ContrôlesT2A à l'AP-HP

Difficultés et perspectives

Louis Brunel - Namik Taright DIM/DOMU 13 mai 2014

ASSISTANCE PUBLIQUE HÔPITAUX DE PARIS

Historique des contrôles : volumes et montants

Récapitulatif des contrôles T2A			
Contrôle	**Nb séjours contrôlés**	**Indus**	**Sanction**
2006	6 253	745 988	
2007	4 419	967 609	
2008	9 178	3 233 043	
2009	4 310	2 042 695	4 300 000
2010	2 500	1 082 886	
2011	5 357	3 985 284	619 676
2012	4 538	1 663 804	5 000 000
2013	3 011	1 800 000	2 800 000

Estimations

Contesté auprès du TA

Typologie des contrôles

Hospitalisation complète (1/3 des séjours contrôlés)

- Surcodages : essentiellement comorbidités associées injustifiées (CMA)
- Séjours non pris en charge par l'Assurance Maladie
  (chirurgie esthétique, essais cliniques phase I,…)
- "Anomalies" administratives (Prestations Inter-Etablissement, Séjours contigus)

HDJ (2/3 des séjours contrôlés)

- Recherche d'HDJ injustifiées et recalcul de la facture en soins externes
  - Portait initialement sur quelques activités "phare"
    - Biopsie de prostate, saignées, vidéocapsules, petits actes dermatologie, etc.
  - Actuellement tendance à l'exploration des HDJ médicales pour surveillance ou suivi
    - Diabète, mucoviscidose, HTA, VIH, mélanomes, cancers bronchiques etc.
  - Au-delà des aspects financiers, ce sont nos pratiques qui sont impliquées

Les difficultés rencontrées: de notre fait

- **Traçabilité dans le dossier médical**
  - Dossiers manquants (1 à 2%) (impact sur les indus et sanctions)
  - Informations manquantes ou incomplètes (essentiellement pour justifier d'une HDJ)
    - **Dossier infirmier, compte rendu de consultation ou examen, etc.**

- **Chaque nouveau contrôle met en lumière de nouvelles activités injustifiées**
  - L'AP-HP apparait systématiquement fautive aux yeux de l'ARS (sanction +++)
    - **L'ARS attend que l'AP-HP mette en œuvre des mesures correctives**

- **Résistance de certains cliniciens à appliquer la réglementation**
  - Mais incitation forte de l'Institution à réaliser de l'activité d'HDJ

Les difficultés rencontrées : liées à la réglementation

- **Actes non inscrits à la CCAM ou non pris en charge malgré un avis favorable de la HAS**

- **Insuffisance notoire des tarifs d'actes externes et absence de gradient entre la facturation en GHS et la facturation en soins externes**

- **Absence d'instance indépendante pour départager les litiges HDJ**
  - **Le seul recours est le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS)**
    - **Procédure longue, lourde et complexe**
  - **Intérêt évident à traiter les problèmes en amont des contrôles**

Les difficultés rencontrées : la circulaire frontière

- **Tente de tracer une frontière en hospitalisation et soins externes sans définir ce que sont l'un et l'autre**
  - **Un principe général tautologique qui laisse une large place à l'interprétation**
  - **Des exemples et contre-exemples**
- **L'Assurance Maladie raisonne essentiellement en termes d'actes et intervenants**
  - **Seuls les actes objectivables ou inscrits à la nomenclature sont pris en compte**
  - **Une hospitalisation est caractérisée par le nombre d'intervenants et d'actes réalisés**
- **Pour les cliniciens, c'est la notion de prise en charge globale du patient qui prime**
  - **Cette notion englobe entre autres :**
    - **Une "temporalité" singulière liée à l'hospitalisation,**
    - **Une approche médicale multiple (senior, chef, interne, externe),**
    - **Un contexte particulier lié à l'environnement, etc.**
  - **Mais ces différentes composantes essentielles de l'hospitalisation ne sont pas prises en compte lors des contrôles**
- **Au total : une convergence inconstante entre visions médicale et tarifaire**

Perspectives

Surcodage des CMA

- La démarche d'amélioration de la qualité du codage doit être poursuivie

Actes non inscrits ou non pris en charge par l'Assurance Maladie

- La réglementation est inadaptée, les sociétés savantes doivent se mobiliser pour la faire évoluer

Perspectives

HDJ :

- **De nombreuses HDJ sont injustifiées et doivent être supprimées**
- **De nombreuses HDJ sont justifiées en termes de contenus mais déclassées par manque de traçabilité dans le dossier**
  - **Améliorer la qualité du dossier patient**
  - **Travailler avec l'Assurance Maladie pour définir un niveau de preuve acceptable de part et d'autre**
- **De nombreuses HDJ nous paraissent médicalement justifiées mais ne sont pas validées par les médecins conseils (litiges)**
  - **L'assurance maladie est disposée à travailler avec les sociétés savantes pour parvenir à une lecture commune de la circulaire à travers la définition de référentiels médicaux pour les HDJ**
  - **Médecins d'Information Médicale (DIM) et sociétés savantes (Collégiales) doivent saisir cette opportunité et travailler en synergie**