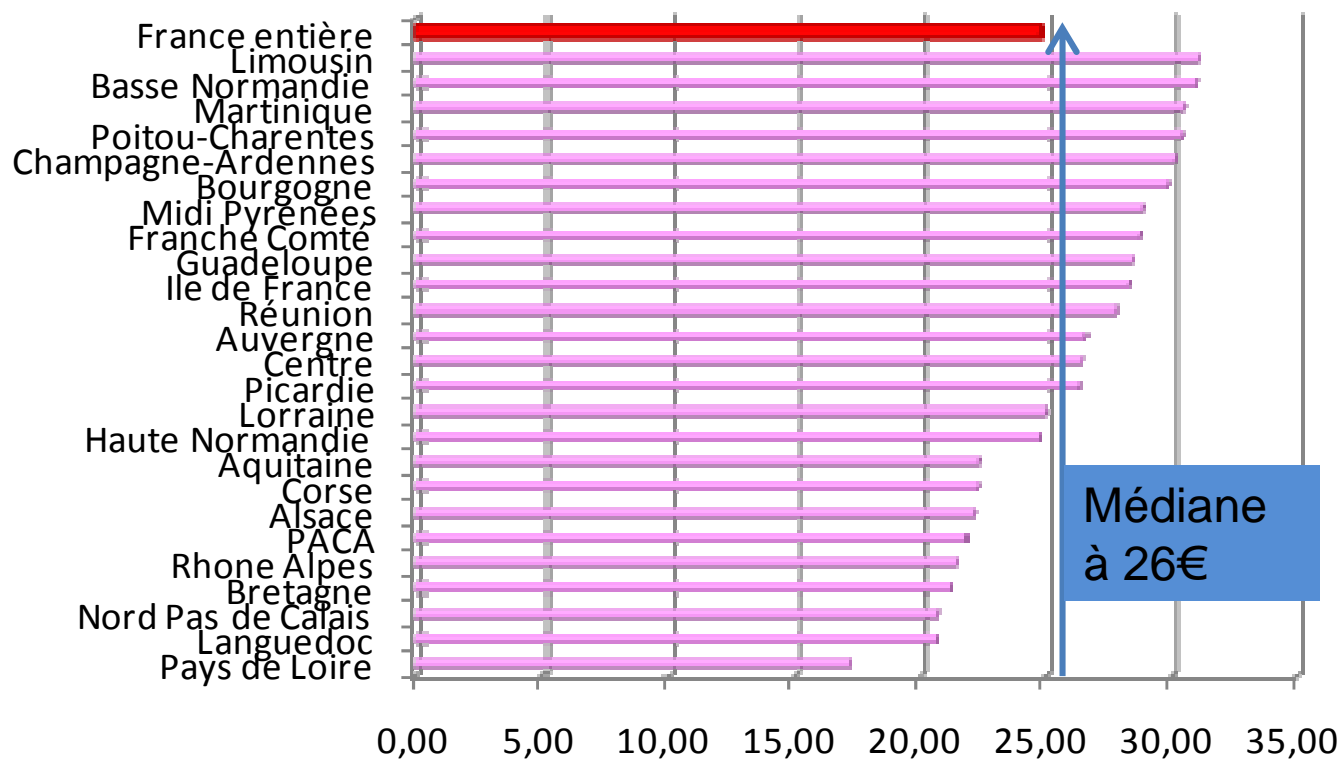


## Dotation MIG par habitant Tous secteurs

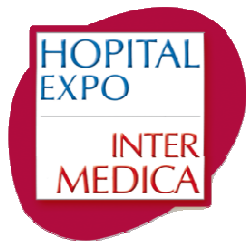




## Dotation MIG à caractère régional hors MERRI par habitant Tous secteurs







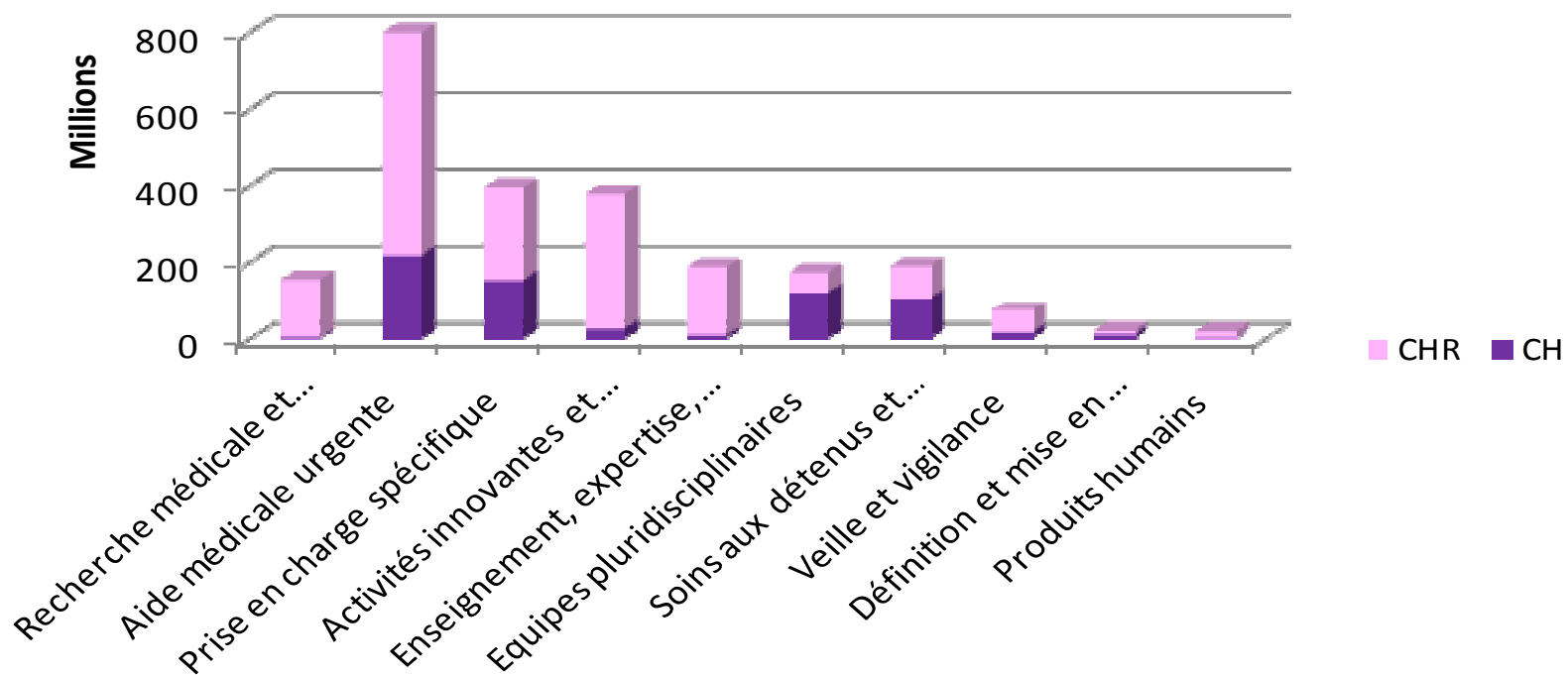
## Le rééquilibrage des dotations régionales

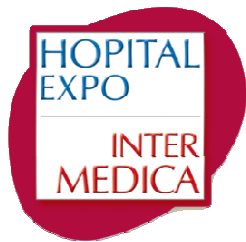
- L'écart-type des MIG par habitant est de 12€ pour une moyenne de 66€
- L'écart-type des MIG à caractère régional et hors Merri est à 3.97€ pour une moyenne de 25€ ; il passe à 3.91 après le rééquilibrage effectué en 2009 de l'ordre de 7 millions.



# La répartition des missions au sein des hôpitaux

(hors part fixe des MERRI)





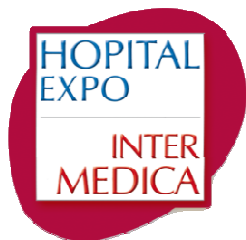
# Zoom sur les charges déclarées et les financements

Un exemple :

## L'éducation thérapeutique

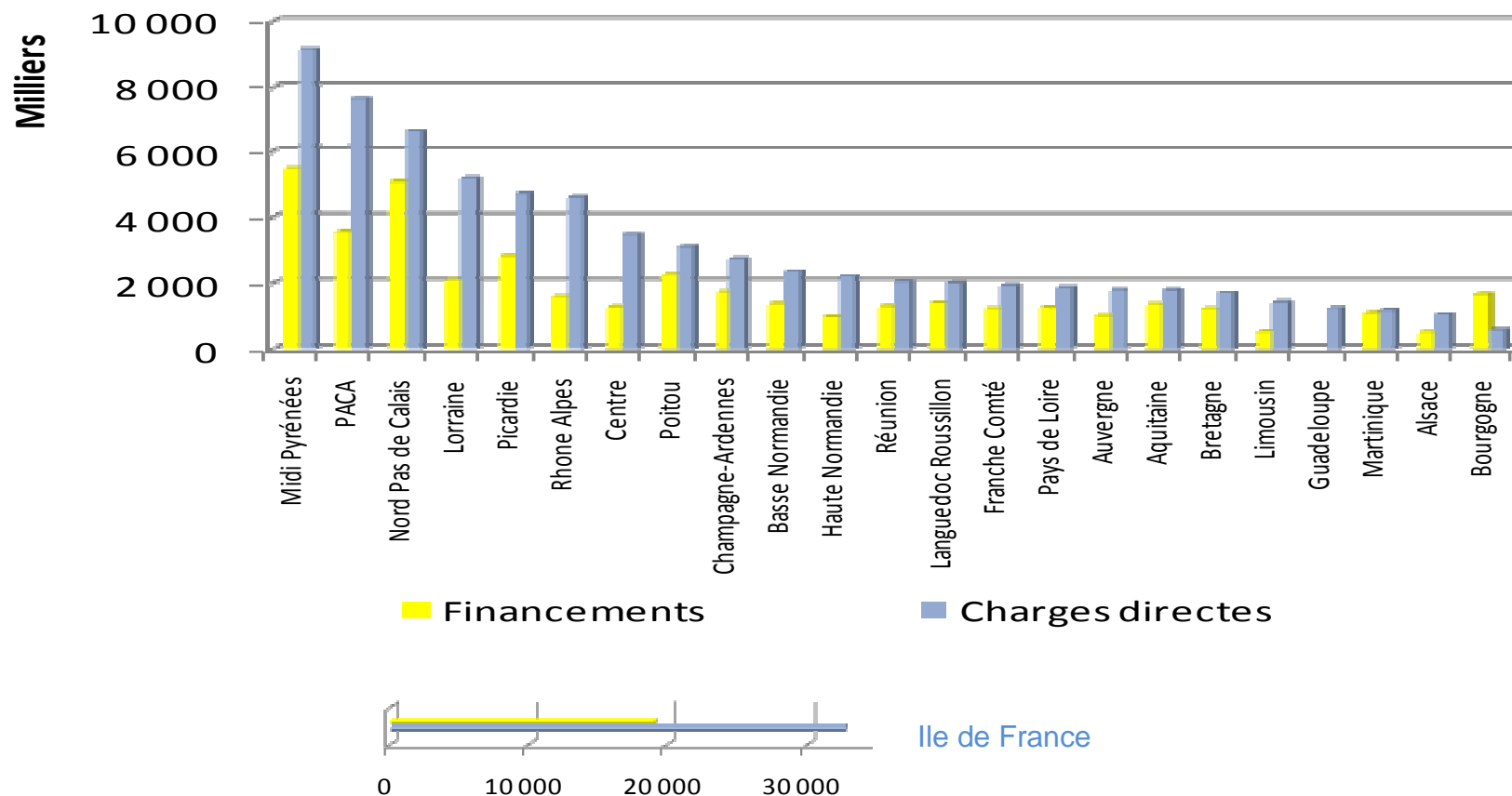
Le guide méthodologique diffusé par la DGOS tient un discours très positif sur le sujet et souligne la forte augmentation des dotations depuis 2005.

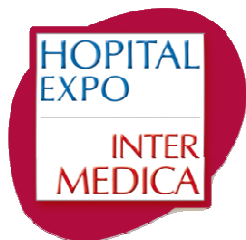
Et pourtant, le financement est loin de couvrir les charges, même les charges directes.



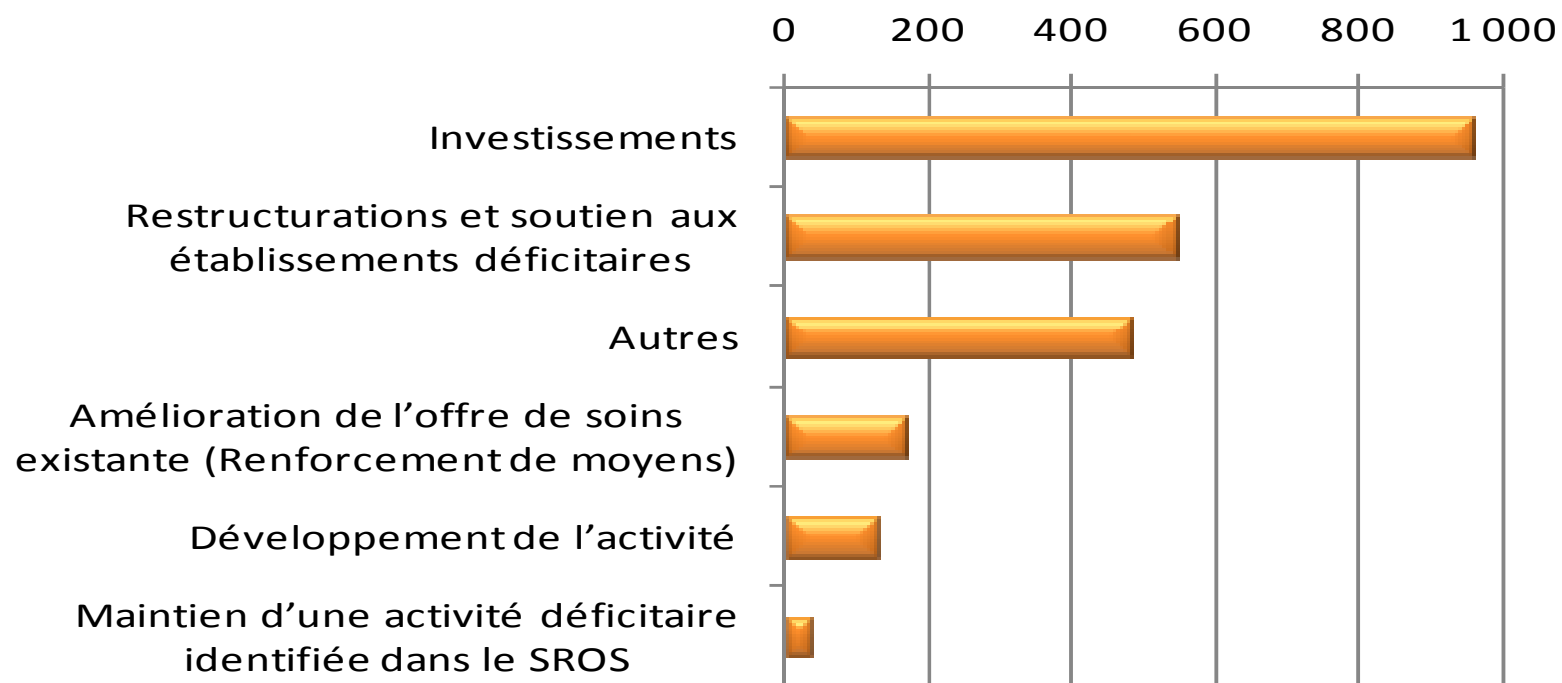
# Le constat en 2008

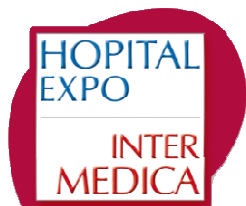
60 millions de financement  
103 millions de **charges directes**



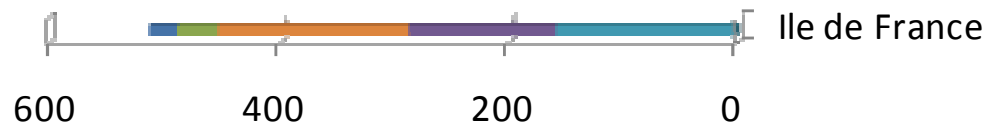
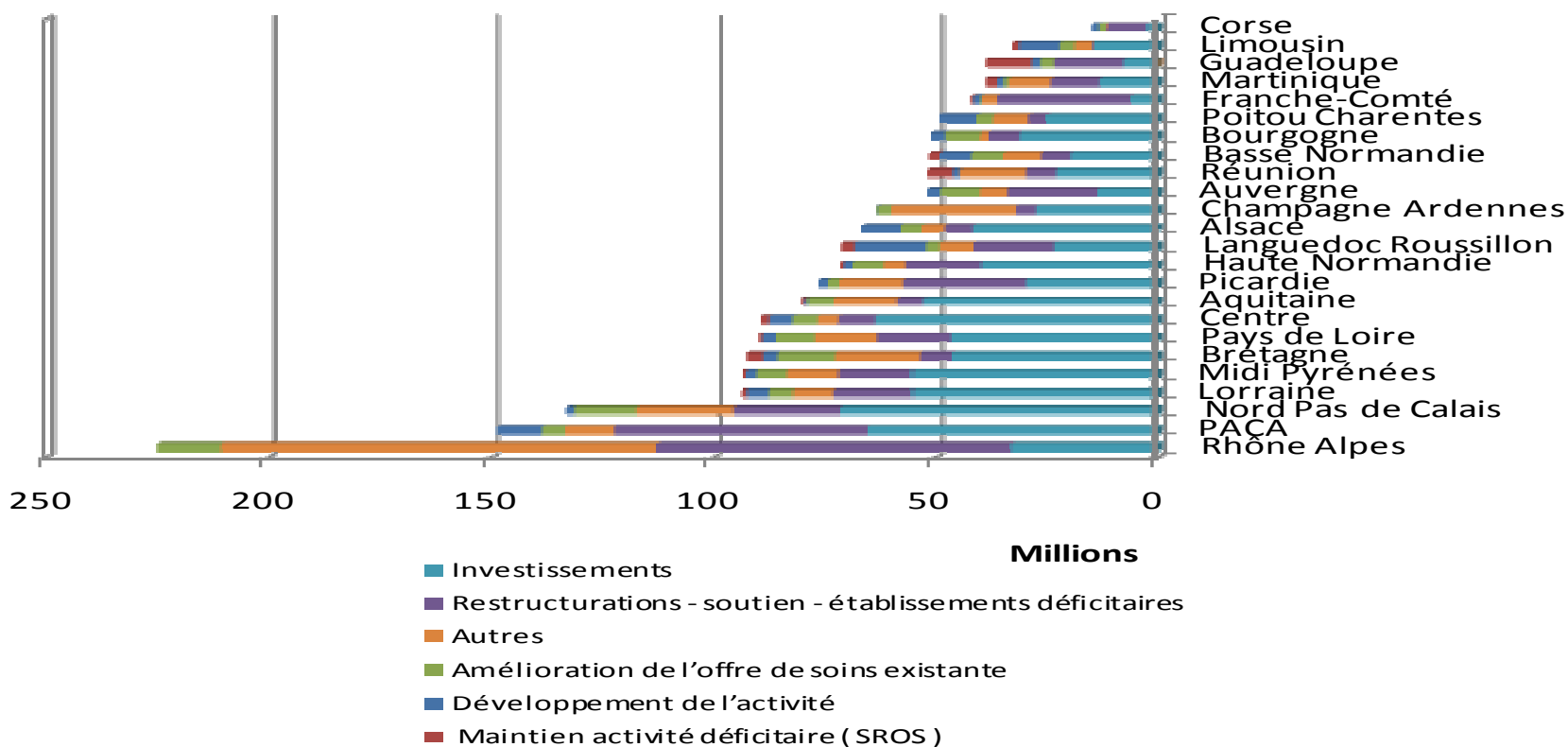


## Aide à la contractualisation 2.3 milliards





# L'aide à la contractualisation régionale





# EVOLUTION des LISTES en SUS L'ASPECT ECONOMIQUE

Dominique GOEURY

Pharmacien Hospitalier

Assistance Publique Hôpitaux de Paris

AGEPS

Ve JOURNEES NATIONALES de l'INFORMATION MEDICALE

HOPITAL EXPO 20mai 2010



# EVOLUTION des LISTES en SUS L'ASPECT ECONOMIQUE

- Introduction : intervention de la PUI
- Contrat de bon usage
  - Amélioration et sécurisation du circuit des produits de santé : dispensation nominative des médicaments, reconstitution des chimiothérapies, traçabilité des DMI....
- Maitrise des dépenses
  - élaboration des référentiels des DMI, diffusion des référentiels, analyse des écarts, suivi des indications des PTT, des groupes IV
- Réponses aux contrôles de l'AM





# EVOLUTION des LISTES en SUS L'ASPECT ECONOMIQUE

- Mise à jour des listes de médicaments et des DMI en sus
- Suivi des dépenses :
  - Comptes budgétaires 6021 et 60212, 6022 et 602261
  - Montants facturés par l'hôpital, montants remboursés



