

# Campagne T2A 2014

## Bilan expérimentation de nouvelles modalités de contrôle sur site

**DACCRF**

Département Investigation et Répression des Fraudes des Etablissements

Bilan expérimentation campagne T2A 2014

Réunion du 26 novembre 2015



**1**    **Rappel des principes**

**2**    **Bilan et perspectives**

## Une procédure de contrôle **complexe** et **parfois inutilement conflictuelle** pour **l'ensemble des acteurs**

- un **temps de préparation** du contrôle sur site **estimé trop court** par les établissements
- un contrôle sur site **chronophage** avec un « travail d'archéologue » des praticiens conseils
- une **phase contradictoire parfois conflictuelle** et **estimée insuffisante** par les établissements
  - ✓ des cliniciens sollicités pas toujours disponibles
  - ✓ un DIM qui n'a pas **pu préparer son argumentaire** pour motiver le codage et la facturation de l'établissement
  - ✓ une **asymétrie d'information** sur le codage « avant » / « après » (fiche de recueil praticiens-conseils)

## Améliorer le contradictoire

A ce jour, l'ARS et l'AM portent la charge de reconstituer la logique du codage et de la facturation à partir d'éléments dispersés dans les dossiers du séjour

Ceci peut être à l'origine de malentendus, d'incompréhensions et derrière, de contentieux inutiles

## Améliorer le contradictoire

C'est à l'établissement de fournir la logique et les éléments justifiant codage et facturation

### Article L. 6113-8 CSP

*« Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l'Etat ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations [...] nécessaires [...] au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation »*

### Article R. 162-42-10 CSS

*« L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles **demandent** »*

La **vérification** de la mise à disposition des **éléments du dossier patient** nécessaires pour **justifier codage et facturation** est assurée **par le DIM**

Les éléments fournis par le DIM doivent comporter les informations

- nécessaires pour justifier **l'adéquation patient /structure**
- **ayant une incidence sur la racine GHM ou son niveau**
- nécessaires pour justifier la facturation de suppléments

- Un **temps plus long** laissé au DIM pour **préparer le contrôle**
- Le **DIM collige les éléments strictement nécessaires** pour expliciter la facturation des séjours contrôlés
- Seuls les éléments **ayant un impact sur la facturation** sont recodés par les praticiens conseils
- La **concertation** se déroule **à distance de la phase d'analyse** des dossiers
  - ✓ permettre au DIM de **préparer son argumentaire**
  - ✓ **transmettre les fiches de codage avant/après** pour une symétrie d'informations

## Phase expérimentale pour la campagne T2A 2014

- ✓ établissements **volontaires**, en lien avec les **Fédérations Hospitalières**
- ✓ **7 régions**
- ✓ 2 Fédérations : **FNCLCC** et **FHP-MCO**
- ✓ **10 établissements**

Région	Aquitaine	Bretagne	Haute Normandie	Ile de France	Languedoc Roussillon	Poitou Charentes	Rhône Alpes
Nombre d'établissements	2	1	1	2	1	1	2
Fédération	FHP-MCO	FHP-MCO	UNICANCER	FHP-MCO	UNICANCER	FHP-MCO	FHP-MCO



- ✓ Un contact téléphonique entre le responsable du contrôle externe et le responsable du DIM
- ✓ Un calendrier du contrôle arrêté conjointement, une fois établie la liste des séjours à contrôler

## Avec un **temps de préparation plus long avant le contrôle** sur site

- ✓ de **3 à 6 semaines** en fonction du nombre de dossiers à contrôler
- ✓ une **rencontre entre la Direction, le DIM et le PC responsable du contrôle** pour caler les questions de logistiques, d'organisation du contrôle et définir les éléments à colliger pour un séjour type par champ de contrôle
- ✓ le **DIM collige les éléments** du dossier patient strictement nécessaires aux séjours contrôlés\*

\*L'ensemble des éléments des séjours contrôlés reste à disposition de l'équipe de contrôle pour un retour au dossier patient si besoin

## Une rencontre entre le DIM et le PC responsable du contrôle en amont pour :

- **Caler les questions de logistique**
  - ✓ Les supports du dossier patient
  - ✓ Les modalités de l'accès au dossier informatique
  
- **Définir les informations attendues par l'équipe de contrôle pour un séjour type d'un champ de contrôle**
  - ✓ Les éléments du dossier justifiant le groupage dans une racine
  - ✓ Les éléments du dossier justifiant la CMA la plus haute
  - ✓ Les éléments justifiant le supplément

## Une phase de contrôle organisée

- ✓ une analyse des dossiers **par champs de contrôle**
- ✓ des **points d'étape réguliers** avec le DIM

## Un contrôle des dossiers champ par champ :

- ✓ Vérification des éléments **impactant la facturation du GHM +/- les suppléments**
- ✓ **Ne sont codés par les PC que** les éléments impactant le financement GHS

## Le rôle du médecin conseil

- les différents guides méthodologiques ATIH précisent comme essentiel que le RUM décrive le plus exactement possible le séjour du patient sans oublier aucun DA

