



**MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ**

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction de la régulation de l'offre de soins  
Bureau de la synthèse organisationnelle et  
financière

Personnes chargées du dossier: Romain Le Cozannet et  
Adrien Debever

[Romain.lecozannet@sante.gouv.fr/](mailto:Romain.lecozannet@sante.gouv.fr)

[Adrien.debever@sante.gouv.fr](mailto:Adrien.debever@sante.gouv.fr)

Tél. 01.40.56.61.31 / 01.40.56.79.83

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de  
soins

Bureau des établissements de santé et médico-  
sociaux (1A)

Affaire suivie par : Aurélie OLIVIER

[Aurelie.olivier@sante.gouv.fr](mailto:Aurelie.olivier@sante.gouv.fr)

Tél. 01.40.56.43.34

La ministre des affaires sociales et de la santé,

à

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

**INSTRUCTION N° DGOS/R1/DSS/1A/2016/130 du 21 avril 2016** relative aux priorités  
nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour 2016.

Date d'application : immédiate

NOR: AFSH1610982J

Classement thématique: Etablissements de santé

**Validée par le CNP le 1er avril 2016 - Visa CNP 2016-52**

**Publiée au BO** : oui

**Déposée sur le site [circulaires.gouv.fr](http://circulaires.gouv.fr)** : oui

<b>Catégorie</b> : Directives adressées par la ministre aux services chargés de leur application.
<b>Résumé</b> : Cette instruction a pour objet de présenter les activités qui ont été retenues comme priorités nationales de contrôle pour la campagne 2016.
<b>Mots-clés</b> : Contrôle T2A, ARS.
<b>Annexe</b> : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2016

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

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

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

Les priorités nationales de contrôle retenues pour la campagne 2016 sont issues d'atypies repérées lors des campagnes de contrôle précédentes à partir des analyses statistiques des bases PMSI 2015.

Les thèmes, qui sont détaillés en annexe, sont les suivants :

- ❖ Les activités non prises en charge par l'Assurance maladie ou ne relevant pas d'une facturation relevant de la tarification à l'activité ;
- ❖ Le codage du diagnostic principal et de certains actes CCAM classants ;
- ❖ Les séjours avec comorbidités ;
- ❖ Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour ;
- ❖ Les prestations inter établissements ;
- ❖ Les ré-hospitalisations le même jour sur un même site géographique ;
- ❖ LAMDA dans les établissements ex-DG ;
- ❖ Le contrôle des structures HAD.

Cette stratégie générale 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.

Dans le cadre de cette stratégie régionale, si les spécificités locales des établissements de santé le justifient, les contrôles pourront notamment cibler la facturation en hôpital de jour chirurgical des actes inscrits sur la liste des forfaits « sécurité environnement ».

A votre échelon, pour une mise en œuvre optimale du contrôle, il vous est demandé de :

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

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

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

**signé**

Anne-Marie ARMANTERAS-DE SAXCE  
Directrice générale de l'offre de soins

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Thomas FATOME  
Directeur de la sécurité sociale

Pour la ministre et par délégation

**signé**

Pierre RICORDEAU  
Secrétaire général  
des ministères chargés des affaires sociales

## **ANNEXE : Priorités nationales de contrôles externes de la tarification à l'activité pour l'année 2016**

### **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 ;
- 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.

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

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

La priorité nationale est de contrôler plus particulièrement le respect de la règle S1, à savoir les situations d'une prise en charge dite de surveillance négative. Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations de courte durée (environ 5 jours) en vue de réévaluer la situation et/ou modifier le traitement d'une pathologie chronique. Le DP devrait être un code Z du chapitre XX de la CIM10 correspondant au mieux à la prise en charge et non un code de pathologie active.

Fait également l'objet d'une priorité nationale le contrôle du codage des diagnostics principaux ou des actes classants ayant pour effet de classer le séjour dans un GHS mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce DP ou de cet acte classant. Ce contrôle peut être mené sur la base des atypies repérées à travers le test DATIM 111 (*Nombre de racines « apparentées » avec proportion élevée de la racine plus valorisée*).

### **3) Le codage des comorbidités**

Les CMA constituent un enjeu financier fort dans la mesure où elles représentent plus de 50% de la valorisation des RSA contrôlés.

Les CMA en forte progression depuis 2013 sont des pathologies non prises en charge, le plus souvent découvertes sur un examen programmé de façon systématique (anémie post hémorragie aigue, carence en vitamine D, malnutrition, hypovolémie, trouble cognitif léger, chute à répétition, choc, etc.).

La priorité nationale est de contrôler des CMA uniques de niveaux de sévérités 3 :

- sur des séjours de courte durée ;
- dont l'absence de prise en charge peut mettre en jeu l'état de santé ;
- avec une définition robuste des critères diagnostiques (référentiels HAS ou de sociétés savantes).