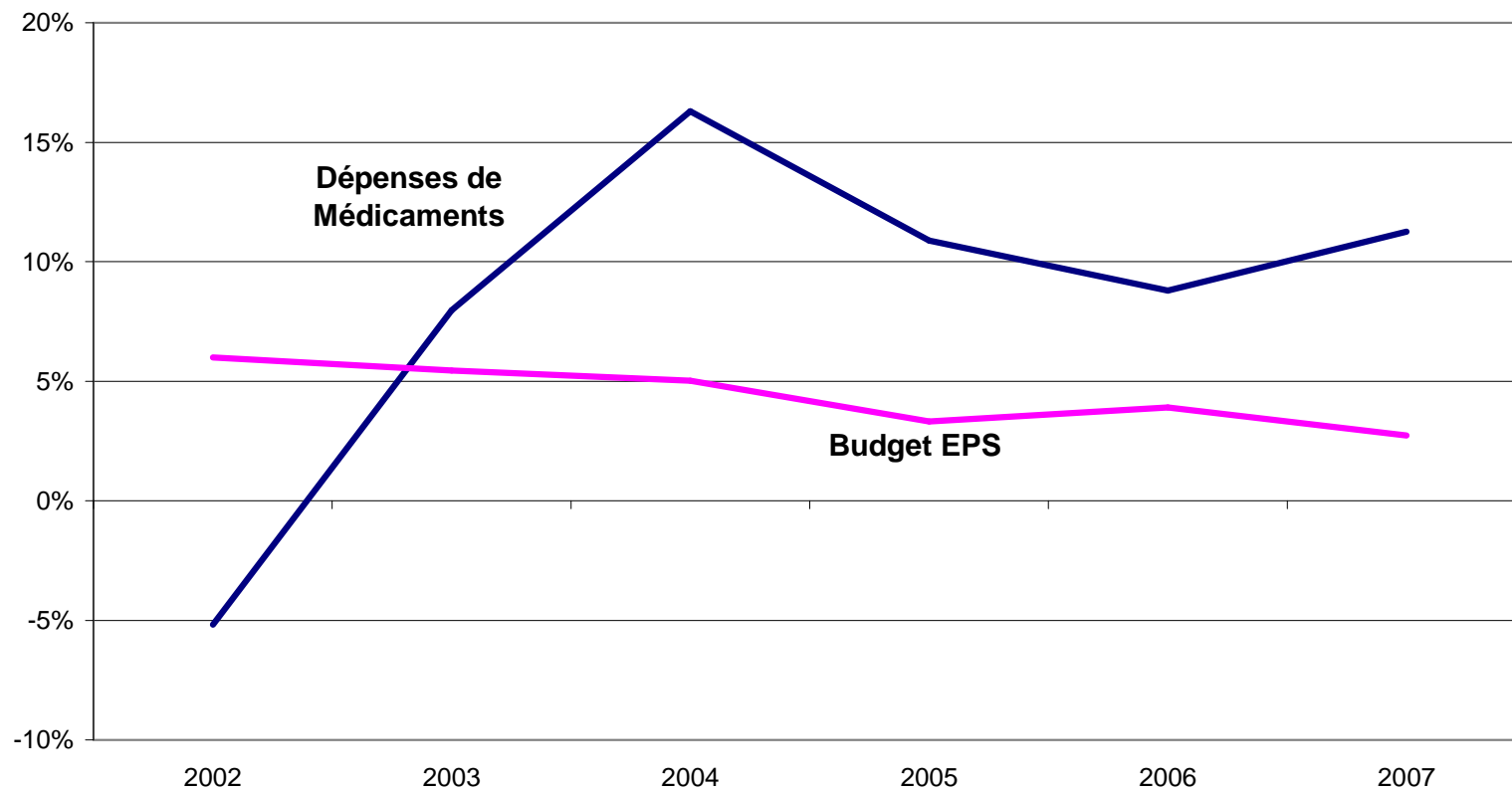
# EVOLUTION des LISTES en SUS

## L'ASPECT ECONOMIQUE

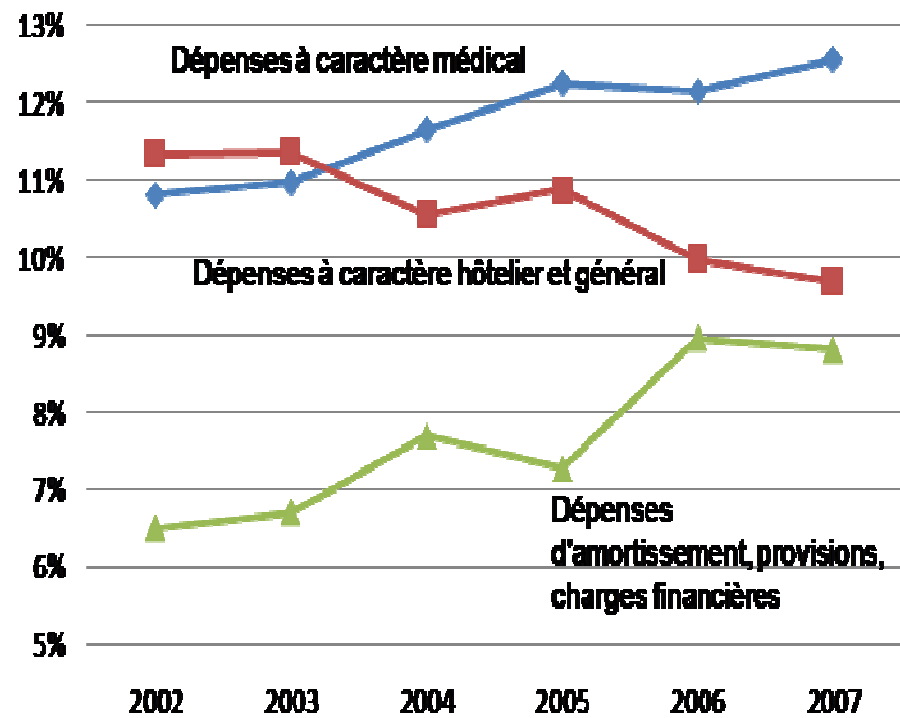
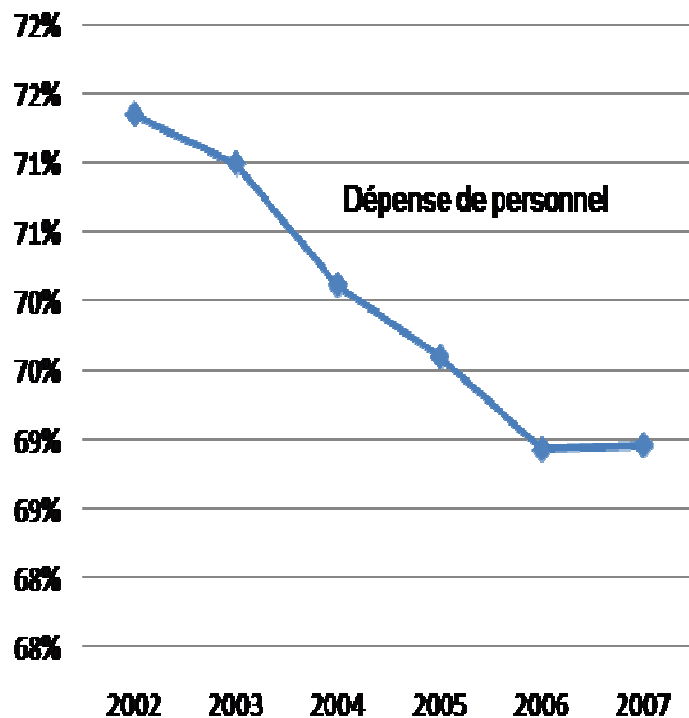
- ETS publics : CHU, CH( grand, moyen, petit), AP, SIH, hôpitaux locaux, CHS
- Données e-pmsi, comptes budgétaires (données FHF), AP-HP
- Nombre de médicaments en augmentation, volumes financiers et quantités croissantes, prix moyen stable
- Sorties de la liste médicaments rares : phosphonates inj, (et antiK en 2010), pas de règles
- Nombre de codes LPP stable depuis 2006 (orthopédie), ajout des implants cochléaires, DAV, ligamentoplastie en 2009, (sortie des valves en 2010).

# EVOLUTION des LISTES en SUS L'ASPECT ECONOMIQUE

Evolution comparée des dépenses de médicaments (hors rétrocession)  
et du budget des établissements



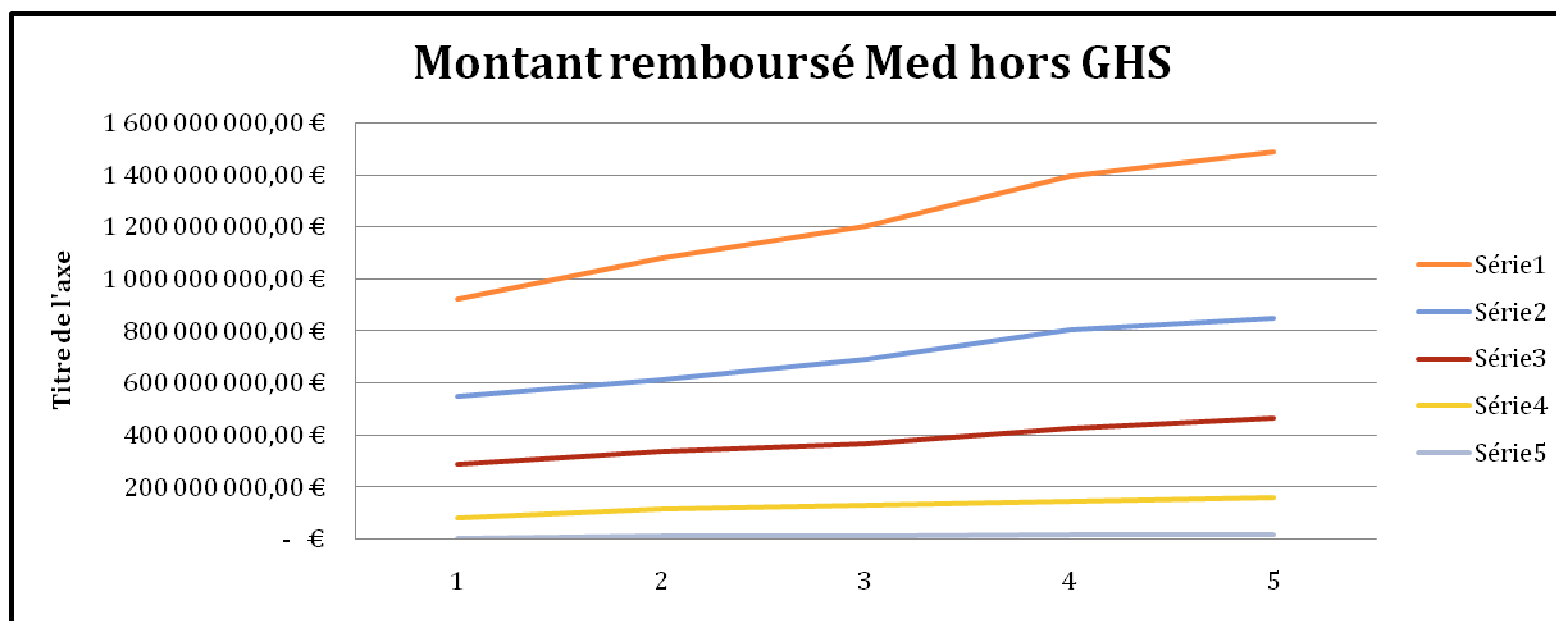
# EVOLUTION des LISTES en SUS L'ASPECT ECONOMIQUE



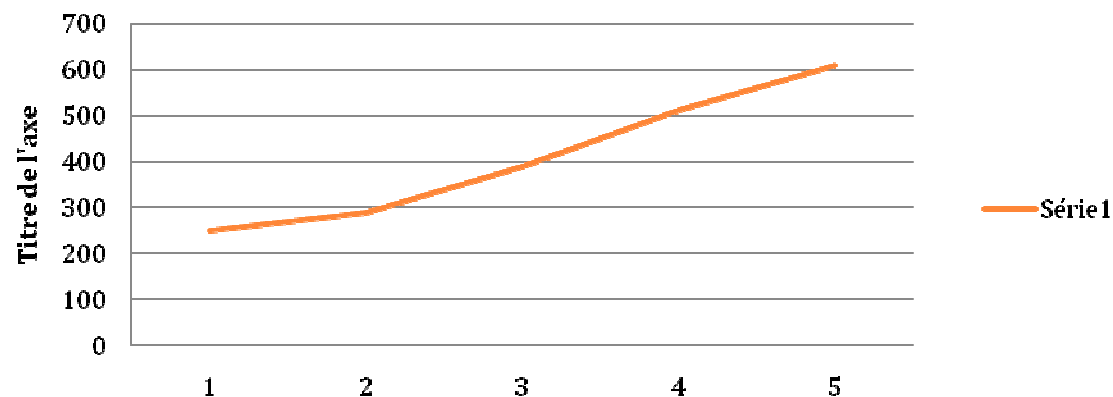
## Montant Médicament hors GHS remboursé par l'AM

Années	Total Med hors GHS remboursé ETS publics	CHU	Grand CH	CH moyen	Petit CH	Nombre de codes UCD
<b>2005</b>	<b>922 872 878€</b>	<b>546 052 579 €</b>	<b>289 392 197€</b>	<b>80 139 045€</b>	<b>4 235 258€</b>	<b>250</b>
<b>% d'augmentation</b>	<b>17%</b>	<b>12%</b>	<b>17%</b>	<b>45%</b>	<b>183%</b>	
<b>2006</b>	<b>1 082 464 247 €</b>	<b>610 667 850€</b>	<b>338 918 709€</b>	<b>116 304 981€</b>	<b>11 966 967€</b>	<b>290</b>
<b>% d'augmentation</b>	<b>11%</b>	<b>12%</b>	<b>9%</b>	<b>12%</b>	<b>3%</b>	
<b>2007</b>	<b>1 203 778 870 €</b>	<b>686 731 746€</b>	<b>369 682 286€</b>	<b>130 284 959€</b>	<b>12 365 211 €</b>	<b>389</b>
<b>% d'augmentation</b>	<b>16%</b>	<b>17%</b>	<b>16%</b>	<b>10%</b>	<b>16%</b>	
<b>2008</b>	<b>1 393 243 388 €</b>	<b>803 195 095€</b>	<b>427 636 393€</b>	<b>142 841 509 €</b>	<b>14 347 583€</b>	<b>512</b>
<b>% d'augmentation</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>9%</b>	<b>11%</b>	<b>4%</b>	
<b>2009</b>	<b>1 488 745 641 €</b>	<b>846 058 996€</b>	<b>464 622 063€</b>	<b>158 153 936 €</b>	<b>14 959 117€</b>	<b>608</b>

## Montant Médicament hors GHS remboursé par l'AM



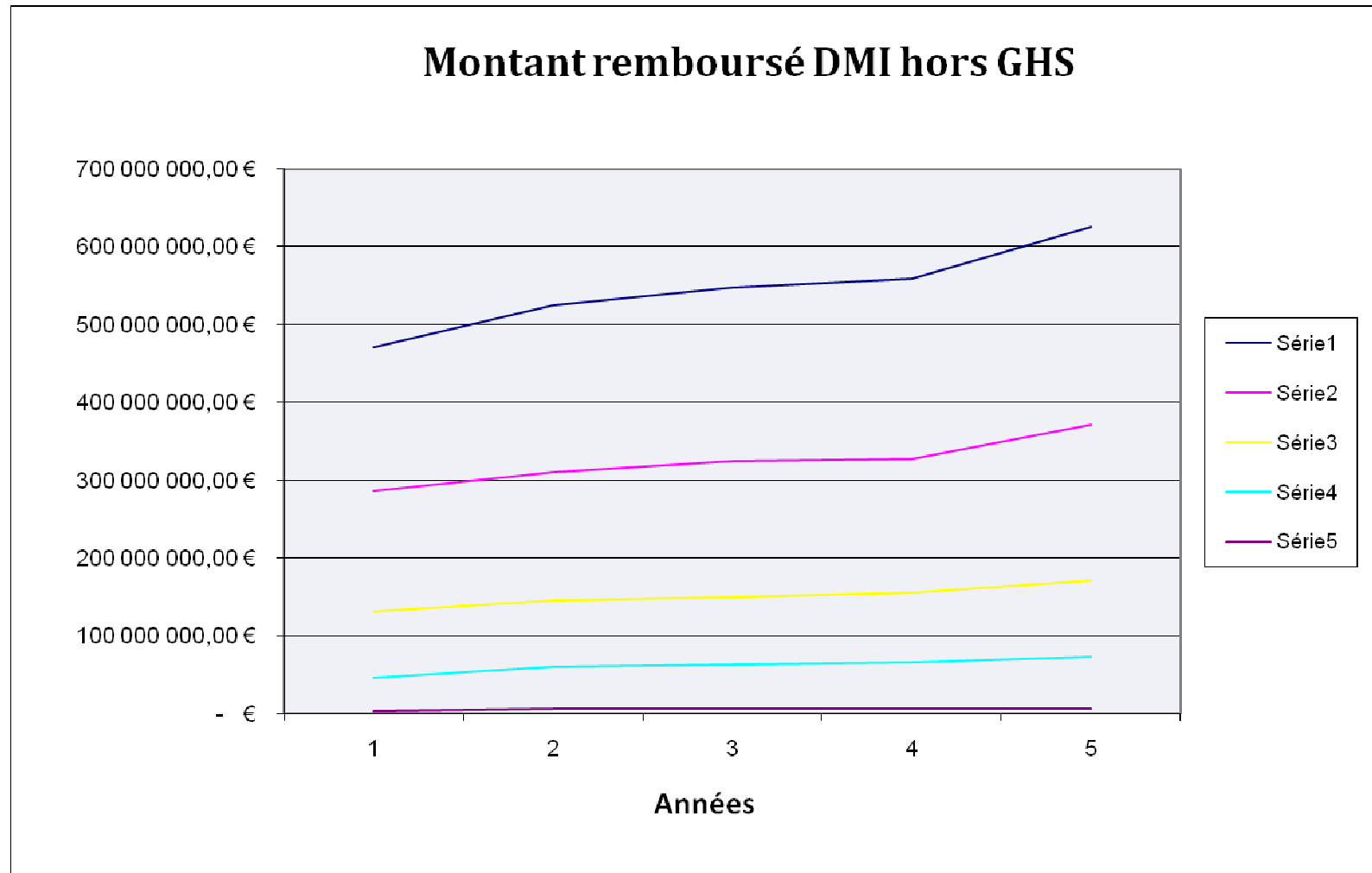
### nombre de codes UCD/an



## Montant DMI hors GHS remboursé par l'AM

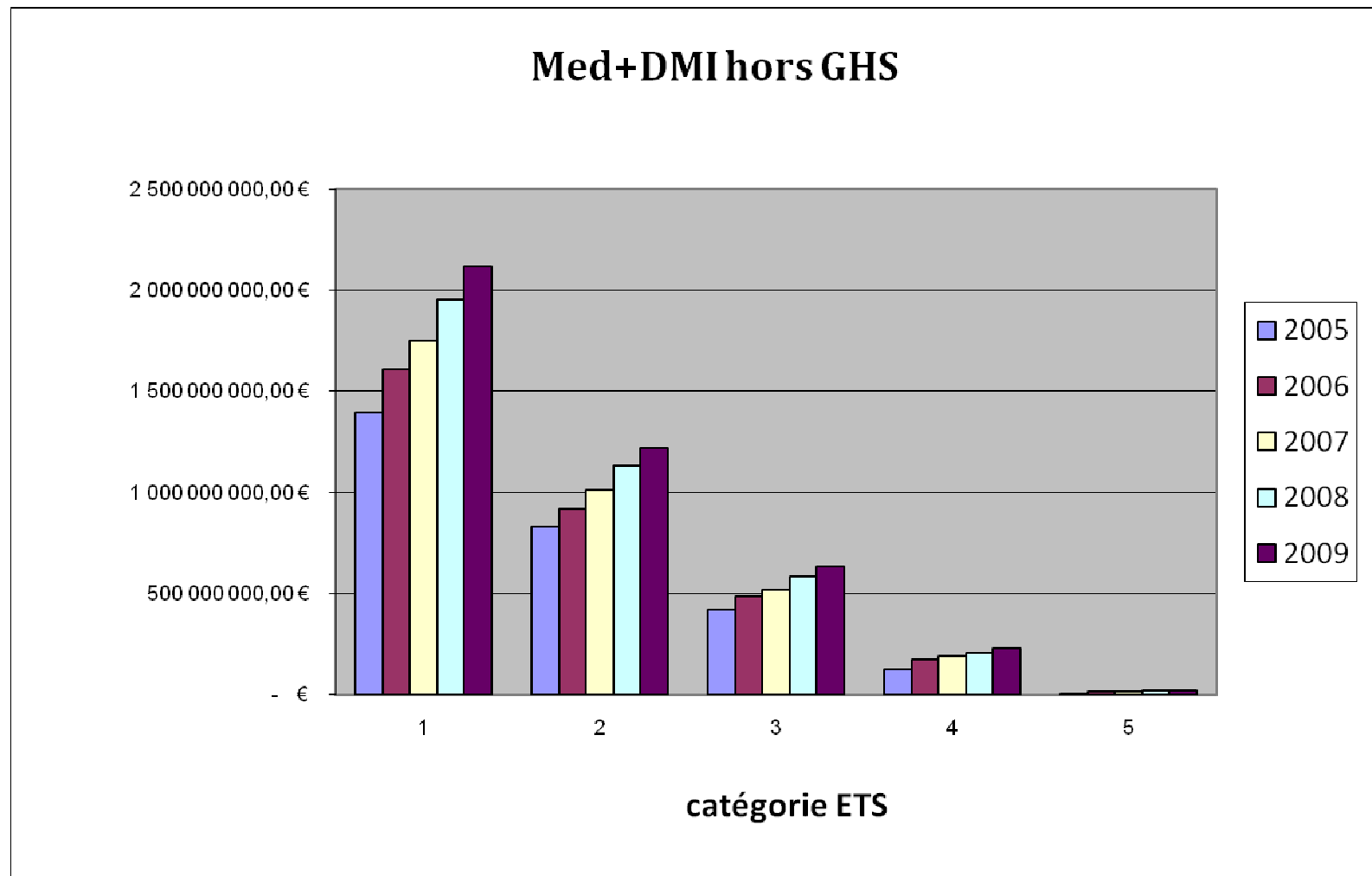
Années	Total DMI hors GHS remboursé ETS publics	CHU	Grand CH	CH moyen	Petit CH	Nombre de codes LPP
2 005	470 512 153 €	285 407 336€	131 063 263€	46 233 402€	3 387 993€	1 052
% d'augmentation	12%	9%	11%	29%	67%	
2 006	525 194 863€	309 971 497€	145 941 974€	59 631 921 €	5 667 493€	1 067
% d'augmentation	4%	5%	2%	6%	6%	
2 007	548 286 134€	324 858 935 €	149 505 801€	63 376 557€	6 017 976€	1 098
% d'augmentation	2%	1%	4%	4%	5%	
2 008	558 514 013 €	326 669 945€	156 110 119 €	65 713 975€	6 328 308€	1 161
% d'augmentation	12%	14%	10%	10%	0%	
2 009	626 117 829€	371 900 046 €	171 592 916€	72 513 786 €	6 312 185€	1 193