**MAIS les PC ne font pas d'audit qualité ou de codage épidémiologique**

Les codes CIM10 et les actes CCAM **recodés par les PC** doivent avoir une incidence sur **la facturation, racine GHM et/ou niveau de sévérité** :

- ⇒ Les éléments de codage renseignés par l'établissement mais sans impact sur la facturation **ne sont pas contrôlés** par les PC
- ⇒ Les modifications de codage des PC doivent **impacter la facturation**

- Toutefois les constats de **pratiques frauduleuses, fautives ou potentiellement dangereuse** doivent faire l'objet d'une **remontée spécifique** à la DRSM qui saisira au besoin la Cnamts via la DC GDR

## S'il existe des éléments manquants :

- Le manquement est **ponctuel** : demande faite au DIM sur le flux
- Le manquement est **systematisé** : suspension du contrôle du champ en cours et demande au DIM des éléments manquants. Dans l'attente, contrôle du champ suivant.

## A la fin de chaque champ contrôlé :

- **Harmonisation** des avis au sein de l'équipe de contrôle
- **Listing** des éléments ou des dossiers qui **restent manquants** pour le champ contrôlé

## Une concertation à distance de la phase de contrôle

- de **1 à 3 jours de concertation** sur site à **15 jours minimum** de la fin d'analyse des dossiers
- pour permettre à l'établissement de **préparer argumentaires ou pièces manquantes**
- une **fiche argumentaire** pour **chaque séjour avec modification** de valorisation ou de facturation
- une **signature globale** des séjours sans modification de valorisation ou de facturation
- des **doubles** des fiches argumentaires par séjour contrôlé transmis **au responsable du DIM**

1

Rappel des principes

2

**Bilan et perspectives**

## Un avis des équipes de contrôle

- **favorable pour 9** des 10 établissements contrôlés
- **plus réservé pour 1** des établissements contrôlés



## Un recodage limité aux éléments colligés par le DIM

⇒ un codage à partir des éléments **facilement accessibles du dossier**

- **Ce qui n'est pas facilement trouvé n'est pas codé**
  - ✓ **charge au DIM** d'apporter les éléments justifiant codage et facturation non trouvés
- Dès cette phase, les éléments apportés par le DIM justifiant le codage d'une CMA non renseignée initialement seront pris en compte

## Le contrôle T2A est un contrôle de la régularité de la facturation

### ⇒ le recodage est limité aux éléments impactant la facturation

- Un **outil de publipostage**, fourni par la CNAMTS, permettant l'impression des seuls codes CIM10 et CCAM impactant le financement GHS
- Si un DP, une CMA et un acte classant suffisent pour justifier le GHS de l'établissement, les autres DAS et actes **ne seront pas contrôlés**
- Toutes les modifications de codage impactant le « déclassement » d'un GHS **seront motivées**
- La fiche de recueil doit préciser que le codage du contrôleur se limite au **strict nécessaire justifiant la facturation**
- Evite les discussions inutiles sur des éléments n'impactant pas la facturation

## Le recodage limité aux éléments impactant la facturation

⇒ Les praticiens conseils n'ont **pas pour objectif de contrôler l'exhaustivité et/ou la qualité de l'ensemble du codage PMSI**, dont les sous-facturations

**mais :**

- Les **sous-facturations rencontrées** sont **recodées**
- Les éléments **apportés par le DIM** permettant d'objectiver une sous-facturation sont **pris en considération**

## Le médecin responsable du contrôle transmet au médecin DIM pour chaque dossier contrôlé :

- ✓ la fiche de **codage « avant / après »**, rappelant le codage initial de l'établissement et précisant le recodage des praticiens conseils
- ✓ la **fiche d'argumentaires** motivant le recodage des praticiens conseils
- ✓ **a minima la liste des pièces** du dossier patient photocopiées ou numérisées

## La transmission de ces informations

- ✓ permet au DIM **d'argumenter**

**Une phase de concertation individualisée pour chaque champ**

**Une alternance phases de contrôle / phases de concertation**

- ✓ un **calendrier concerté** entre PC responsable du contrôle et médecin DIM
- ✓ des **fiches de recodage et d'argumentaires** remises au médecin DIM à l'issue de **l'harmonisation des avis** du champ contrôlé
- ✓ une concertation du champ **quelques jours** après la remise de ces fiches

## Un bilan présenté par la DACCRF

- ✓ aux équipes ayant réalisé le contrôle d'un établissement selon ces nouvelles modalités
- ✓ aux Fédérations hospitalières ayant participé à l'expérimentation
- ✓ à l'ensemble des Fédérations hospitalières
- ✓ Au Ministère et à l'ATIH

## Pour la campagne 2015

- 2<sup>nd</sup> vague d'expérimentation **1<sup>er</sup> semestre 2016** sur les **principes actés**
- établissements volontaires
  - ✓ si leur Fédération est favorable à l'expérimentation
  - ✓ en accord avec le responsable du contrôle sur site

## Pour la campagne 2016

- intégration du processus dans la **formation nationale T2A 2016**
- généralisation des principes actés pour la campagne 2016
- modification du guide du contrôle externe