#### **4) Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour**

Pour rappel, les dispositions de l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précisent qu'un GHS d'hôpital de jour ne peut être facturé que dans les cas où sont réalisés des actes qui nécessitent (conditions cumulatives) :

- « *une admission dans une structure d'hospitalisation individualisée mentionnée à l'article D.6124-301 du code de la santé publique disposant de moyens en locaux, en matériel et en personnel, et notamment des équipements adaptés pour répondre aux risques potentiels des actes réalisés ;*
- *un environnement respectant les conditions de fonctionnement relatives à la pratique de l'anesthésie ou la prise en charge par une équipe paramédicale et médicale dont la coordination est assurée par un médecin ;*
- *l'utilisation d'un lit ou d'une place pour une durée nécessaire à la réalisation de l'acte ou justifiée par l'état de santé du patient. ».*

En conséquence, ne doit pas donner lieu à facturation d'un GHS toute prise en charge pouvant habituellement être réalisée dans le cadre des actes et consultations externes.

La priorité nationale est de contrôler :

- les séjours d'hospitalisation de jour dans lesquels seuls des actes ou des consultations externes ont été réalisés;
- les venues itératives, hors séances, en hôpital de jour médical : au moins trois venues par mois durant 2 mois consécutifs ;
- les prises en charge ne donnant lieu à réalisation d'aucun acte ou d'un acte unique ;
- les prises en charge donnant lieu au codage d'un acte unique associé au codage d'actes CCAM du chapitre 19 (actes en 4Y), ou d'actes de radiologie simple (de type radiologie pulmonaire par rayons X) ou d'ECG.

Font l'objet d'un moratoire les prises en charges en diabétologie et celles relevant de la CMD 19 (psychiatrie), de la CMD 20 (addictologie), de la CMD 27 (greffes).

#### **5) Les prestations inter établissements**

Les transferts < 2 jours (soit une nuitée au maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transferts intra-MCO, intra-SSR ou intra-psychiatrie). Ces prestations inter-établissements n'interrompent pas le séjour du patient.

L'article 4 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié dispose ainsi que pour la facturation des GHS, les transferts d'une durée inférieure à deux jours dans un autre établissement n'interrompent pas le séjour. Par exception à cette règle, le 4° de l'article 3 du même arrêté dispose que lorsque le patient est hospitalisé et qu'il est pris en charge dans un autre établissement pour la réalisation d'une séance de la catégorie majeure 28 à l'exception de celles de transfusions (GHM 28Z14Z), oxygénothérapie (28Z15Z) et aphèreses sanguines (28Z16Z), chaque établissement facture sa prestation.

Le guide méthodologique MCO n°2015-6bis précise que « *la prestation de B intervient sans interruption de l'hospitalisation en A, établissement demandeur de la prestation (...). La prestation de B n'est pas facturée à l'assurance maladie car c'est à A que B la facture* ». Le guide précise par ailleurs que, outre les GHM de la catégorie majeure 28, sont également exclus du régime des prestations inter-établissements les transferts d'un patient hospitalisé à domicile vers un établissement de MCO.

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

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

## **6) Les ré-hospitalisations le même jour sur un même site géographique**

Pour rappel, les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précisent que lorsqu'un patient est réadmis dans un établissement de santé le même jour que son jour de sortie, le séjour n'est pas interrompu et un seul GHS peut être facturé.

La priorité nationale est de contrôler la facturation de deux GHS par le même établissement, entendu au sens d'entité géographique, alors que la date de sortie de la première hospitalisation est égale à la date d'entrée de la seconde hospitalisation.

Le guide méthodologique MCO n°2015-6bis précise que : « *Lorsqu'un patient est réadmis dans un établissement de santé le même jour que son jour de sortie, les deux séjours sont considérés comme constituant un seul séjour donnant lieu à la production d'un RSS unique* ».

## **7) LAMDA dans les établissements ex-DG**

L'outil LAMDA, logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité, mis à disposition par l'ATIH, permet aux établissements ex-DG de transmettre sur la plateforme e-psmi à année n+1 les données d'activité de l'année n non valorisées ou de les modifier si des éléments nouveaux sont intervenus.

Depuis la campagne 2011, il a été constaté que les établissements utilisent l'outil LAMDA pour modifier les données des activités concernées par le contrôle externe avant, pendant et après le contrôle sur site.

La priorité nationale a pour objectif de contrôler les valorisations opérées via LAMDA, notamment le respect de ses conditions d'utilisation, tels que l'approbation de l'ARS pour toute modification de la base PMSI et la motivation par l'établissement des modifications de ses séjours.

Pour rappel, à compter de la réception du courrier de l'ARS l'informant d'un contrôle T2A, un établissement ne doit plus transmettre de fichier LAMDA sur les séjours concernés par le ciblage.

#### **8) Le contrôle des structures d'HAD**

Les contrôles seront menés sur la base des atypies en matière de séquences HAD et de combinaisons entre modes de prise en charge et diagnostics.