## Montant des DMI hors GHS remboursé par l'AM

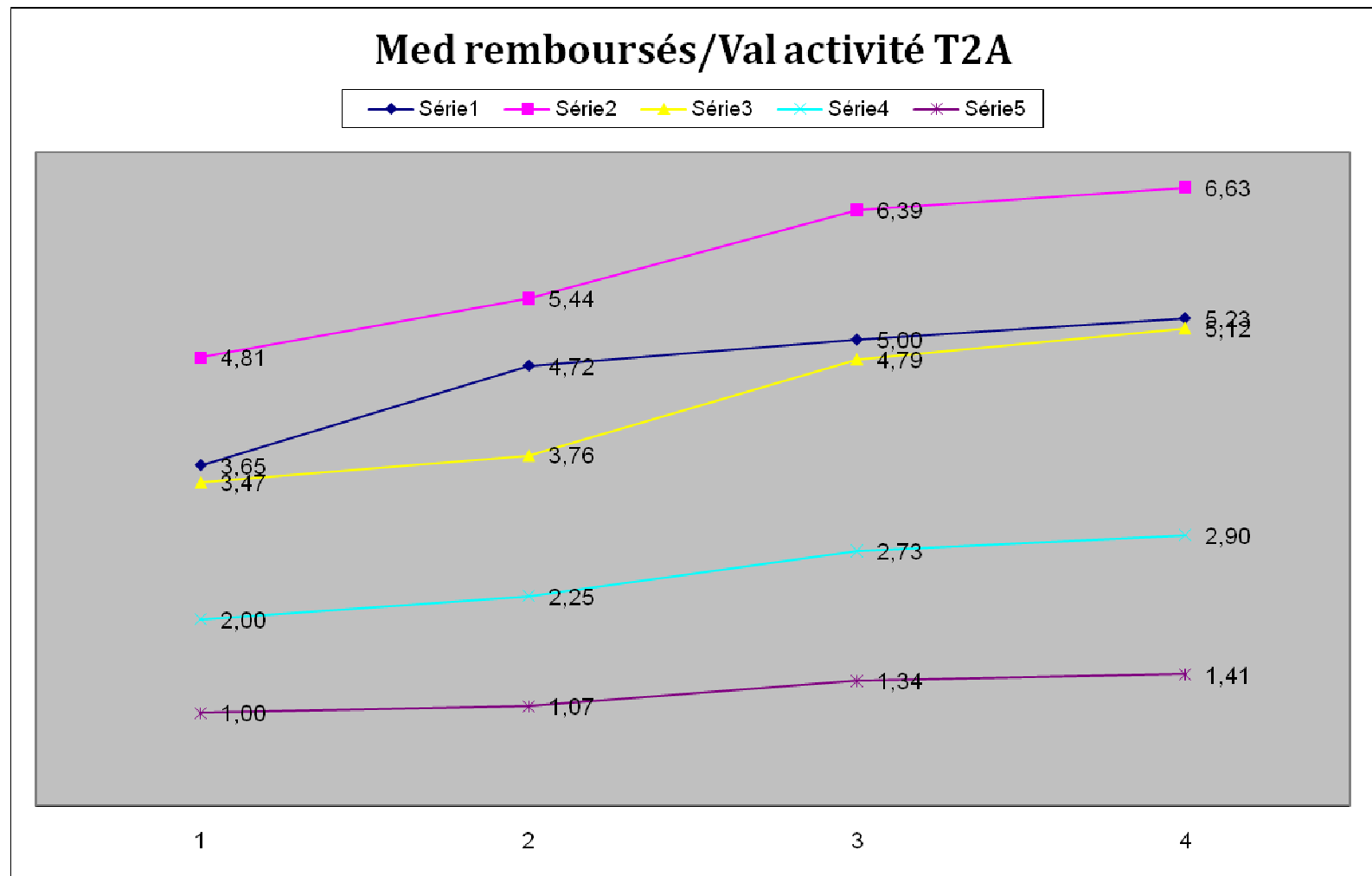




## Montant Médicament et DMI hors GHS remboursé

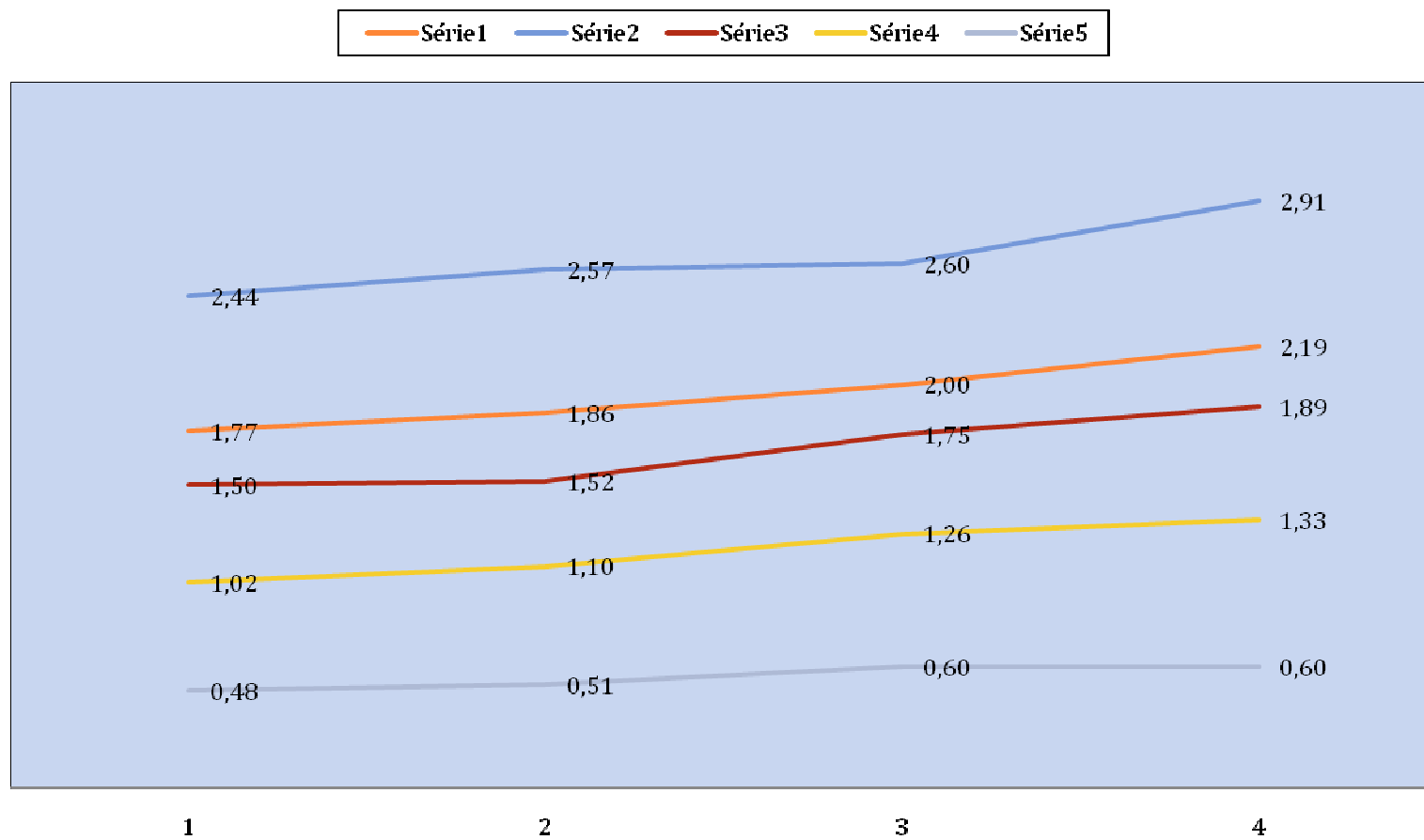


## Part des médicaments hors GHS remboursés dans les recettes T2A



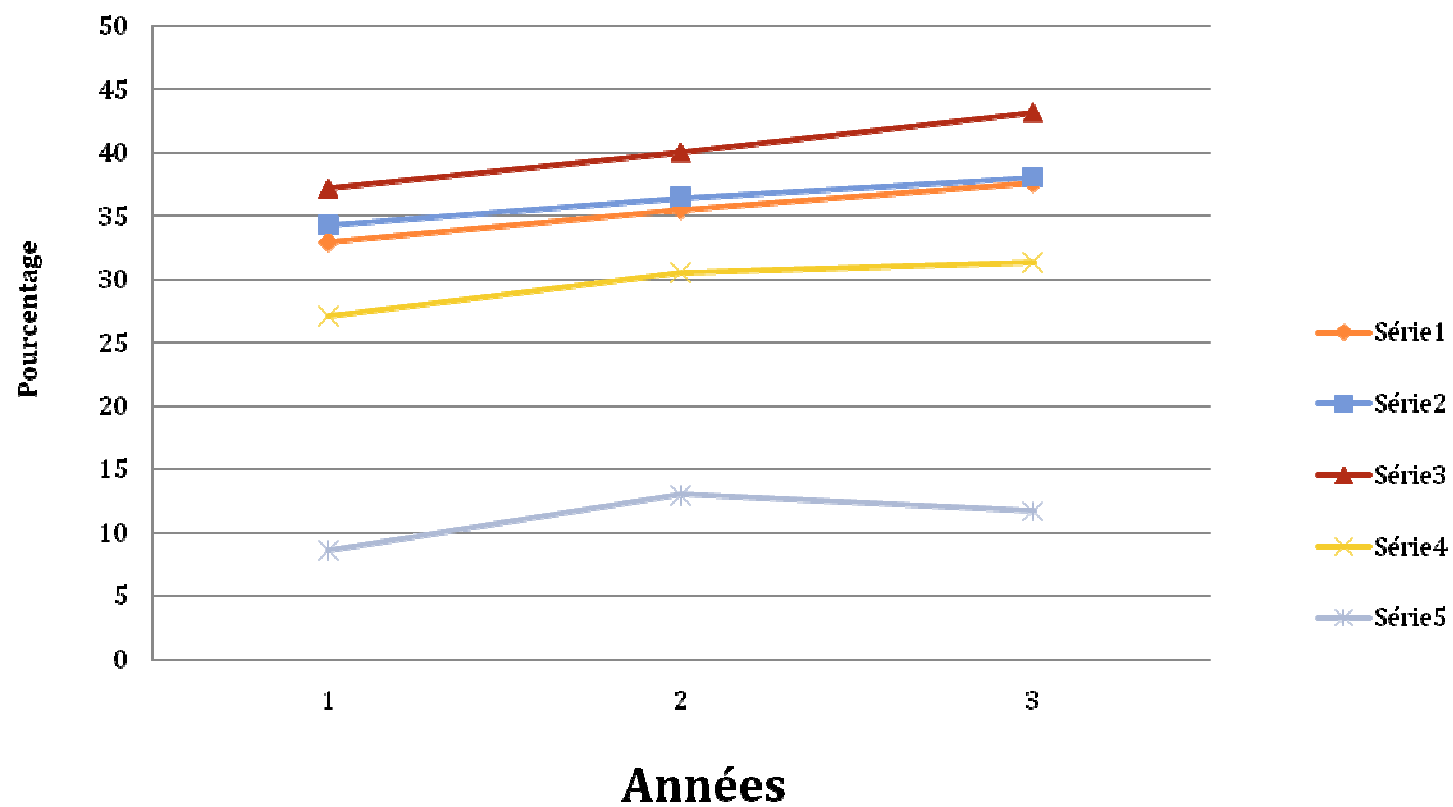
## Part des DMI hors GHS remboursés dans les recettes T2A

### DMI remboursés/val activité T2A



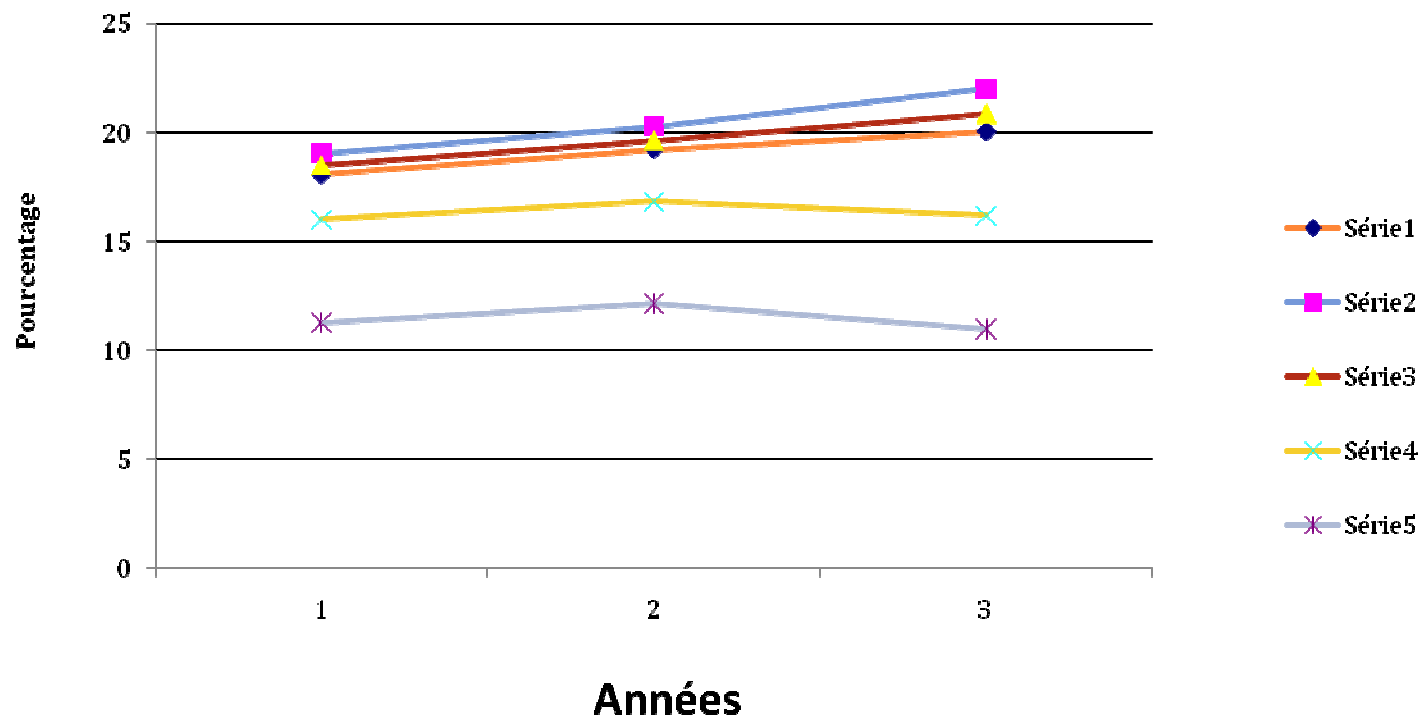
## Pourcentage dépenses de médicaments hors GHS sur les dépenses totales de médicaments

### Dépenses Med hors GHS/6021



# Pourcentage dépenses de DMI hors GHS sur les dépenses totales de DM

## Dépenses DMI hors GHS/6022

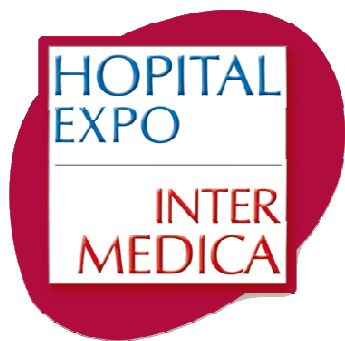


## Dépenses Med hors GHS et familles ( AP-HP )

<b>Année</b>	<b>% Med hors GHS/6021</b>	<b>% Med antiK / Med hors GHS</b>	<b>% MDS/ Med hors GHS</b>	<b>%Cytokine/ Med hors GHS</b>	<b>Aug dépenses hors GHS</b>
<b>2005</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>21</b>	<b>10</b>	
<b>2006</b>	<b>34</b>	<b>45</b>	<b>26</b>	<b>9</b>	<b>+ 27.5</b>
<b>2007</b>	<b>34</b>	<b>46</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>+ 9.4</b>
<b>2008</b>	<b>37</b>	<b>47</b>	<b>22</b>	<b>11</b>	<b>+ 20.2</b>
<b>2009</b>	<b>37</b>	<b>45</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>- 0.1</b>

## Dépenses DMI hors GHS et familles ( AP-HP )

<b>Années</b>	<b>Orthopédie/HGS</b>	<b>Cardiovasculaire/hors GHS</b>	<b>Divers</b>
<b>2005</b>	<b>22%</b>	<b>72%</b>	<b>6%</b>
<b>2006</b>	<b>20%</b>	<b>69%</b>	<b>11%</b>
<b>2007</b>	<b>23%</b>	<b>65%</b>	<b>12%</b>
<b>2008</b>	<b>27%</b>	<b>60%</b>	<b>13%</b>
<b>2009</b>	<b>25%</b>	<b>56%</b>	<b>19%</b>



18 > 21 mai 2010  
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

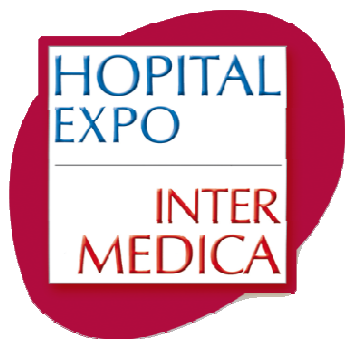
## Journées nationales du CNIM

### *EVOLUTION DES LISTES EN SUS :* *2) Les aspects médicaux et techniques*



B. GARRIGUES – Président du CNIM





18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

« Prospective payment » Forfaitaire :

⇒ Le Médicament «a donc vocation à être inclus dans le tarif des GHS » (Idem DMI)

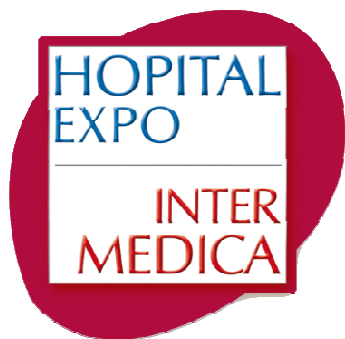
Mécanisme Dérogatoire pour certains d'entre eux :  
Sur quelle base ?

