

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

- 2nd vague d'expérimentation **1^{er} 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