



GOVERNEMENT

Liberté
Égalité
Fraternité

INSTRUCTION INTERMINISTÉRIELLE N° DGOS/FIP1/DSS/1A/2024/144 du 28 octobre 2024 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2024 portant sur l'activité 2023

La ministre de la santé et de l'accès aux soins
Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux
des agences régionales de santé (ARS)

Référence	NOR : MSAH2426735J (numéro interne : 2024/144)
Date de signature	28/10/2024
Emetteur	Ministère de la santé et de l'accès aux soins Direction générale de l'offre de soins (DGOS) Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie Direction de la sécurité sociale (DSS)
Objet	Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour la campagne 2024 portant sur l'activité 2023.
Actions à réaliser	Déterminer les priorités régionales de contrôle et en informer les établissements de santé.
Résultat attendu	Reprise des contrôles externes en 2024 sur l'activité 2023.
Echéance	Immédiate
Contacts utiles	Direction générale de l'offre de soins Sous-direction du financement et de la performance du système de santé Bureau de la synthèse budgétaire et financière (FIP1) Mél. : dgos-fip1@sante.gouv.fr Direction de la sécurité sociale Sous-direction du financement du système de soins Bureau Établissements de santé et établissements médico-sociaux (1A) Mél. : DSS-SD1-BUREAU1A@sante.gouv.fr
Nombre de pages et annexe	3 pages + 1 annexe (2 pages) Annexe - Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2024 sur l'activité 2023
Résumé	Présentation des activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2024.
Mention Outre-mer	Les dispositions s'appliquent à l'ensemble des Outre-mer.
Mots-clés	Tarification à l'activité ; contrôle externe ; agence régionale de santé.
Classement thématique	Établissements de santé

Textes de référence	<ul style="list-style-type: none"> - Articles R. 162-35 à R. 162-35-6 du Code de la sécurité sociale ; - Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du Code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile. - Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du Code de la santé publique.
Instruction abrogée	Instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2018/174 du 16 juillet 2018 relative aux priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2018
Circulaire / instruction modifiée	Néant
Rediffusion locale	Néant
Validée par le CNP le 27 septembre 2024 - Visa CNP 2024-45	
Document opposable	Oui
Déposée sur le site Légifrance	Non
Publiée au BO	Oui
Date d'application	Immédiate

Le contrôle externe de la tarification à l'activité vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation de leur activité.

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

Les priorités nationales de contrôle sont déterminées notamment sur la base des activités pour lesquelles il est constaté des comportements atypiques repérés à partir des analyses statistiques des bases du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et lors des campagnes de contrôle précédentes.

La campagne de 2024 revêt une dimension particulière dans la mesure où elle constitue une année de reprise des contrôles après quatre années d'interruption en lien avec la crise sanitaire de la COVID-19.

Dans ce cadre, les établissements financés en 2023 par le dispositif de sécurisation modulée à l'activité et les séjours des patients hospitalisés pour la prise en charge de la COVID-19 ne feront pas l'objet de contrôle pour la campagne 2024.

Par ailleurs, les contrôles porteront uniquement sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) (hors hospitalisation à domicile [HAD]) et pour les séjours en hospitalisation complète.

Sur ce périmètre, les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2024, détaillées en annexe, portent sur les thèmes suivants :

1. les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
2. le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM (classification commune des actes médicaux) classants ;
3. les séjours dits « contigus » ;
4. les séjours avec comorbidités ;
5. les prestations inter-établissements.

Il convient de noter qu'il n'est pas mis en place de ciblage de la facturation des suppléments facturés lorsque le patient est pris en charge dans une unité de réanimation, de soins intensifs, de surveillance continue ou dans une chambre spécifique d'une unité d'hématologie. Néanmoins, tout séjour entrant dans le champ des contrôles comportant un supplément pourra faire l'objet d'un contrôle (y compris donc du supplément).