Définition statistique sur une base coûts. Deux conditions :

- onéreux

ET

- facteur de variabilité intra GHM (notion de seuils de fréquence et de coûts)



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

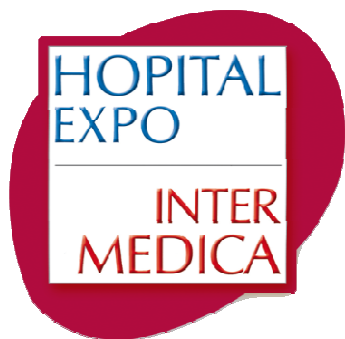


*SUR CE PRINCIPE :*

*CONSTITUTION DE LISTES DE MEDICAMENTS ET DMI PAYES EN SUS.*

*LISTES COMMUNES AUX DEUX SECTEURS (MEDICAMENTS)  
OU INITIALEMENT DIFFERENTES (DMI)*





18 > 21 mai 2010  
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

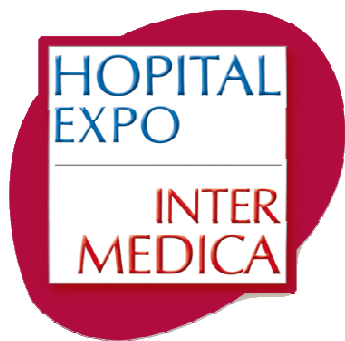


*SUR CE PRINCIPE :*

*CONSTITUTION DE LISTES DE MEDICAMENTS ET DMI PAYES EN SUS.*

*LISTES COMMUNES AUX DEUX SECTEURS (MEDICAMENTS)  
OU INITIALEMENT DIFFERENTES (DMI)*





**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

# REGULATION :

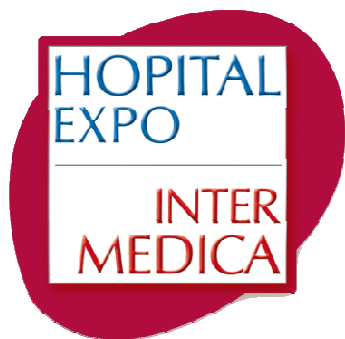
*1 - CBU : Régulation par les bonnes pratiques (non économique)*

*2 - Dans la T2A : Régulation Prix / Volume des tarifs.*

*Pas de régulation Prix / Volume pour ce qui concerne ces médicaments (ou les DMI)\* contrairement aux GHS.*

*(Pas de régulation Prix/Volume des honoraires en privé)*

- Il existe une régulation par le CEPS; mais elle est de nature, de chronologie, et de destinée très différentes : Il « rend » à l'assurance maladie, et non à l'enveloppe ODMCO*
- ( et donc pas aux établissements)*



## Conséquences :

**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

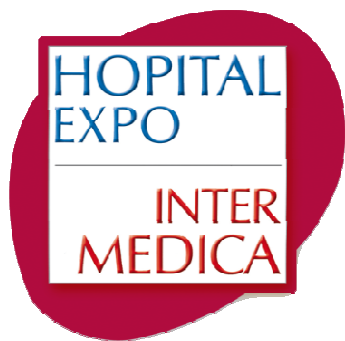
1 - *Macro-économiques : Depuis le début de la T2A, l'enveloppe « onéreux » évolue annuellement de 15 % environ, l'ONDAM environ de 3 %, les tarifs des séjours (GHS) de 0.45 % en 2009 !*

2 - *Volonté affichée des pouvoirs publics de limiter le plus possible ces paiements en sus (Médicaments et DMI) en les incluant, si possible, dans les tarifs des GHM (les GHS) au fur et à mesure de l'évolution de la classification de patients*

3 - *Au JO du 19 02 2010, « Arrêté portant radiation de la liste des médicaments remboursés en sus de 5 médicaments anticancéreux ».*

*« Le coût des ces médicaments seront par contre intégrés dans le tarif des GHS concernés pour en poursuivre la prise en charge et la neutralité financière pour les patients et les établissements. »*

*Parallèlement, 5 autres médicaments devraient intégrer prochainement la même liste de médicaments remboursés en sus.*



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

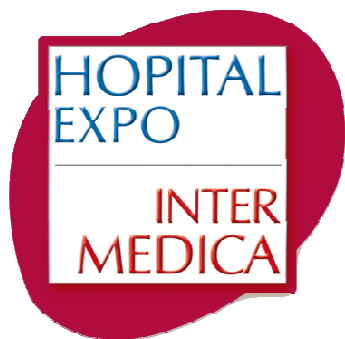
## QUELLES SOLUTIONS à l'intégration dans le tarif des GHS»

La solution passe-t-elle par la création de GHM SPECIFIQUE ?

- Possibles et déjà réalisés pour un certain nombre de DMI
- Pour les médicaments :

Ex. : Candidose Disséminée,  
Aspergillose Pulmonaire

CECI IMPLIQUE, en GHM V 11,  
que ces pathologies soient les Diagnostics d'admission



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## PLACE DU MEDICAMENT

*Quelle situation : Actuellement*

*18M06 Septicémies, âge inférieur à 18 ans*

*18M061 Septicémies, âge inférieur à 18 ans, niveau 1*

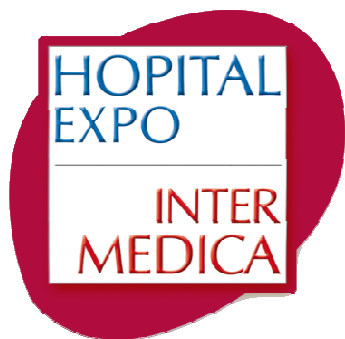
*18M062 Septicémies, âge inférieur à 18 ans, niveau 2*

*18M063 Septicémies, âge inférieur à 18 ans, niveau 3*

*18M064 Septicémies, âge inférieur à 18 ans, niveau 4*

*\* Dans la version 11, cette racine est éligible aux niveaux de sévérité.*

*CECI IMPLIQUE, en GHM V 11, que ces pathologies soient les  
Diagnostiques d'admission*



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## PLACE DU MEDICAMENT

### *Quelle situation : Actuellement*

*18M07 Septicémies, âge supérieur à 17 ans*

*18M07T Septicémies, âge supérieur à 17 ans, très courte durée*

*18M071 Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 1*

*18M072 Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 2*

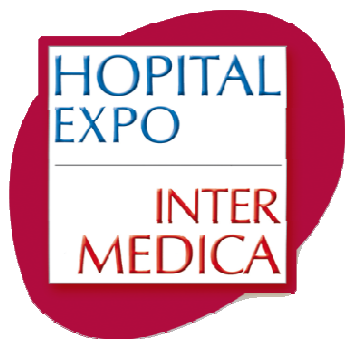
*18M073 Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 3*

*18M074 Septicémies, âge supérieur à 17 ans, niveau 4*

*Dans la version 11, cette racine est éligible aux niveaux de sévérité et possède un GHM de très courte durée GHM en T ne contenant que les séjours de 0 et 1 jour*

*CECI IMPLIQUE, en GHM V 11, que ces pathologies soient les  
Diagnostiques d'admission*





18 > 21 mai 2010  
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## PLACE DU MEDICAMENT

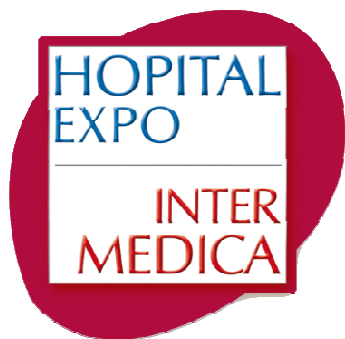
*« Prospective payment » Forfaitaire :*

⇒ *Le Médicament «a donc vocation à être inclus dans le tarif des GHS» (Idem DMI)*

*La solution passe plus fréquemment par l'utilisation du mécanisme de sévérité V 11 :*

*Les CMA et leurs niveaux qui expriment la sévérité de différents GHM racines à travers des complications et comorbidités associées*





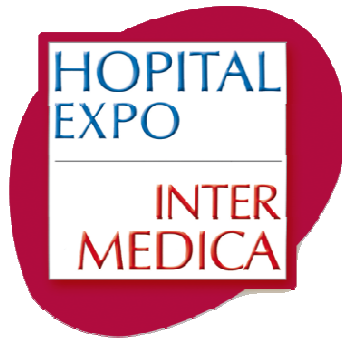
## PLACE DU MEDICAMENT

18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

*Quels sont les niveaux de ces pathologies en CMA ?*

<i>B440</i>	<i>4</i>	<i>ASPERGILLOSE PULM. INVASIVE</i>
<i>B441</i>	<i>2</i>	<i>ASPERGILLOSES PULM., NCA</i>
<i>B442</i>	<i>2</i>	<i>ASPERGILLOSE AMYGDALIENNE</i>
<i>B447</i>	<i>4</i>	<i>ASPERGILLOSE DISSEMINEE</i>
<i>B448</i>	<i>2</i>	<i>ASPERGILLOSE, NCA</i>
<i>B449</i>	<i>3</i>	<i>ASPERGILLOSE, SAI</i>



18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## PLACE DU MEDICAMENT

*Quels sont les niveaux de ces pathologies en CMA ?*

<i>B371</i>	<i>4</i>	<i>CANDIDOSE PULM.</i>
<i>B372</i>	<i>3</i>	<i>CANDIDOSE DE LA PEAU ET DES ONGLES</i>
<i>B373</i>	<i>2</i>	<i>CANDIDOSE DE LA VULVE ET DU VAGIN</i>
<i>B374</i>	<i>4</i>	<i>CANDIDOSE D'AUTRES LOC. URO-GEN.</i>
<i>B375</i>	<i>4</i>	<i>MENINGITE A CANDIDA</i>
<i>B376</i>	<i>4</i>	<i>ENDOCARDITE A CANDIDA</i>
<i>B377</i>	<i>4</i>	<i>SEPTICEMIE A CANDIDA</i>
<i>B378</i>	<i>3</i>	<i>LOC. NCA, DE CANDIDOSE</i>
<i>B379</i>	<i>4</i>	<i>CANDIDOSE, SAI</i>

# Un des 3 critères est l'effet isolé

Ex : B00 Infection par le virus de l'herpès

code	Nb GHM		Nb RSA		Nb jour en +		%age en +		Effet Isolé	Effet brut	Effet « Fetter »		
B00.0	68	116	4.3	56	26	40	0.5	8	-----	x-----		Eczéma	
B00.1	164	741	7.4	93	79	183	0.5	7	-----	x-----		Derm. Vésic.	
B00.2	107	437	5.3	75	33	87	-0.4	-8	-----	-----		Stoamtite	
B00.3	3	41	94	10.1	119	34	65	5.4	65	-----	xxxxxxx--	OK	Méningite
B00.4	3	40	116	15.6	192	14	25	5.9	82	-----	xxxxxxxxx-	OK	Encéphalite
B00.5	65	224	2.2	32	20	110	0.3	5	-----	---		Aff. oeil	
B00.7	3	24	58	40.1	414	24	58	40.1	414	-----	xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx	OK	Disséminée
B00.8	1	78	160	11.2	138	57	110	5.2	67	-----	xxxxxxxxx--	OK	Autres
B00.9	153	625	9.8	125	88	234	1.7	25	-----	xx-----		NON SAI	

Effet brut
Effet Isolé



## PLACE DU MEDICAMENT

« *Prospective payment* » Forfaitaire :

18 > 21 mai 2010

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

- *Le Médicament «a donc vocation à être inclus dans le tarif des GHS»  
(Idem DMI)*
- *Mais ne pas oublier, qu'actuellement, les tarifs de base des GHM ne comportent pas, même à la moyenne, les coûts des molécules remboursés en sus.*
- *Si Intégration, quelque soient les GHM « d'accueil », nécessité de détermination (en macro) de l'enveloppe à réintégrer dans l'enveloppe « tarifs des séjours »*



18 > 21 mai 2010  
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## CONCLUSION :

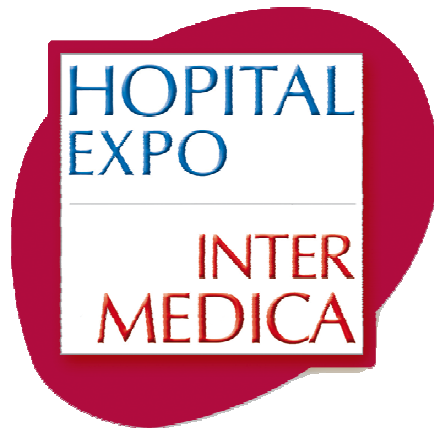
*La création des « listes en sus » est une solution « médicale » louable dans le double contexte de variabilité dans les GHM*

- des fréquences d'utilisations,*
- des prix entre les différentes molécules*
- et donc de la part dans les coûts des séjours*

*L'évolution « Macro » de l'enveloppe « liste en sus » est intenable dans le cadre d'une enveloppe fermée avec les Séjours ; ces derniers étant régulés en Prix/Volume*

### **Perspectives :**

- réintégration quand cela est possible**
- encadrement de l'enveloppe (2009)**
- régulation Prix/ Volume ?**
- ou création d'une enveloppe Spécifique ...!!!**



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

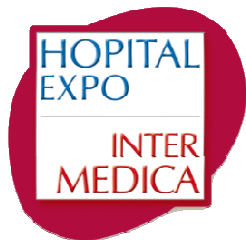
## Journées nationales du CNIM

*Conséquences sur la pratique médicale des  
modalités de financement et leurs changements*



*Dr Véronique GILLERON  
Service d'Information Médicale  
Pôle de Santé Publique  
CHU de BORDEAUX*

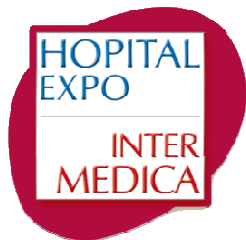
Journées nationales du CNIM



## Contexte : les réformes hospitalières

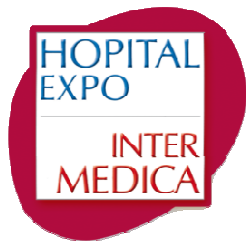
- Améliorer le parcours de soins et développer la performance des établissements de santé
- Connexion entre efficacité d'un établissement dans sa capacité à soigner et efficience dans sa capacité à gérer





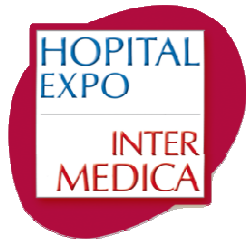
## Contexte : les réformes hospitalières

- Garantir l'accès aux soins pour tous
  - SROS
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
  - Certification
- Accroître l'efficacité de la prise en charge
  - Gouvernance
- Mieux utiliser les ressources
  - T2A



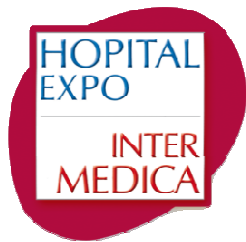
# Contexte : le PMSI

- Évolution au moins annuelle
  - Modalités de recueil des informations médicales
  - Modalités de traitement et de classement des séjours
  - Tarifs, suppléments, ...etc.



## Quelle difficulté?

- Concilier
  - Qualité des soins,
  - Respect des bonnes pratiques,
  - Réduction des durées de séjour,
  - Évolutions des prises en charge clinique et/ou thérapeutiques,
  - Files actives de patients
- Et « optimisation financière »



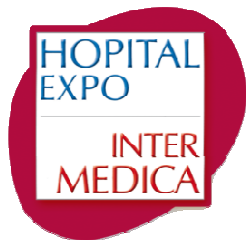
# Quelques éléments du financement

- Les tarifs
- Les bornes de durée de séjour
- Les suppléments
- Les autorisations d'activité



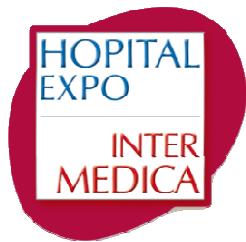
## Les tarifs par GHM

- Incitatifs
  - Chirurgie ambulatoire
  - Difficile dans certaines situations cliniques
    - Ex : chirurgie des varices
  - Doit on ne pas respecter les objectifs nationaux ?
- Peu incitatifs
  - Comment gérer ces activités ?



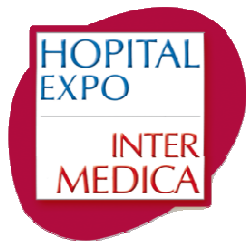
# Les bornes de durée de séjour

- Exemple la prise en charge des AVC
  - Conflit entre
    - Evolution des pratiques (UNV)
      - Réduction des durées de séjour
      - Diminution des complications
    - Et valorisation financière de l'activité
      - Séjours avec bornes basses
- Doit on rallonger nos durées de séjour ?



# Les suppléments

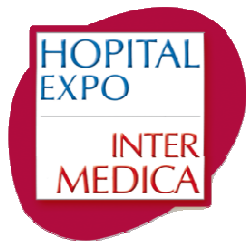
- Modification des critères de facturation d'une journée en surveillance continue
  - Ex : Impact majeur en chirurgie cardiaque
- Doit on modifier l'organisation d'un pôle et le circuit du patient ?



# Les autorisations d'activité

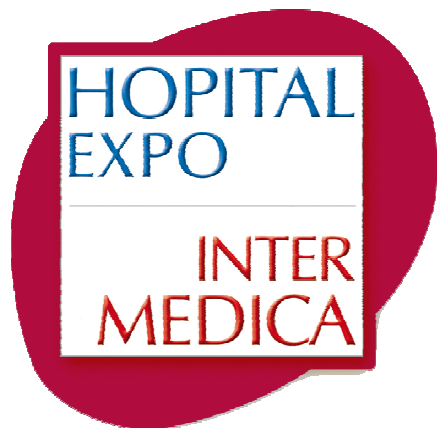
- Lits identifiés de soins palliatifs
  - Codage spécifique des soins palliatifs,
  - Régime d'autorisation,
  - Effet du groupage et du classement des séjours
- Comment valoriser financièrement cette activité ?





# Conclusion

- Année 2009 riche en interrogations
- Le principe des réformes
  - SROS, Certification, Gouvernance, T2A
- Glissement vers SROS, T2A, Gouvernance, certification ?
- Rôle CME, Gouvernance



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Journées nationales du CNIM

### *Quels outils de la tarification externe*



***Dr Bruno AUBLET-CUVELIER***

Collège  
National d'  
Information  
Médicale

Journées nationales du CNIM

# Le recettes de l'activité externe

## Avant 2005

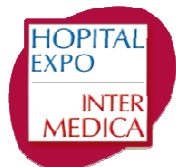
- Actes NGAP, CCAM
  - dotation globale
- Produits dispensés pendant les soins (hors retrocession)
  - dotation globale

## Après 2005

- Actes NGAP, CCAM, **CCAM Clinique ?**
  - Facturation T2A
- Produits dispensés pendant les soins (hors retrocession)

- **RIEN**





# La facturation des médicaments est- elle légitime?

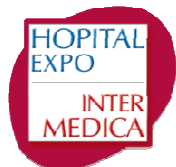
**Arrêté du 13 novembre 1975**

**Confirmé par lettre DHOS février 2006**

➤ **Qui constate qu'elle n'est pas prévue en T2A**

**CSS art L162-1-7**

*La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un professionnel de santé[...] est subordonné à leur inscription sur une liste*



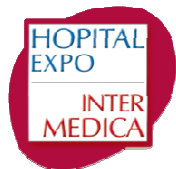
# La situation de la pharmacie hospitalière

## CSP Art L5126

*L'activité des pharmacies à usage intérieur est limitée à l'usage particulier des malades dans les établissements de santé*

## Dérogation pour les rétrocessions « au public »

- Liste fixée par les ministres



# Les médicaments à prescription restreinte

**1° Médicament réservé à l'usage hospitalier ;**

➤ **Hospitalisation**

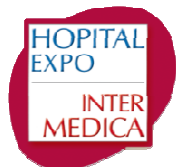
**2° Médicament à prescription hospitalière ;**

**3° Médicament à prescription initiale hospitalière ;**

**4° Médicament à prescription réservée à certains médecins spécialistes ;**

**5° Médicament nécessitant une surveillance particulière pendant le traitement.**

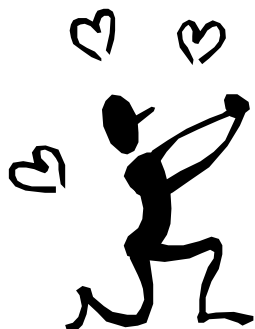
**Sans lien avec les molécules onéreuses**



# Une évolution : la LFSS Décembre 2008

## Les « médicaments à prescription hospitalière » peuvent être « facturés T2A »

- Pour les molécules onéreuses :
  - mêmes règles qu'en hospitalisation (RSF)
- Pour les autres
  - Tarif fixé par le Comité économique des produits de santé : en attente ?





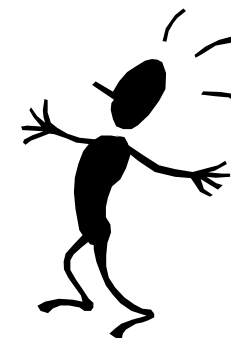
## Les autres produits dispensés

### Lettre DHOS février 2006 constate la carence

- Ils étaient couverts par la dotation globale
- En T2A la facturation n'est pas prévue

### Le guide facturation (circulaire 19 octobre 2009)

- Dispositifs médicaux : **non facturables**
- Médicaments : **non facturables**







# Quantification

## Complexe

- **Non facturé**
- **Multiples: médicaments, vaccins, petit matériel**
- **Armoire à pharmacie commune**

## A propos d'un cas

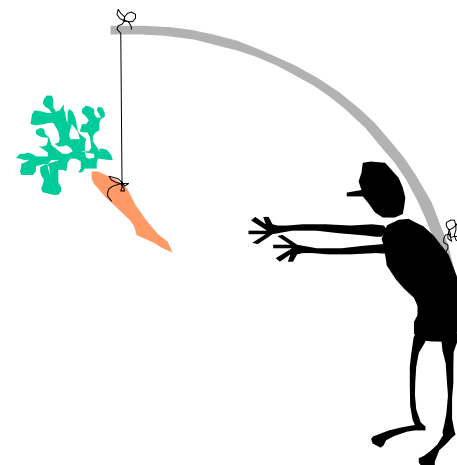
- **Consultation simple peu spécialisée, hors urgence**
- **Au moins 2,5%**

## Changement de canule de trachéotomie

- Valorisation Cs **25€**
- Canule **de 218 € à 428 €**

## Traitement de DMLA

- Acte BGRF 001 : **146 €**
- Visudyne **1 194 €**
- Lucentis **1 093 €**





# A l'heure de la convergence ...

## En ville le patient apporte, sur prescription

- Les médicaments/ vaccins
- Les produits de contraste
- Les sets de matériel pour certains actes

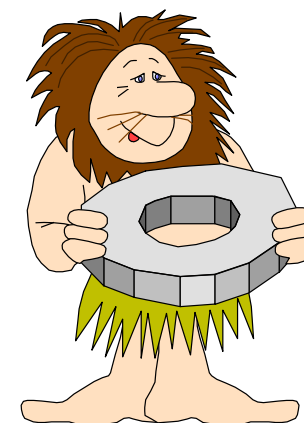
## Quelles solutions ?

**Ne plus faire de consultation ??!**

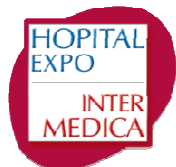
**Aboutissement des « prescriptions hospitalières »**

**Prescription et achat en ville**

- Actes non programmés
- Est-ce licite ?



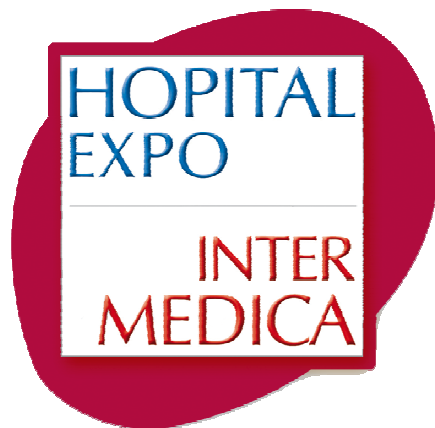
**Fournir et Facturer comme les actes ou les molécules onéreuses**



## Conclusion (provisoire ?)

**La convergence implique des précisions réglementaires sur les produits dispensés à l'occasion des consultations externes hospitalières**





**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

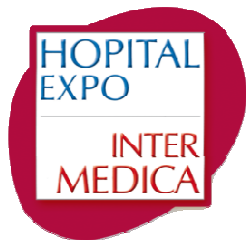
## Journées nationales du CNIM

### *Le contrôle-contentieux de la T2A*



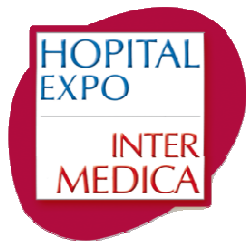
*Pierre FENDER – Directeur*

*Gaetano SABA – Annie FOUARD – Yves LARGILLIERE*



# Sommaire

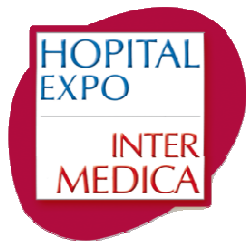
- Finalités
- Contexte général du contrôle-contentieux de la T2A
- Objectifs
- Le contrôle de la T2A : du ciblage aux sanctions



## Finalités

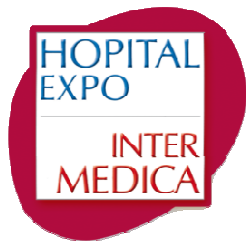
- Le contrôle contentieux de la T2A est un outil de régulation de la facturation parmi d'autres
- Il est incitatif et dissuasif pour la plus juste facturation par rapport à la mobilisation de moyens
- Il est un des facteurs majeurs réduisant la distorsion de concurrence





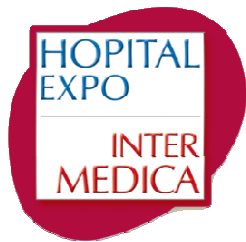
## Contexte général

- Le contrôle contentieux de la T2A est un contrôle annuel externe sur les facturations réalisé au titre de l'art. L162-22-18 CSS :
  - Structuré à partir des priorités nationales de contrôle contentieux T2A validées chaque année par le Conseil de l'hospitalisation
  - Formalisé dans un programme régional de contrôle approuvé par l'ARS



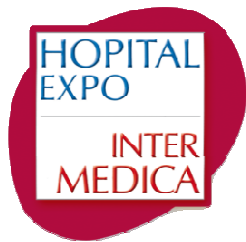
## Contexte général

- Le contrôle contentieux de la T2A :
  - Porte sur les données à l'origine des facturations produites par les établissements dans l'année précédant le contrôle
  - Nécessite un contrôle sur site
  - Peut déboucher sur une « sanction financière »
  - Au minimum, l'Assurance Maladie récupère les indus constatés (article L. 133-4 CSS)



## Contexte général

- Une réglementation à l'origine d'un étalement de chaque campagne annuelle de contrôle sur trois années succédant aux dates des séjours produits
- Conditions de mise en œuvre des sanctions financières (décret n°2006-307 du 16 mars 2006) :
  - griefs :
    - manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6 CSS
    - erreur de codage
    - absence de réalisation d'une prestation facturée



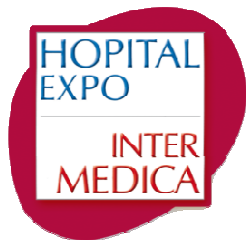
## Contexte général

- Déroulement du contrôle conformément au guide méthodologique de contrôle externe de la T2A et à la charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la T2A



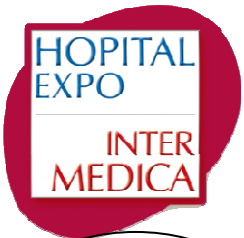
# Contexte général

- Une action pérenne de contrôle contentieux en MCO depuis 2006
- Plus de 1 400 établissements d'hospitalisation en facturation T2A hors HAD
- 237 établissements d'HAD ont transmis des données PMSI en 2008

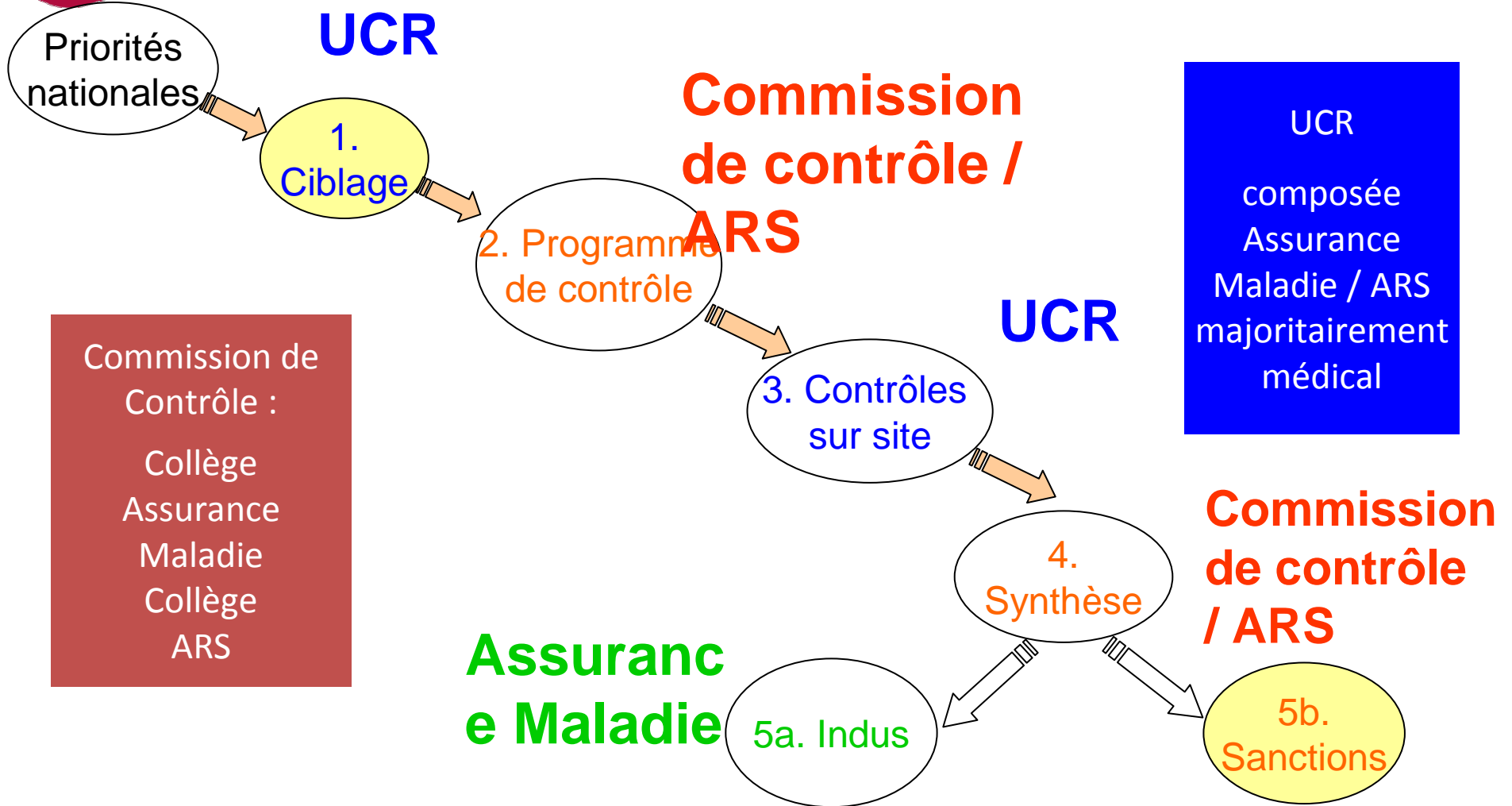


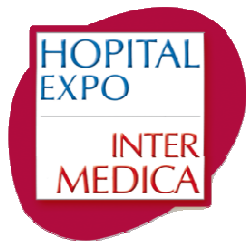
# Objectifs

- Dénombrer les anomalies de facturations en sus et en sous
- En cas d'anomalies (sus et sous), transmettre à l'ARS les éléments nécessaires à la détermination du montant de la sanction financière
- Notifier les indus correspondants aux sur-facturations



# Du ciblage aux sanctions





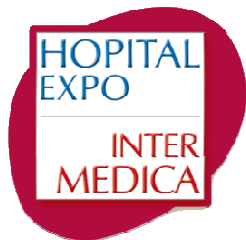
# Du ciblage aux sanctions

## Ciblage

- **Les outils :**

- Outils mis à disposition par l'ATIH : MAT2A, DATIM, ...
- Bases de remboursement de l'Assurance Maladie

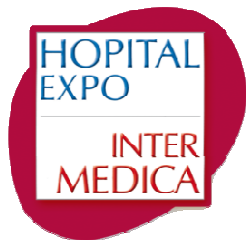




# Du ciblage aux sanctions

## Programme régional de contrôle

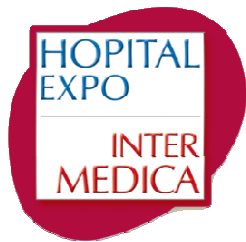
- **Les acteurs** : la commission de contrôle de l'ARS proposent le programme régional de contrôle
- **Les principes** :
  - La sélection des établissements à contrôler



# Du ciblage aux sanctions

## Programme régional de contrôle

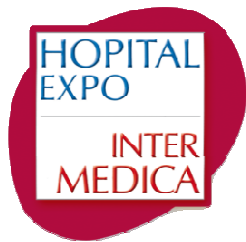
- **Proposé par la commission de contrôle / ARS, il comporte pour chaque établissement :**
  - les motifs argumentés de l'inclusion dans le programme de contrôle
  - la période soumise à contrôle
  - le nombre prévu de séjours à contrôler
  - les débouchés possibles (sanctions et/ou indus)



# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (1/6)

- Courrier introductif du contrôle du Directeur de l'ARS aux établissements ciblés
- Sous la responsabilité de la DRSM, en coopération avec les services médicaux de la MSA et du RSI
- Mise en œuvre : il débute au plus tôt 2 semaines après la réception du courrier par l'établissement et doit être achevé le 31 décembre en cas de sanction



# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (2/6)

Contact du responsable du contrôle sur site avec l'établissement :

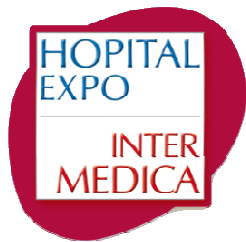
- explications méthodologiques
- organisation pratique :
  - date du contrôle sur site,
  - génération par LEDDA du fichier nécessaire au contrôle,
  - documents à fournir,
  - concertation,
  - ...



# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (3/6)

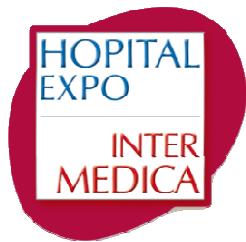
- Analyse a posteriori de la conformité du codage réalisé par l'établissement par rapport au contenu des dossiers médicaux et administratifs présentés
- Concertation avec le médecin du DIM
- Rédaction de fiches argumentaires au sujet des désaccords de codage, signées par le médecin contrôleur et le médecin du DIM



# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (4/6)

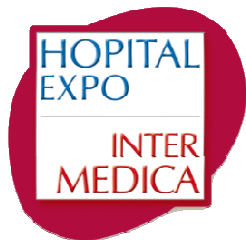
- Rédaction du rapport de contrôle par les médecins contrôleurs, transmission du rapport à l'établissement à l'issue du contrôle sur site
- Réponse de l'établissement (15 jours)
- Transmission à l'UCR du rapport de contrôle, accompagné s'il y a lieu de la réponse de l'établissement



# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (5/6)

- Le rapport de contrôle transmis à l'UCR comprend :
  - Tous les éléments permettant de confirmer que la procédure de contrôle est conforme aux textes réglementaires (libellé de l'activité, nombre de séjours contrôlés, dates du contrôle sur site, copie du rapport de contrôle et des observations de l'établissement, copies des courriers et avis de réception, ...)

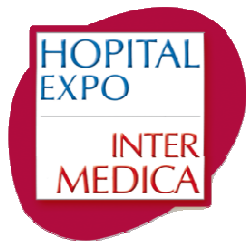


# Du ciblage aux sanctions

## Contrôle sur site (6/6)

- Le rapport de contrôle transmis à l'UCR comprend :
  - Tous les éléments permettant le calcul des indus et des montants financiers dans le cas d'une éventuelle proposition de sanction financière



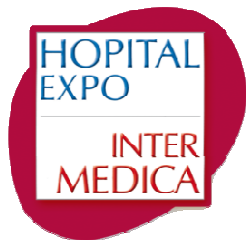


# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (1/6)

Conditions de mise en œuvre des sanctions financières  
(décret n°2006-307 du 16 mars 2006) :

- activité incluse dans le programme de contrôle adopté par l'ARS,
- établissement informé par le Directeur de l'ARS en R/AR :
  - libellé de l'activité contrôlée,
  - nom et qualité des contrôleurs,
  - période du contrôle
- contrôle sur site réalisé dans l'année suivant la production des facturations correspondant aux séjours
- Exhaustivité du champ contrôlé ou échantillon aléatoire d'au moins 100 séjours représentatif du champ contrôlé



# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (2/6)

- Pourcentage de surfacturation =

Montant facturé  
des séjours avant  
contrôle

Montant  
remboursable des  
séjours selon le  
contrôle\*

Montant  
remboursable des  
séjours selon le  
contrôle

\* : tient compte des sous  
facturations



# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (3/6)

- Le pourcentage applicable en fonction du barème de sanction (art. R162-42-12 CSS) quand le contrôle porte sur certaines activités :

% de surfacturation	% applicable
$\leq 2\%$	5% *
$> 2\%$ et $\leq 5\%$	10% *
$> 5\%$ et $\leq 10\%$	15% *
$> 10\%$ et $\leq 20\%$	25% *
$> 20\%$ et $\leq 30\%$	40% *
$> 30\%$	50% *

\* : des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes au champ de contrôle où a été constaté le % de surfacturation



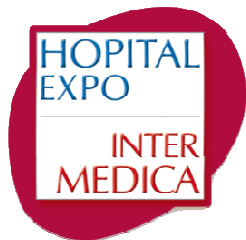
# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (4/6)

- Le pourcentage applicable en fonction du barème de sanction (art. R162-42-12 CSS) quand le contrôle porte sur la totalité de l'activité d'un établissement :

% de surfacturation	% applicable
$\leq 0.5\%$	1% *
$> 0.5\%$ et $\leq 1.5\%$	3% *
$> 1.5\%$ et $\leq 2.5\%$	4% *
$> 2.5\%$	5% *

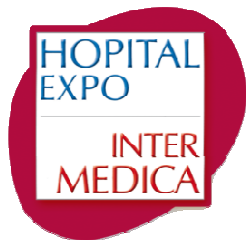
\* : des recettes annuelles d'assurance maladie



# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (5/6)

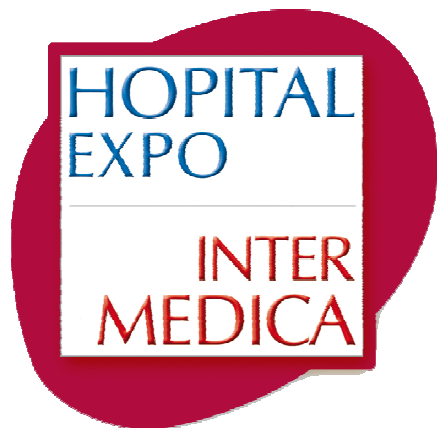
- Calcul du montant maximal de la sanction :  
% applicable x Recette afférente au champ contrôlé (ou recette totale de l'établissement si mono-activité)
- Plafond de la sanction :  
5 % de la recette totale d'assurance maladie de l'établissement



# Du ciblage aux sanctions

## Sanctions (6/6)

- Au niveau de l'ARS (commission de contrôle et DGARS) :
  - Détermination du montant de la sanction qui est prononcée puis notifiée à l'établissement
  - Réception et analyse des observations de l'établissement
  - Prononcé puis notification de la sanction définitive



**18 > 21 mai 2010**

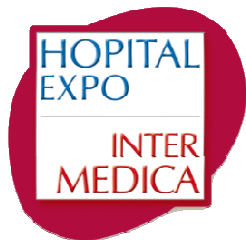
VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Journées nationales du CNIM

### *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*



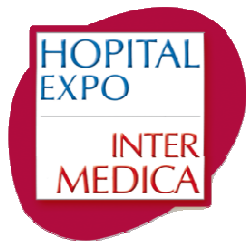
*B. GARRIGUES – Président du CNIM*



## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

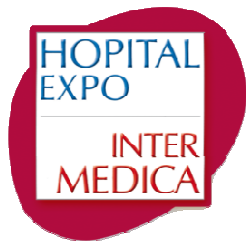
### 1) FOND





## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Impact sur les pratiques : par redéfinition de prises en charge
- Dans les modalités actuelles, le risque de modification un peu aveugle des prises en charge existe

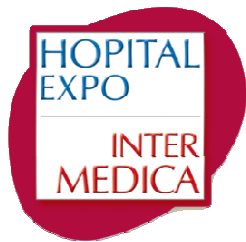


## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Confusion fréquente voire constante entre un système de classification de patients et paiement prospectif forfaitaire moyen et paiement à la prestation

Le PMSI est, et doit rester descriptif, sinon perversion à terme de la réalité

Ex : Caricature les nouveaux nés n'existaient pas



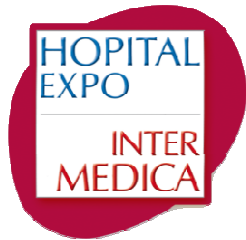
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Peu de gros problèmes en terme de codage
- Pb essentiel d'opportunité ou de pertinence de prise en charge



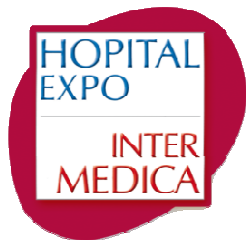
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- L' Hôpital de jour, et en particulier médical, est parmi les éléments les plus remis en question
- Le problème de la pertinence des actes se pose pourtant, y compris pour les actes chirurgicaux
- Pb de la CCAM clinique



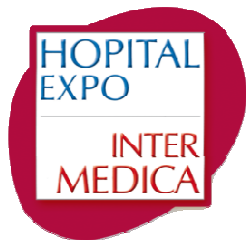
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Remise en cause de diagnostics médicaux sans voir les patients et dans des disciplines diverses, et sur des bases souvent assez floues et mal référencées.



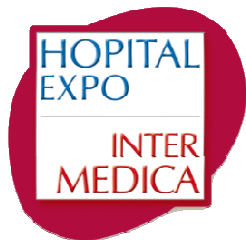
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Sanctions :
  - Hétérogénéité et confusion dans les sous activités des échantillons, non contrôlées
  - Pas de tests de significativité
  - Extrapolations douteuses et majorant les sanctions



## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

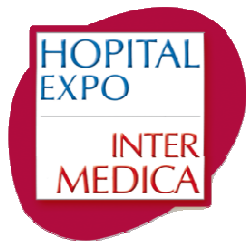
### 2) FORME



## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

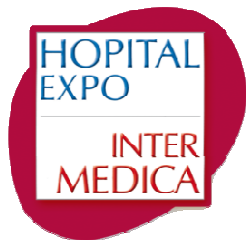
- Hétérogénéité d'analyse et disparité d'interprétation persistente





## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Procédure perçue comme faussement contradictoire, la phase contradictoire n'est pas satisfaisante, en fait unilatérale et autocratique
- Recours de fait uniquement juridique qui va engorger les tribunaux
- Recours techniques insuffisants : un peu ATIH (codage) et très peu (voire pas du tout) société savante (opportunité, pertinence).