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé l'informant d'un contrôle T2A (tarification à l'activité), un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA (Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité) sur les séjours concernés par le ciblage. Il a en effet pu être constaté que les établissements utilisaient l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site. De la même manière, à compter de la réception du courrier de l'agence régionale de santé, un établissement ne peut plus adresser de factures rectificatives sur les séjours concernés.

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

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

Exceptionnellement, dans le cadre de la campagne 2024, il vous est demandé de ne pas appliquer de sanction. Le cas échéant, seule la récupération des montants indûment perçus sera notifiée aux établissements.

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

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

Pour la ministre et par délégation :
La directrice générale de l'offre de soins,



Marie DAUDÉ

Pour le ministre et par délégation :
Le directeur de la sécurité sociale,



Pierre PRIBILE

Vu au titre du CNP par la secrétaire générale
des ministères chargés des affaires sociales,



Sophie LEBRET

Annexe

Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2024 sur l'activité 2023**1) Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation T2A**

La priorité nationale est de contrôler :

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

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

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

Les hospitalisations pour diagnostic ou pour surveillance procèdent de règles de codage, définies au sein du guide méthodologique MCO¹, dont le respect constitue une priorité nationale.

Fait également l'objet d'une priorité nationale, le contrôle du codage des diagnostics principaux ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un groupe homogène de séjours (GHS) mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant.

3) Le codage des comorbidités

La priorité nationale est de contrôler le respect des règles du guide méthodologique MCO¹ pour le codage des diagnostics associés significatifs ayant une valeur de complication ou morbidité associée (CMA).

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

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

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

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

¹ [Guide méthodologique MCO](#) : annexe III de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique

4) Les séjours dits « contigus »

Les séjours contigus désignent des hospitalisations successives réalisées pour un même patient au sein d'une même entité juridique et avec un même FINESS (Fichier national des établissements sanitaires et sociaux) géographique, dont la date d'entrée est égale à la date de sortie de l'hospitalisation précédente.

Pour rappel, le guide méthodologique MCO¹ précise que :

« Dans le cas d'un patient sorti puis réadmis le même jour calendaire, le séjour précédant la sortie et celui suivant la réadmission sont considérés comme un seul séjour, donnant lieu à la production d'un RSS unique. En conséquence :

- si les deux parties du séjour se sont déroulées dans deux unités médicales différentes, le même numéro de RSS est attribué aux deux RUM produits ;
- si l'unité médicale de réadmission est la même que celle de sortie, il est produit un RUM unique, comme s'il n'y avait pas eu de sortie² ».

5) Les prestations inter-établissements

Les transferts d'une durée inférieure à 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transferts intra-MCO, intra-SSR ou intra-psychiatrie).

Ces prestations inter-établissements, telles que définies à l'article 4 bis de l'arrêté du 19 février 2015, n'interrompent pas le séjour du patient.

Par exception à cette règle, lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une séance de la catégorie majeure 28 à l'exception de celles de transfusions (GHM 28Z14Z), oxygénothérapie (28Z15Z) et aphèreses sanguines (28Z16Z), ou correspondant à un forfait de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale en unité de dialyse médicalisée, chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCO¹ précise que « si le patient fait l'objet d'une admission en hospitalisation, B produit un RSS dont les modes d'entrée et de sortie sont codés « 0 » (transfert provisoire). La prestation de B n'est pas facturée à l'Assurance maladie car c'est à A que B la facture. ». Le guide précise également que les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCO sont également exclus du régime des prestations inter-établissements.

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

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

² Le guide prévoit que seul un cas exceptionnel, tel un retour du patient qui serait dû à une autre affection que celle prise en charge initialement, à un autre problème qu'une complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement, autoriserait à distinguer deux séjours, donc à produire deux RSS distincts, la date de sortie du premier étant égale à la date d'entrée du second. Il n'est ainsi autorisé de produire deux RSS distincts que si la réadmission{ XE "Réadmission" } est justifiée par un événement indépendant du premier séjour, cas exceptionnel. Toutes les fois que la réadmission{ XE "Réadmission" } est due à la même affection, à une complication de celle-ci ou de son traitement, il ne doit être produit qu'un seul RSS.