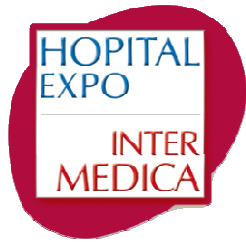
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

### 3 ) PISTES D'AMELIORATION



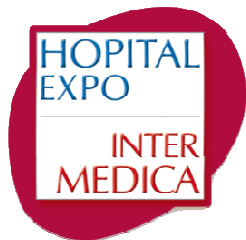
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Se former ensemble
- Partager des règles communes avec les contrôleurs.



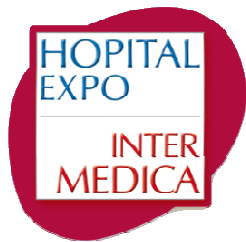
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Implication des sociétés savantes (et leurs productions dans la littérature) qui seules peuvent constituer les références



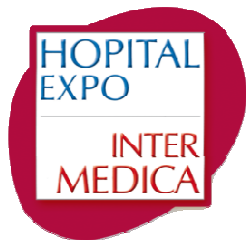
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Amélioration de la phase contradictoire de recours technique
- Création d'une instance de recours technique



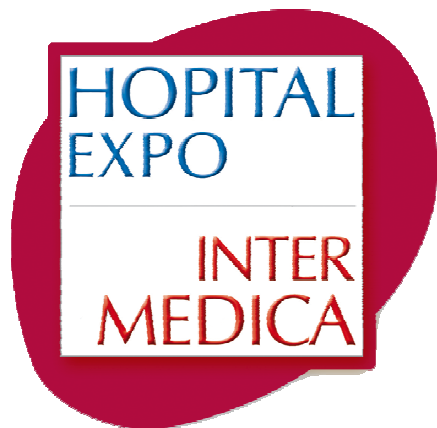
## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- Ne pas décrédibiliser le dispositif de Contrôle en caricaturant les établissements et leur comportement en les présentant comme des fraudeurs.
- Fraudeurs qui existent sûrement mais sont très marginaux



## *CONTROLES T2A : POINT DE VUE DES ETABLISSEMENTS*

- **MERCI**



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Journées nationales du CNIM

### *CIRCULAIRE FRONTIERE*

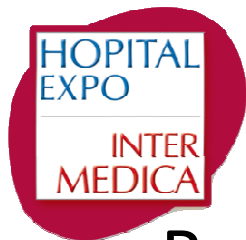


*Dr Joëlle DUBOIS*

*ATIH*

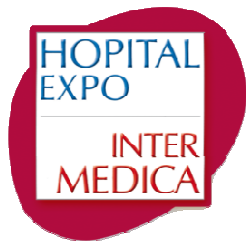
Journées nationales du CNIM





# Sommaire

- **Rappel : circulaire du 31 août 2006**
  - Objet de la circulaire
  - Conditions de facturation d'une PEC en ZSTCD
  - Conditions de facturation d'une PEC hors ZSTCD
- **La nouvelle circulaire**
  - Nouveautés de la mise à jour
  - PEC d'une journée en UHCD
  - PEC d'une journée hors UHCD
    - avec acte technique CCAM
    - Bilans diagnostics ou thérapeutiques
    - Exemples négatifs
  - Cas particulier du « terrain à risque »
- **Conclusion**



## Circulaire frontière - Rappel

- Circulaire du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en ZSTCD, ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée
- Prise en application de l'arrêté prestations de la campagne tarifaire 2006

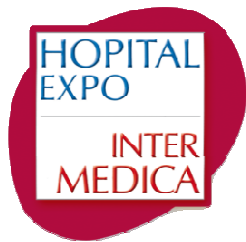


## Circulaire frontière - Rappel

- Objet de la circulaire : fixer la frontière en termes de facturation, entre ce qui relève d'une prestation GHS et ce qui relève de l'activité externe (PEC < 1j)



Risque de facturation indue en GHS d'actes «externes» identifié dès le début de la mise en œuvre de la T2A



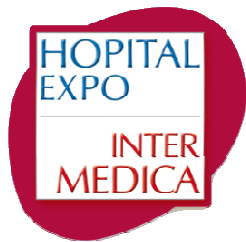
## Circulaire frontière : Rappel

- Architecture générale de la circulaire de 2006 :
  - Conditions de facturation d'une PEC d'un J en ZSTCD
  - Conditions de facturation d'une PEC d'un J hors ZSTCD



## Facturation hors ZSTCD :

- Conditions autorisant la facturation d'un GHS
  - Principe général
  - PEC de type chirurgical (réalisation d'un acte technique médical, inscrit à la CCAM)
  - PEC de type médical (bilans diagnostiques ou thérapeutiques)
- Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS



## Facturation hors ZSTCD :

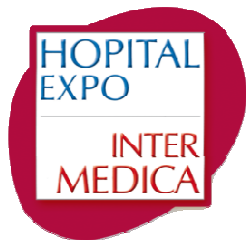
Dans tous les cas, liste d'exemples non exhaustive du fait de la difficulté à fixer des conditions incontournables



**D'où une évolution des listes d'exemples prévue dès le départ**



Evolution en fonction notamment des résultats des contrôles externes

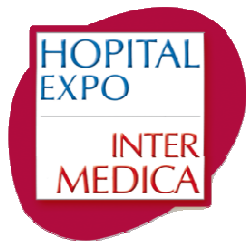


## Situation en 2010

- Arrêté toujours d'actualité et inchangé depuis 2006
- En revanche, besoin d'une MAJ de la circulaire



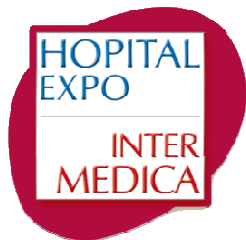
**MAJ engagée en 2009, en concertation (notamment)  
avec les fédérations de l'hospitalisation**



## Nouveautés de la mise à jour

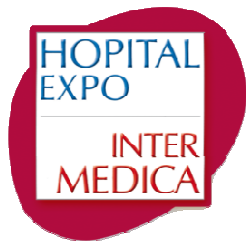
- Une architecture conservée
- Un nouveau paragraphe inséré, concernant la facturation de GHS pour des PEC de patients présentant un terrain à risque





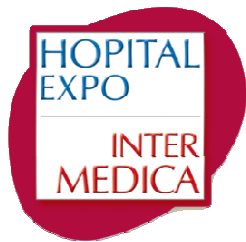
## Circulaire frontière : les nouveautés

- **Conditions de facturation d'une PEC en ZSTCD**
  - Passage de la ZSTCD à l'UHCD
  - MAJ nécessitée par la V11 des GHM :
    - 2006 : quelle que soit la DS en UHCD, facturation d'un GHS en lien avec la CM24
    - 2010 : quelle que soit la DS en UHCD, facturation du GHS le plus bas de la racine de GHM à laquelle conduit le groupage du séjour
  - Pas de modification de la liste d'exemples



## Circulaire frontière : les nouveautés

- Conditions de facturation d'une PEC hors UHCD
  - **PEC avec acte technique CCAM – GHS autorisé dans les cas suivants :**
    - Actes avec activité 4 et AG : inchangé
    - Acte avec activité 4, mais AG exceptionnellement non réalisée (ex : coloscopie) : **nouveauté**
    - Actes avec activité 4, avec AG non requise mais nécessitant la proximité d'un anesthésiste (ex : coronaros, radio interventionnelle)
    - Acte sans activité 4, mais requérant exceptionnellement une AG : notion de terrain à risque



## Circulaire frontière : les nouveautés

- Conditions de facturation d'une PEC hors UHCD
  - **PEC de type «bilan diag ou thérapeutique»**
    - Conditions générales : plusieurs examens, réalisés par des pfels de santé médicaux et paramédx différents, sur des plateaux techs hosp, avec synthèse diag ou thérap au moins provisoire réalisée par un médecin
    - Une nouveauté : qd plusieurs actes réalisés respectant ces conditions, GHS autorisé, yc si l'un d'eux n'est pas PEC par l'A.Maladie
    - Pas de nouveaux exemples



## Circulaire frontière : les nouveautés

- Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS : exemples
  - Actes ouvrant droit à facturation d'un forfait SE

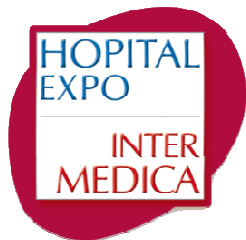
Rappel : circulaire de 2006 : facturation de GHS particuliers, pour actes sur patients ambulants, avec recours à un environnement hospitalier.



Depuis : création des forfaits SE, en 2007



Donc, tout acte inscrit sur les listes de forfaits SE, et **réalisé seul et sans AG** ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS

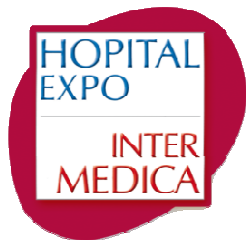


## Circulaire frontière : les nouveautés

- Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS : exemples
  - **Actes ouvrant droit à facturation d'un forfait SE**

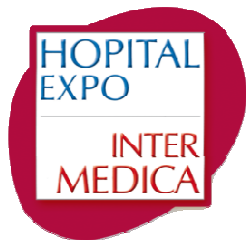
### Exemples :

- Endoscopies digestives hautes
- Injection d'agent pharmacologique dans le corps vitré
- Ablation de corps étrangers pfd de la peau, sans anesthésie autre que locale
- Traitements itératifs tq saignées thérapeutiques pour polyglobulies ou hémochromatoses en phase d'entretien



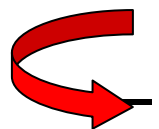
## Circulaire frontière : les nouveautés

- Conditions n'autorisant pas la facturation d'un GHS : **autres exemples**
  - Surveillance prolongée usuelle du patient
  - ATU / FFM
  - liste 2006 (tests d'effort cardiaque, RCF...)
- Pour information : liste d'actes diags ou thérapys ayant conduit à déclassement dans le cadre des CTRL 2007
  - Actes therap : actes type SE essentiellement
  - Actes diags : Rx thorax, ECG, echo abdo ou pelvienne, EEG, biopsies de peau...

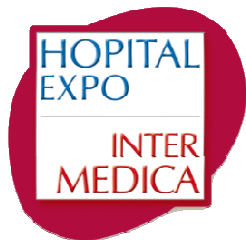


## Circulaire frontière : les nouveautés

- Cas particulier du terrain à risque :
  - Définition du terrain à risque : état du patient qui conduit le corps médical à ne pas le considérer comme un patient habituel – précautions particulières nécessaires

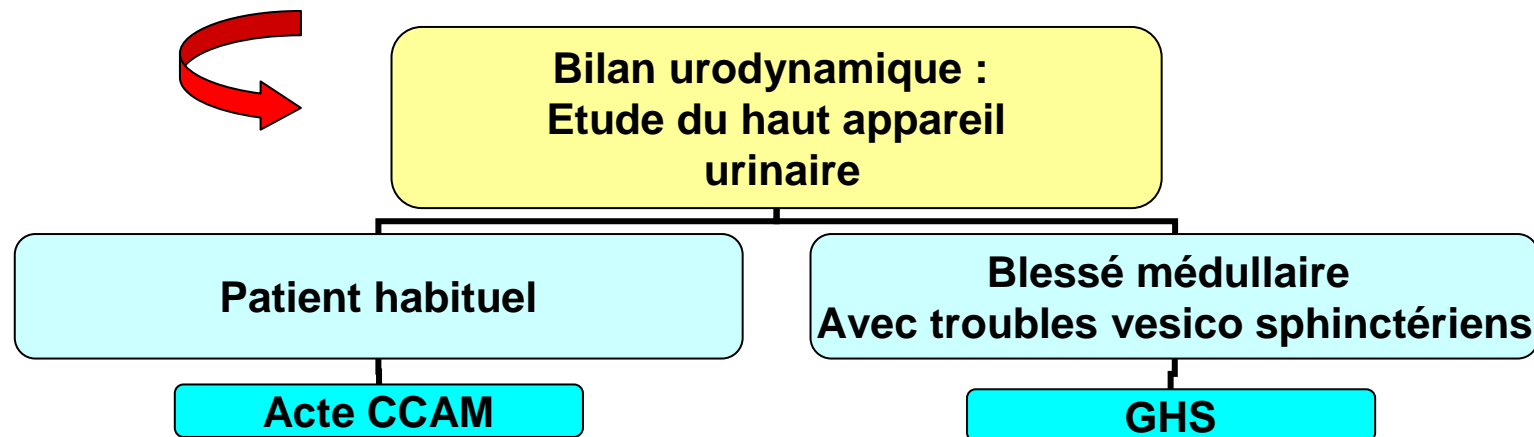


Dans ce cas, la réalisation d'un acte isolé peut conduire à facturation d'un GHS

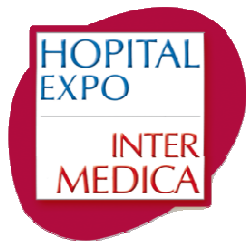


# Circulaire frontière : les nouveautés

- Cas particulier du terrain à risque :
- Exemple:



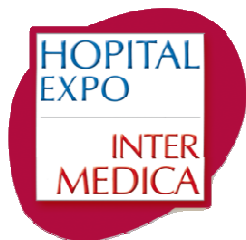




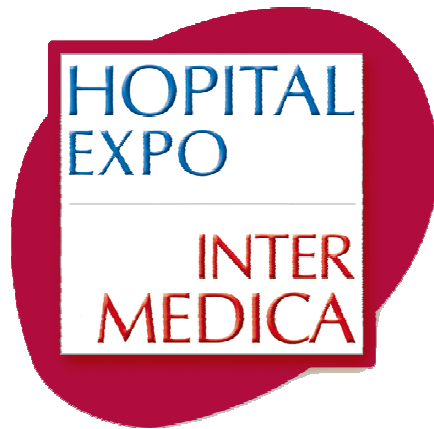
# Circulaire frontière

- **Conclusion :**

- Une mise à jour de type « toilettage » sans grande innovation
- MAIS :
  - Une volonté initiale d'étendre la liste des exemples
  - Une liste effectivement produite avec l'aide des professionnels (fédérations) – travail de mai 2009 à janvier 2010
  - Un travail à prolonger dans un autre cadre



Merci de votre attention



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

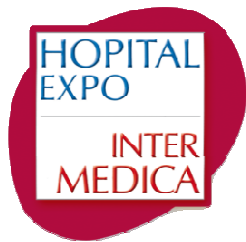
## Journées nationales du CNIM

*Les contrôles de l'Assurance Maladie  
Quels recours juridiques?*



Florence EON  
Cabinet HOUDART & Associés  
*Juriste*

Journées nationales du CNIM



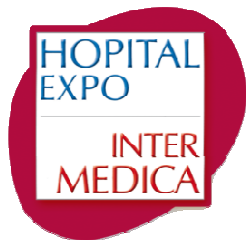
# Sommaire

- Contrôle et sanction
- Identification et caractéristiques des recours contentieux
- Procédure de contestation de la décision de recouvrement d'indu
- Procédure de contestation de la décision de sanction financière
- Un dispositif fragile
- Retour d'expérience
- Quelques précautions à prendre



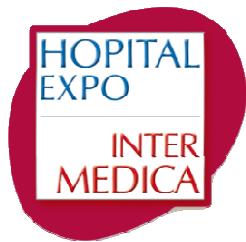
# Contrôle et sanction

- Contrôles « classiques » de l'Assurance Maladie
  - Action en répétition de l'indu (Art. L133-4 du CCS), Pénalités financières (Art. L162-1-14 du CSS),...
- Contrôle « nouvelle génération » de l'Assurance Maladie et pouvoir de sanction financière de l'ARS
  - Fondé sur l'art. L162-22-18 du CSS
  - Un dispositif de contrôle "encore en phase de montée en charge" (Circulaire N°DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009 relative au bilan des contrôles 2007 et 2008)
  - Action en répétition de l'indu AM et éventuelle sanction financière ARS



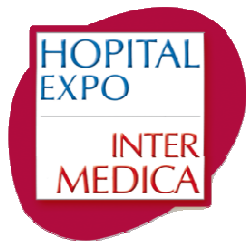
# Identification et caractéristiques des recours contentieux

- 2 procédures juridiquement distinctes
  - Le même contrôle permet de mettre en évidence les anomalies à l'origine tant de la sanction financière que du recouvrement des indus
- Contestation
  - de la décision de recouvrement d'indu => TASS / CA / CCASS
  - de la décision de sanction financière => TA / CAA / CE



# Procédure de contestation de la décision de recouvrement d'indu

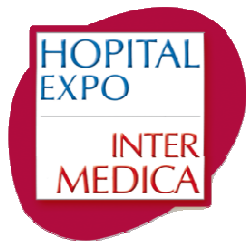
- Contestations à présenter devant la CRA dans un délai d'un mois à compter de la notification de la mise en demeure
- Décision de la CRA expresse ou implicite (délai d'un mois)
- Délai de 2 mois pour dépôt requête
  - à compter soit de la date de la notification de la décision de la CRA, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R. 142-6 (art. R. 142-18 du CSS)



# Procédure de contestation de la décision de sanction financière

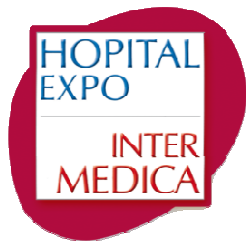
- Recours formé contre la décision de sanction financière
  - 1<sup>ère</sup> notification par tout moyen permettant de déterminer la date de réception.
  - L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations.
    - Délai impératif opposable uniquement à l'établissement
  - Au terme de ce délai, la commission exécutive prononce la sanction, la notifie à l'établissement par tout moyen permettant de déterminer la date de réception et lui indique le délai et les modalités de paiement des sommes en cause (Article R162-42-13 du CSS)





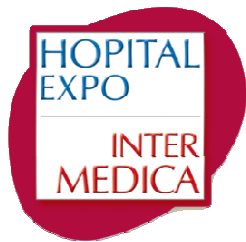
# Procédure de contestation de la décision de sanction financière

- Délai de deux mois pour déposer la requête à partir de la notification de la décision de sanction
- Décision expresse ou implicite
  - Le silence gardé pendant plus de deux mois sur une réclamation par l'autorité compétente vaut décision de rejet.
  - Les intéressés disposent, pour se pourvoir contre cette décision implicite, d'un délai de deux mois à compter du jour de l'expiration de la période mentionnée au premier alinéa. Néanmoins, lorsqu'une décision explicite de rejet intervient dans ce délai de deux mois, elle fait à nouveau courir le délai.



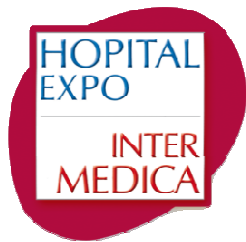
## Un dispositif fragile...

- Par ordonnance du 2 avril 2010, le Président du Tribunal administratif de Rouen a reconnu le caractère sérieux de la question prioritaire de constitutionnalité soulevée par un Centre Hospitalier à l'encontre de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale, au motif du risque de contradiction de l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale avec "le principe de légalité des peines et des délits", le "principe de nécessité et de proportionnalité des peines", le "*principe de présomption d'innocence et du respect des droits de la défense, eu égard notamment au fait que la composition de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ne peut garantir l'impartialité de la procédure.*"



# Un dispositif fragile...

- Maintien d'un dispositif similaire par le Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi « HPST » n°2009-879 du 21 juillet 2009
  - Contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence.
  - Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical.



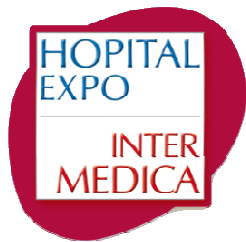
# Retour d'expérience...

- Se défendre!
  - Se défendre devant le tribunal des affaires de sécurité sociale
    - Par les parties elles-mêmes
    - Possibilité et opportunité de recourir à un avocat
      - Représentation de l'établissement rédaction des rédaction et présentation des observations devant le TASS, définir la stratégie,...
    - Demander une expertise technique
    - S'assurer du respect du principe du contradictoire
      - Observations de l'organisme de sécurité sociale rédigées en double exemplaire, dont l'un est remis ou adressé à l'assuré et l'autre au secrétariat de la juridiction.



# Retour d'expérience...

- Moyens relatifs à la forme
- Moyen relatif au manque de motivation en droit
  - Problèmes d'identification, d'interprétation, d'instabilité, d'opposabilité des « normes »,
  - Opposabilité des circulaires, lettres-réseau, instructions, ...
    - Ex de la CIRCULAIRE N°DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.
  - Instabilité
    - Année n: prise en charge en hôpital de jour accepté pour évaluation neuropsychologique en centre d'évaluation
    - Année n+1: refus de prise en charge

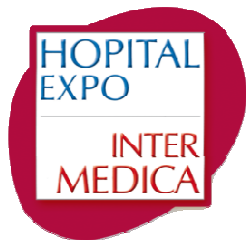


# Retour d'expérience...

- Moyen relatif au manque de motivation en droit
  - Absence de références médicales juridiquement opposables, manque de définitions opposables
    - Soins palliatifs (Loi n°99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux SP)
  - Quid de la prise en charge de patients « hors norme » ?
    - Prise en charge particulièrement complexe
      - Ex: prise en charge des adolescents présentant des problèmes psychologiques devant être assurée en hôpital de jour non pas en raison strictement du besoin des plateaux techniques mais pour la qualité des soins et le suivi des patients

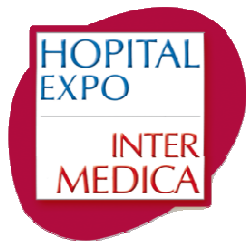
⇒ CLARIFICATION IMPERATIVE DES TEXTES

⇒ Ils doivent être opposables au plan juridique et médical



# Retour d'expérience...

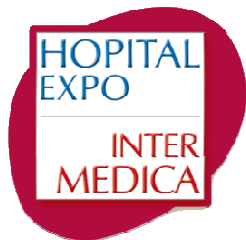
- **Moyen relatif au manque de motivation en fait**
  - En présence de textes opposables, caractérisation impérative du manquement commis
    - Ex: article 6-I-10° de l'arrêté dit « Prestations » du 27 février 2007 pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale.
- *"10° Lorsque le patient est pris en charge moins d'une journée, à l'exception des cas où il est pris en charge dans un service d'urgence, 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 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.*
  - *Lorsque l'une de ces conditions n'est pas remplie, la prise en charge du patient donne lieu à facturation de consultations ou actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale ou réalisés en médecine de ville."*



# Retour d'expérience...

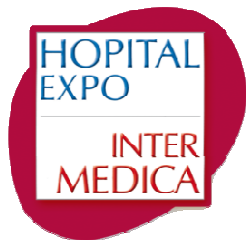
- Moyens concernant la sanction financière
  - relatif à l'appréciation de la gravité de la faute
    - Nature de la faute et gravité
      - Le manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6 du CSS,
      - L'erreur de codage,
      - L'absence de réalisation d'une prestation facturée.
  - Moyen relatif à la détermination du montant
    - Il appartient à la COMEX d'apprécier s'il convient d'appliquer la peine maximale à l'établissement de santé sanctionné ou, au contraire, de se placer en-dessous.
    - Pas de "peines planchers", qui seraient prononcées sans appréciation individuelle





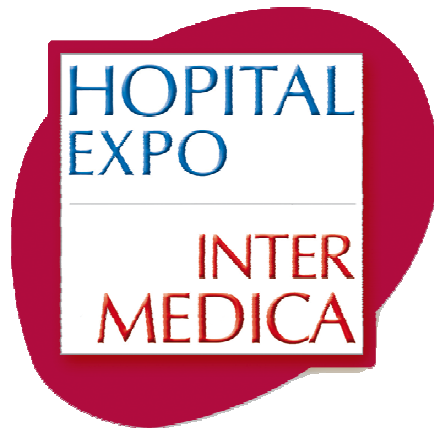
## Quelques précautions à prendre...

- Conserver les accusés de réception
- Ne pas acquiescer lors de la transmission des observations
- Préparer et se préparer au contrôle sur site
  - Information et formation
    - des personnels
    - des médecins conseils
- Etre rigoureux dans la tenue du dossier patient
  - Essentiel pour patients « hors normes »
  - La bonne foi peut être invoquée mais l'établissement doit s'efforcer d'apporter la preuve de la réalité d'un acte ou d'une prestation



## Quelques précautions à prendre...

- Etre rigoureux dans l'établissement des rapports
  - Forme (auteur, source, date, signature, motifs,...)
  - Motivation
- Tracer les mesures correctives
- Faciliter et favoriser la concertation
  - Tracer les échanges
  - Tracer les incidents



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Journées nationales du CNIM

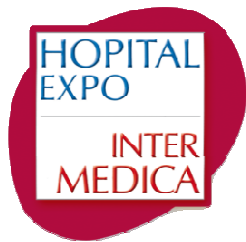
Les impacts financiers pour les établissements et les contrôles  
de l'assurance maladie

*L'expérience d'un établissement*



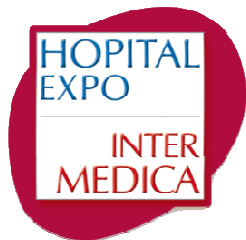
*Laurent DONADILLE, Directeur*  
*Hugues BONNET, Médecin DIM*

Journées nationales du CNIM

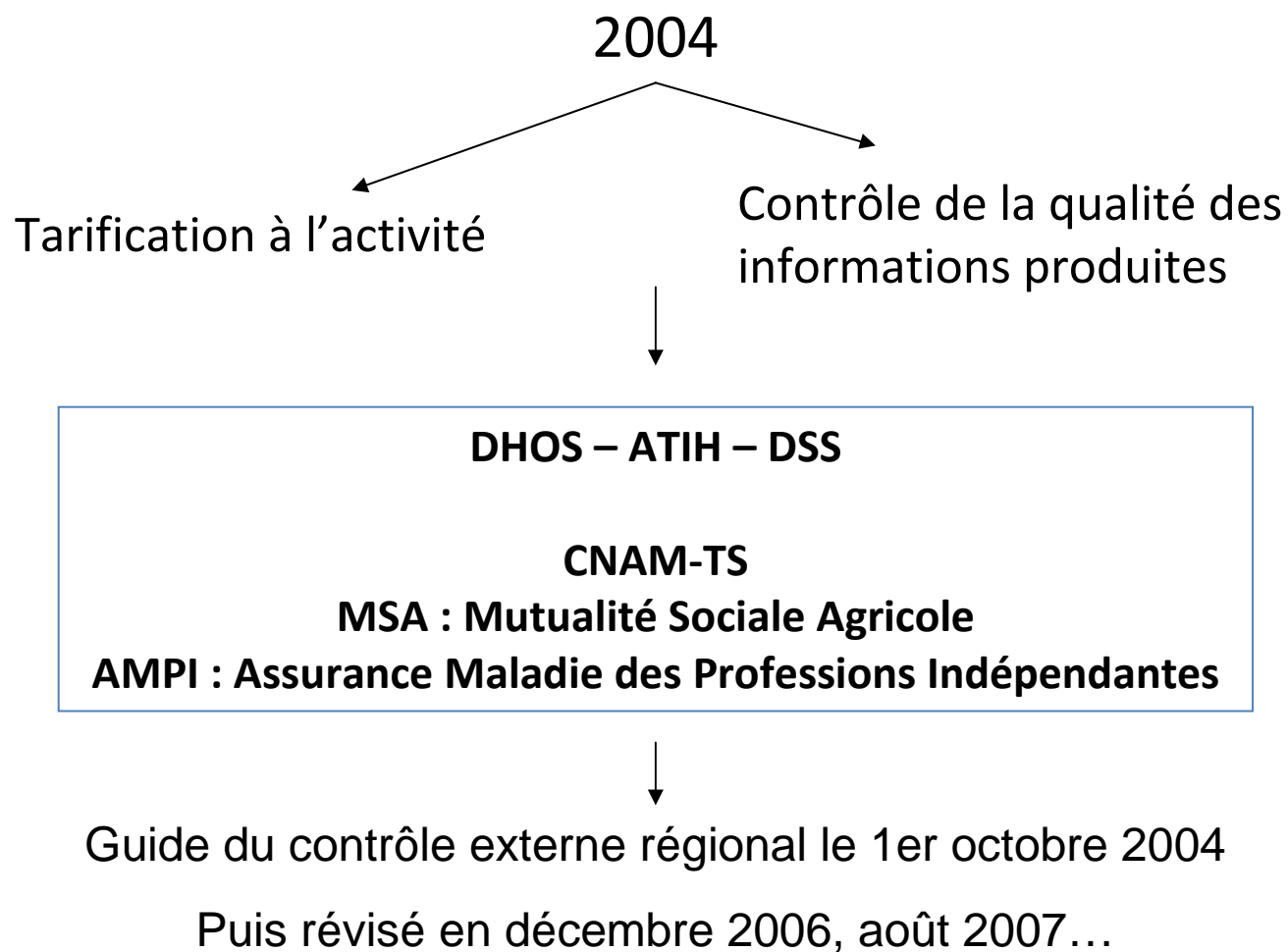


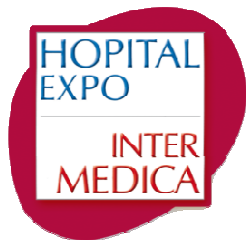
# Sommaire

- Le contrôle externe : rappels
- L'établissement
- Bilan des contrôles
  - 2006 sur des données de l'année 2005
  - 2007 sur des données du premier trimestre 2006
  - 2009 sur des données de l'année 2008
- Analyse des contrôles
- Commentaires
- Situation actuelle
- Conclusion



# Le contrôle externe : rappels





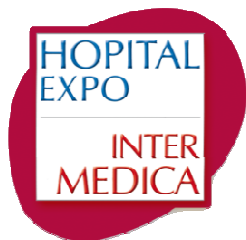
# Le centre hospitalier de la Dracénie

Situé à Draguignan, ville de 40 000 habitants,  
au sein du territoire de santé Var Est.

600 lits et places : MCO, Santé Mentale, Secteur Médico-Social

Activité MCO 2009 de 21 000 RSA (17 043 en 2005)

Établissement bénéficiaire de la T2A :  
progression d'activité sensible.

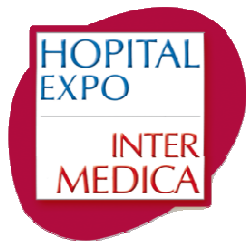


## Bilan des contrôles

Contrôle	2006	2007	2009
Durée (j)	6	11	7
Nb dossiers	80	635	391
Cible(s)	HDJ	HDJ	HDJ
	Autres		CMA (S)**
Recalculs	56	360	126
Désaccords	16	305	32
Montant* indu	13 665 €	44 345 €	Inconnu mais risque élevé de sanction
Procédure en cours	NON	OUI	OUI

\* 2005 T2A à 25% - 2006 T2A à 35% - 2008 T2A 100%

\*\* sanctionnable



# Analyse des contrôles (1)

## LE QUALITATIF :

1/ Les pratiques médico-administratives d'hospitalisation

- Accès au bloc opératoire : GHS 9001 puis forfaits SE

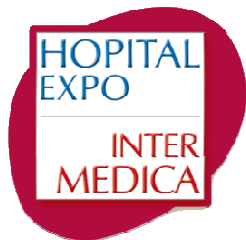
- HDJ : saignées, patients HIV, éducation diabétique, grossesses, bilans médicaux, tests...

2/ Technique :

- Hiérarchisation : choix du diagnostic principal

- CMA (S) : fondements de la classification PMSI !





# Analyse des contrôles (2)

## CARENCES DE L'ETABLISSEMENT :

Une certaine insuffisance dans l'argumentation clinique figurant dans le dossier patient

Un non respect des règles de codage PMSI

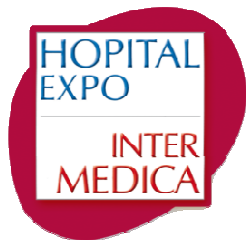
Des erreurs « administratives »

## DESACCORDS :

Interprétation d'un écrit, d'une règle de codage

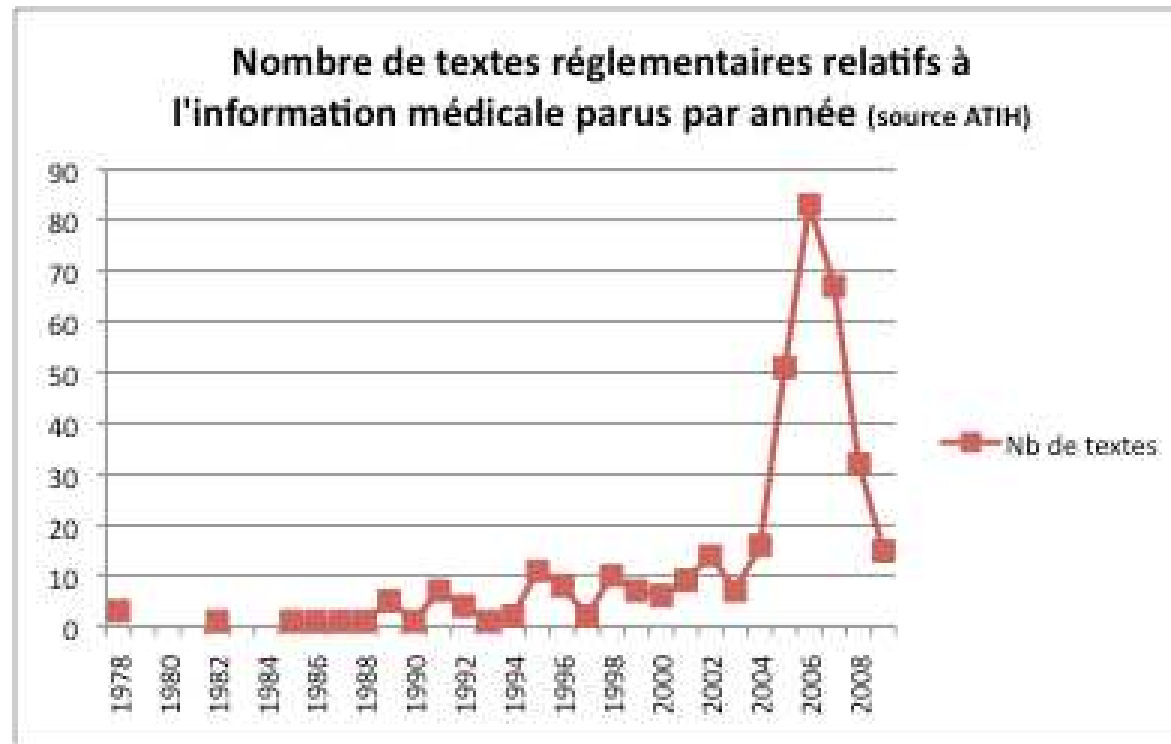
Définition de l'HDJ (hospitalisation ou pas hospitalisation...),

Environnement hospitalier...



# Commentaire sur les contrôles (1)

Le « FOISONNEMENT » des textes PMSI...



... avec quel accompagnement, quelle pédagogie ?



# Commentaire sur les contrôles (2)

## Pistes d'amélioration

La réactivité des établissements publics : l'union fait la force ?

La légalité des contrôles de 2005 à 2008

La légalité des sanctions en 2009



## Commentaire sur les contrôles (3)

- Une peur du gendarme

Amélioration des pratiques de codage et développement  
de la démarche qualité en la matière

Crédibilité accrue du médecin DIM

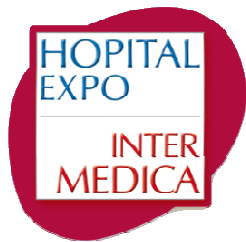
- Un manque de dialogue entre contrôleurs et contrôlés

Une pédagogie à sens unique



# Situation actuelle

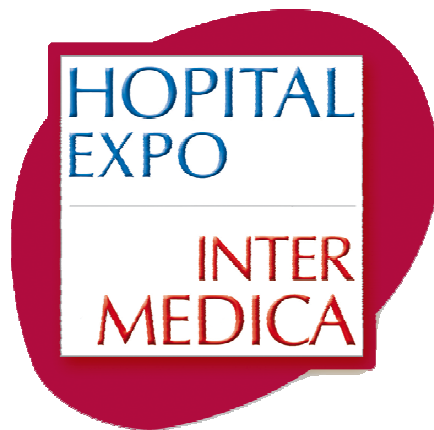
- Le choix de l'établissement a été de défendre ses arguments devant le TASS de Draguignan
- Jugement en février 2009 en faveur du centre hospitalier de la Dracénie sur la base notamment  
*« Attendu qu'en qualité de service public hospitalier appelé nuit et jour suivant le principe de continuité à remplir localement la mission d'intérêt général que les fondateurs du régime de l'assurance maladie comme ses serviteurs les plus contemporains ont tenté et tentent encore au quotidien de remplir qualitativement pour préserver et améliorer la santé des populations devant y avoir recours, et à la différence d'une entreprise soumise à un impératif de santé publique, le centre hospitalier de la Dracénie ne pouvait à l'occasion d'un contrôle pratiqué dès le mois de mai 2007 se voir reprocher financièrement des pratiques relevant de la tarification plus que de l'exercice de l'art médical, jusqu'alors tolérées dans le cadre d'une approche globale du budget de fonctionnement d'un hôpital, alors qu'au moins la moitié des autres actes accomplis en son sein relevaient encore de cette globalité »*



## Conclusion

En appel du jugement du TASS de Draguignan devant la Cour d'Appel d'Aix-en-Provence > audience le 25 mai 2010

Recours « gracieux » devant le directeur général de l'ARS Paca sur le dernier contrôle face au caractère injuste et disproportionné de la proposition de sanctions financières soumise à l'avis de la COMEX, à laquelle le centre hospitalier de la Dracénie n'est en outre malheureusement pas convié pour expliquer sa position.



**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

## Les contrôles de l'Assurance maladie

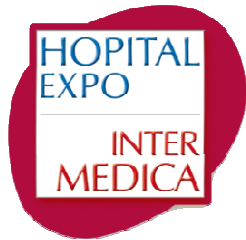
*Expérimentation de la facturation individuelle des  
établissements de santé : modalités de mise en oeuvre*



*Myriam Reynaud  
Chef de projet FIDES  
Ministère de la Santé et des sports*

**18-21 mai 2010**  
**VIPARIS – Porte de Versailles - France**

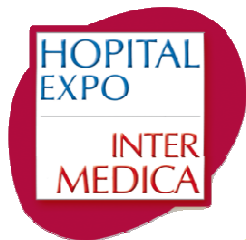
**Forum de l'hôpital public  
et du secteur social et médico-social**



# Sommaire

- Gouvernance du projet
- Macro-planning de l'expérimentation
- Une bascule progressive, organisationnelle puis SI
- Flux de facturation
  - Actes et consultations externes (ACE)
  - Séjours T2A
- Appel à candidature
- Prochaines étapes





# Gouvernance du projet

Comité de pilotage

Comité projet

## Groupe des éditeurs :

- Les éditeurs volontaires
- Un représentant du Syntec – LEM
- ATIH
- UNCAM
- DGFIP

## Groupe AMC :

- SG de l'UNOCAM
- Les trois fédérations

## Groupe AMO :

Interventions bimestrielles au Comité national de coordination inter régimes du programme hôpital, à l'issue de chaque Comité de pilotage

## Groupe des représentants hospitaliers :

- Fédérations hospitalières
- Présidents des conférences ou délégués généraux

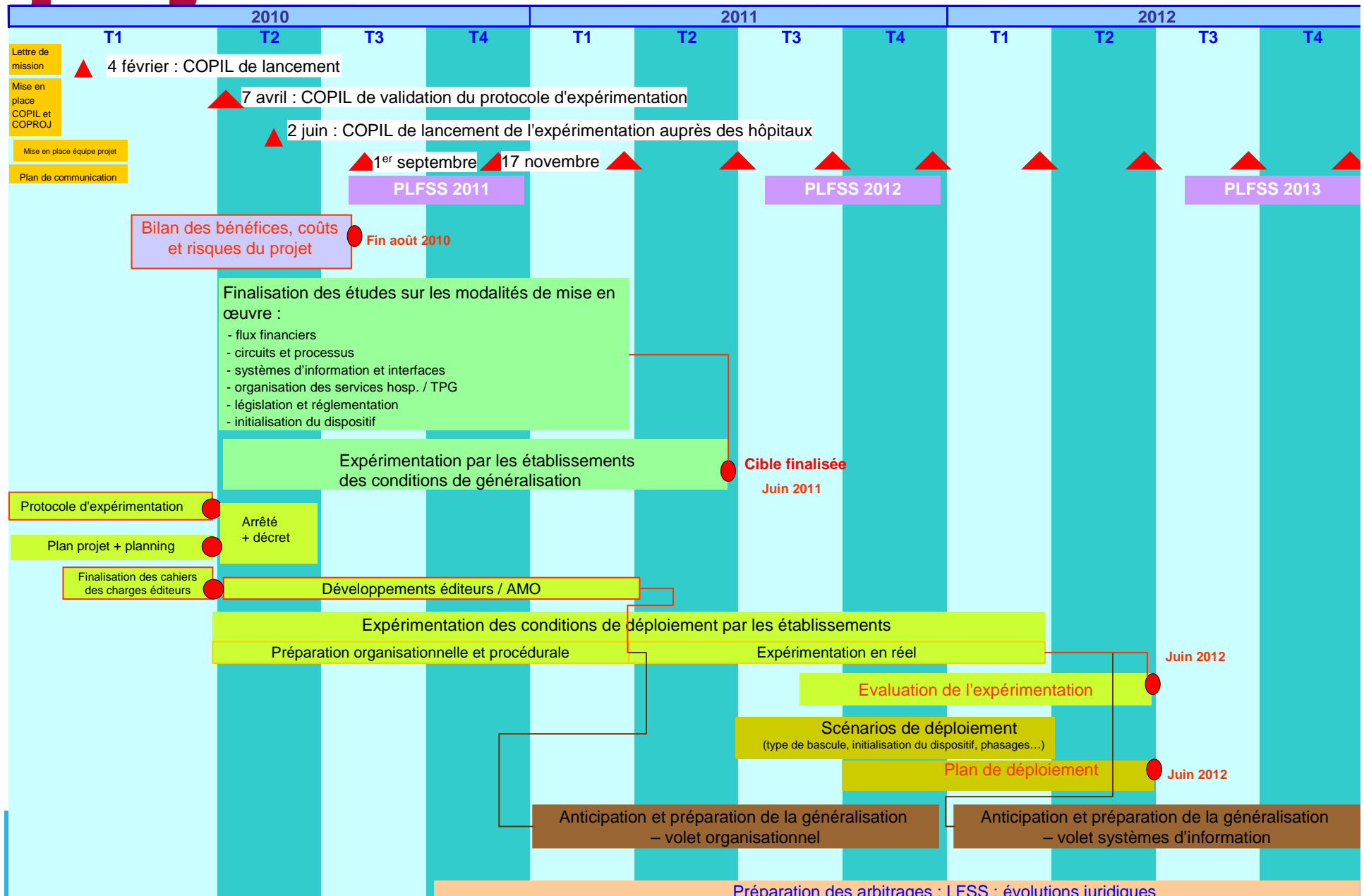
## Groupe de travail sur les processus hospitaliers

- Des DAF hospitaliers
- Des DSI hospitaliers
- Des DIM
- Des responsables de services facturiers
- Des membres du réseau DGFIP
- Des caisses CPU et des liquidateurs AMO
- L'ANAP

18-21 mai 2010

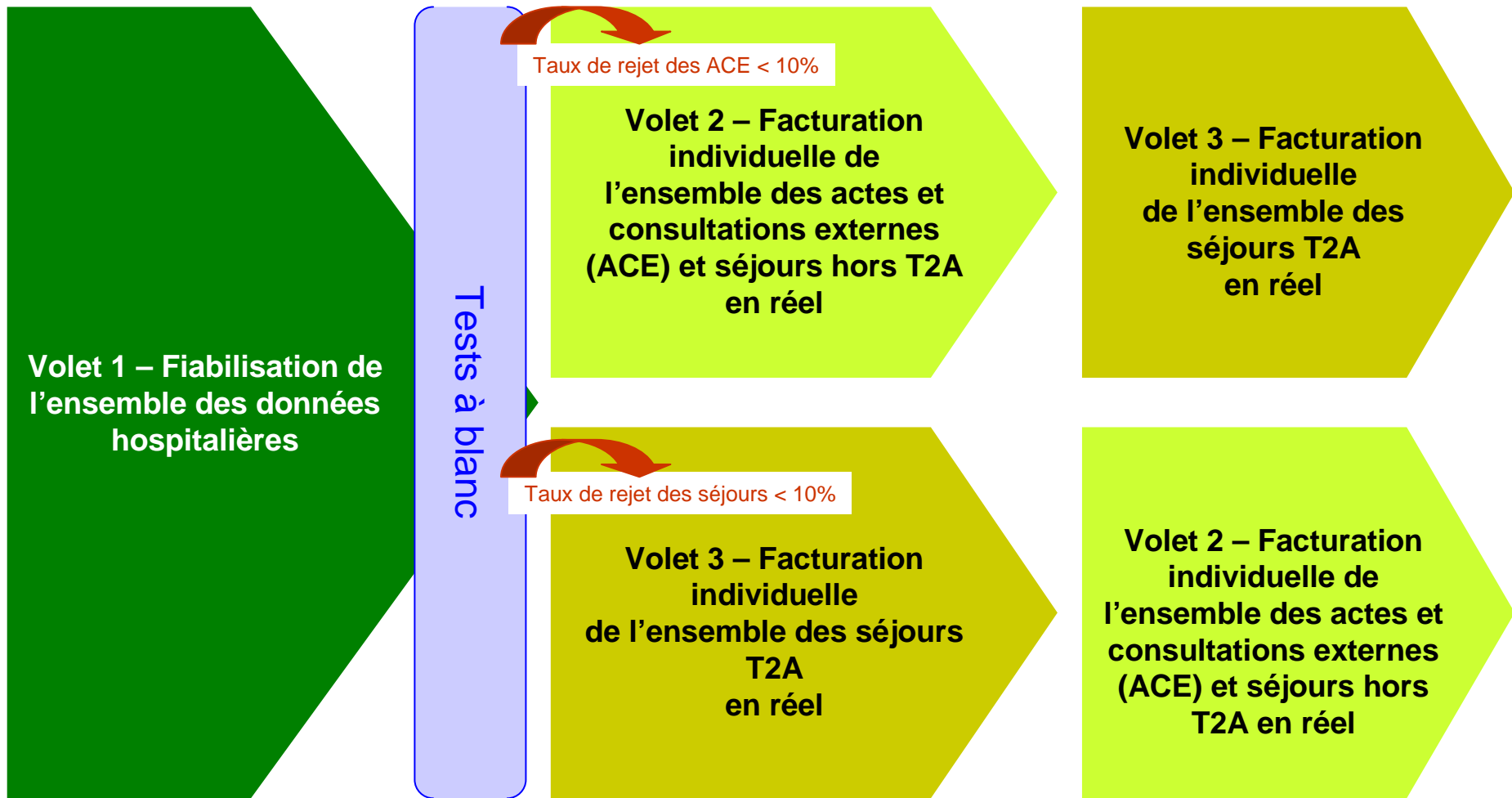
VIPARIS – Porte de Versailles - France

# Macro-planning de l'expérimentation





# Une bascule progressive, organisationnelle puis SI



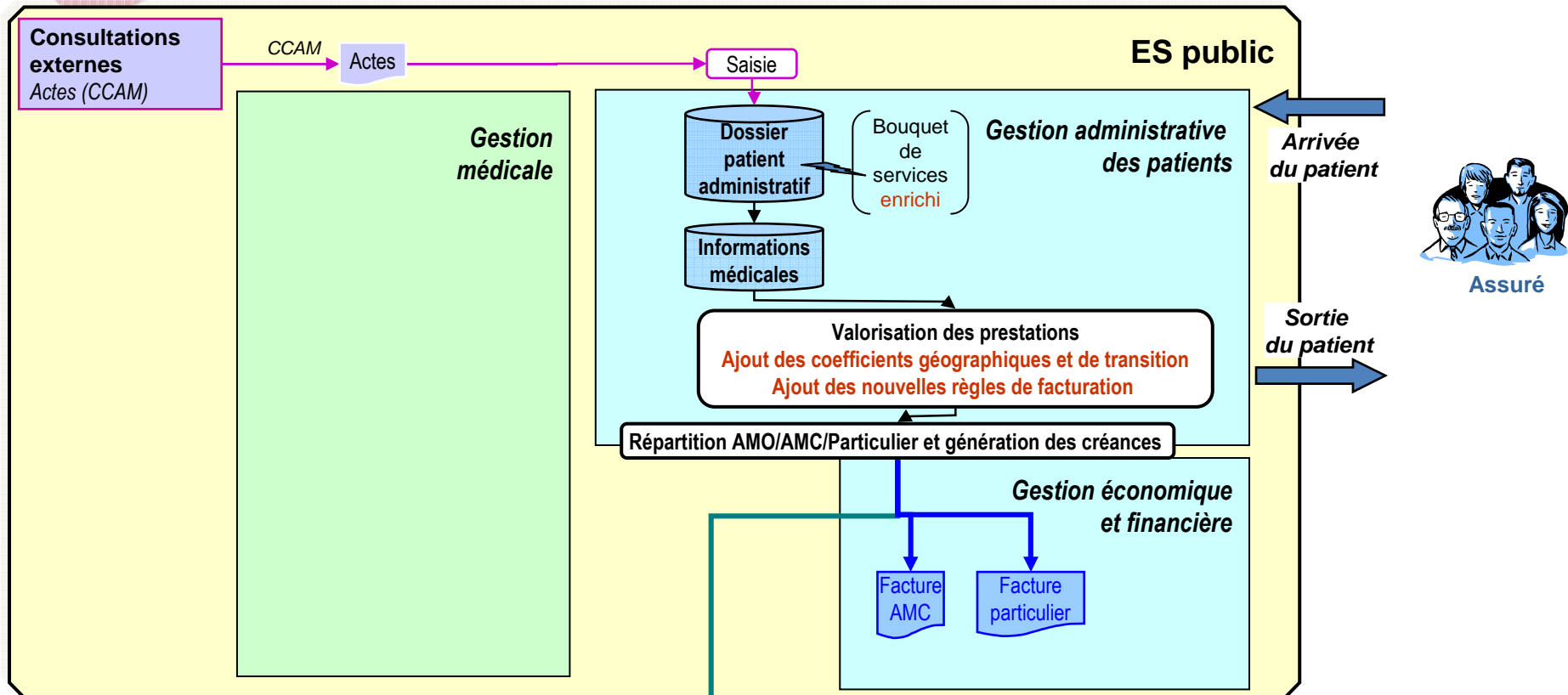
18-21 mai 2010

VIPARIS – Porte de Versailles - France



# Flux de facturation

Facturation individuelle des actes et consultations externes(ACE)



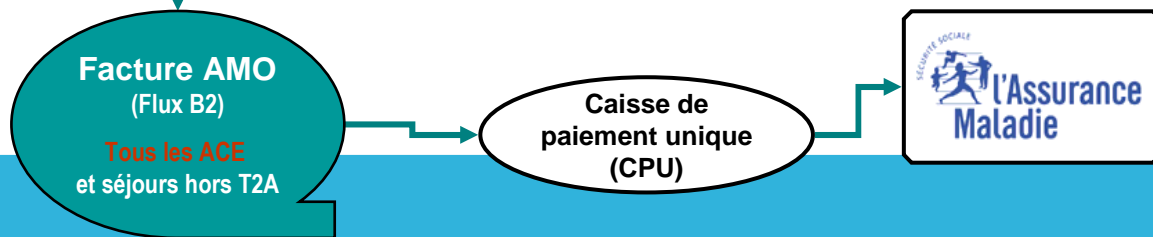
## Légende :

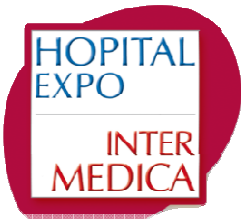
En noir : inchangé

En rouge : changements

18-21 mai 2010

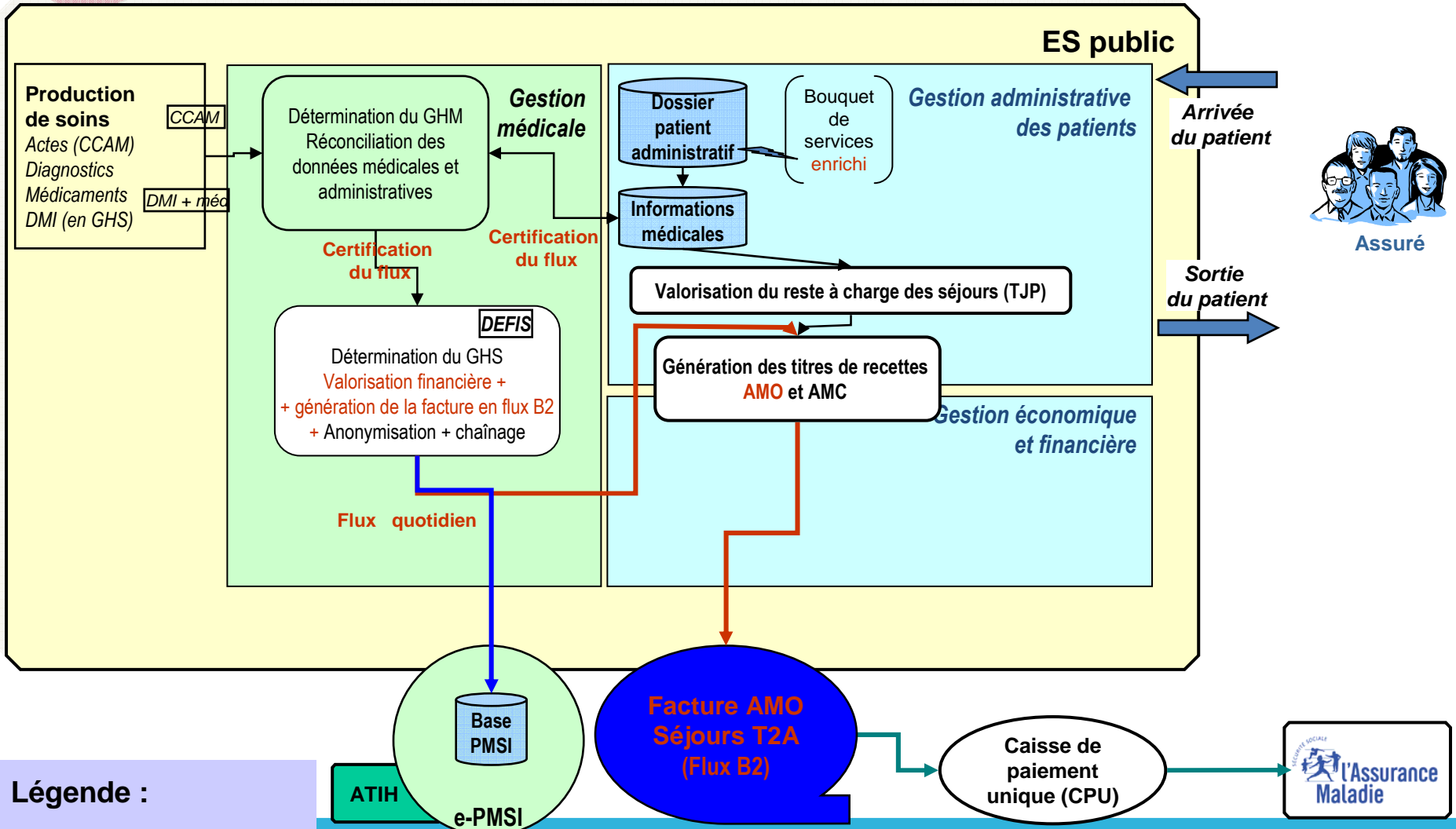
VIPARIS – Porte de Versailles - France



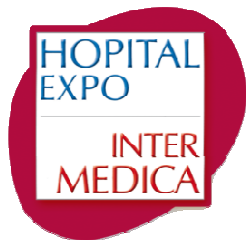


# Flux de facturation

## Facturation individuelle des séjours T2A



**Légende :**  
En noir : inchangé  
En rouge : changements



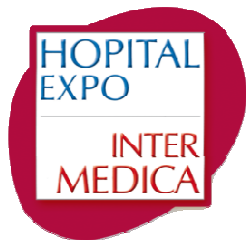
# Appel à candidature

## Critères de choix

- **Etablissements :**
  - **par taille et type d'établissement :**
    - établissements publics et ESPIC
    - petits, moyens et grands établissements
    - activité HAD
    - typologie de la sociologie des patients
  - **en fonction du niveau de maturité organisationnelle et procédurale de la facturation au sein de l'établissement :**
    - à partir des grilles d'analyses du dossier de candidature, issues de l'outil performance de l'ANAP sur la facturation / recouvrement
    - en fonction des indicateurs suivants :
      - les taux de rejet constatés : sur les facturations individuelles actuelles (AME, migrants...) et sur le flux informatif actuel 1 Euro,\$
      - le délai moyen de paiement des titres de recette correspondant aux factures individuelles actuelles (AME, migrants...)
      - le taux de factures individuelles (AME, migrants...) télétransmises
  - **en fonction de la capacité de l'éditeur du logiciel de facturation de l'hôpital à respecter les cahiers des charges et les échéances de l'expérimentation**

18-21 mai 2010

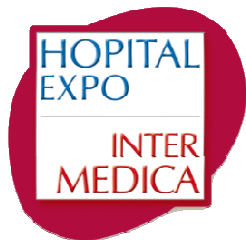
VIPARIS – Porte de Versailles - France



## **Appel à candidature**

### **Critères de choix**

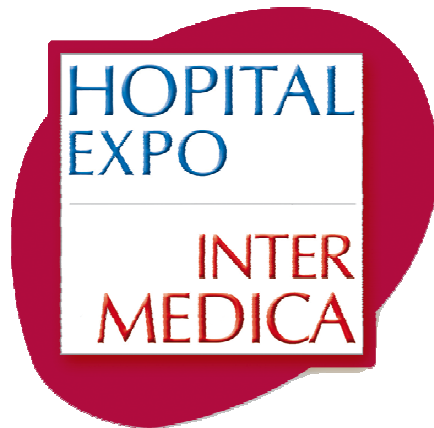
- **Comptable hospitalier :**
  - pour les établissements publics, le comptable hospitalier devra avoir migré sous l'applicatif Hélios depuis au moins six mois en avril 2011 (soient quasiment tous les CH et la plupart des CHU)
- **Caisses assurance maladie :**
  - toutes les caisses pivot, hors celles qui seront en cours de fusion en avril 2011
  - Toutes les caisses gestionnaires, en charge de la liquidation des factures



# Prochaines étapes

- En cours (mai-juin 2010): cahiers des charges informatiques auprès des éditeurs
- Cette semaine : appel à candidature diffusé
  - par e-mail à tous les DG des 1 000 établissements publics et ESPIC
  - disponible sur le site du Ministère [www.fides.sante.gouv.fr](http://www.fides.sante.gouv.fr)
- Vendredi 4 juin 2010 : date limite de réponse des établissements candidats
- Juin 2010 : publication de l'arrêté avec la liste des établissements / comptables hospitaliers / caisses pivots pilotes pour l'expérimentation
- Courant juin 2010 : réunion de lancement avec les établissements pilotes





**18 > 21 mai 2010**

VIPARIS | Porte de Versailles | Pavillon 1

# Les impacts financiers pour les établissements et les contrôles de l'Assurance Maladie

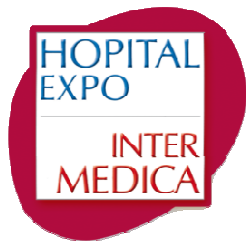
*Facturation Directe à l'Assurance Maladie : le point de vue des Etablissements de santé*



Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE  
Directrice Adjointe du secteur sanitaire  
FEHAP

18-21 mai 2010  
VIPARIS – Porte de Versailles - France

Forum de l'hôpital public  
et du secteur social et médico-social



## Un peu d'histoire

- **2003 : Réforme du Financement des établissements de santé = T2A**
  - Depuis 2004, plusieurs réformes aux impacts majeurs pour le processus de facturation des établissements de santé se sont succédées. Elles ont remis en cause l'organisation, le système d'information hospitalier (SIH) et l'architecture technique pour le supporter.
  - La facturation directe (par les établissements antérieurement sous dotation globale) des séjours à l'assurance maladie était initialement prévue en 2006. Depuis 2005 => application d'un dispositif transitoire....
  - Après des reports successifs, la LFSS de 2009 (art. 54) organise le calendrier de passage à la facturation individuelle.....



## Les Constats

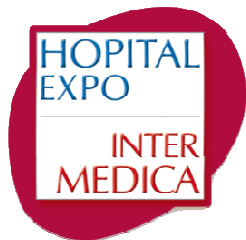
- **Ampleur et complexité du chantier**

- A l'interface des établissements de santé, des caisses des régimes obligatoires d'Assurance Maladie, et des comptables du Trésor Public (pour les EPS).
- Une complexité plus importante dans les Ex DG que dans les cliniques privées.
- A cela se sont ajoutés les reports successifs fortement démobilisateurs pour les établissements de santé et leurs personnels.



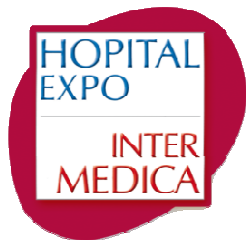
### **La position de la FEHAP (1)**

- Identification précise des points de difficulté actuels.
  - Appréciation des bénéfices, des risques et des impacts du projet.
  - Identification des pré-requis organisationnels et techniques.
  - => Dans toutes les dimensions : financières, SI.
- 
- **Le projet doit concilier les contraintes et les objectifs des différents acteurs :**
    - Efficacité et qualité du système de facturation ; politique de contrôle et d'accès aux informations ; trésorerie pour les établissements de santé et l'assurance maladie ; pérennité du suivi de l'ONDAM hospitalier.
    - Modalités de mise en œuvre progressive permettant aux établissements d'adapter les process.



## La position de la FEHAP (2)

- Obligation => les établissements doivent se préparer au plus tôt.
- Facturer une activité fidèle à la réalité.
- Difficulté majeure : absence de visibilité avant début avril 2010...
- Pré-requis :
  - Gouvernance du projet : un référent désigné et disponible au sein de chaque caisse d'AM.
  - Organisation et processus à mettre en place : amélioration des délais, dématérialisation opérationnelle (norme B2), traitement des rejets, etc.
  - Outil unique et cohérent alimentant le PMSI et la facturation => adaptation contrôlée des logiciels par les éditeurs.
  - Participer à l'expérimentation pilotée par le Ministère afin de préparer de façon optimale la montée en charge progressive du dispositif.



### **Parmi les attendus pour les établissements dans ce projet**

- Une meilleure optimisation de la gestion de la trésorerie ; une réduction des délais de recouvrement ; la possibilité de récompenser les services les plus efficaces et les plus moteurs (Bénéfice financier et managérial).
- Dynamiser l'organisation globale de l'établissement (du recueil des informations à la gestion de la trésorerie), harmoniser les pratiques DIM/Facturation et aboutir à une organisation plus claire.

### **Parmi les attendus de l'expérimentation**

- Identifier les réels bénéfices d'un passage à la facturation directe.
- Sécuriser le dispositif afin de garantir la trésorerie des établissements (étude d'impact à réaliser sur la trésorerie des établissements, étude d'impact à réaliser concernant le circuit des rejets).
- Identifier les besoins d'accompagnement des établissements y compris en matière de formation (Admission, Frais de séjour, facturation,...).
- Favoriser la maturité des éditeurs et s'assurer que les produits sont opérationnels et aboutir à la labellisation des logiciels par le Ministère.

**Merci pour votre attention**