

Krankenhausentgelte und ihre Kontrolle durch den Medizinischen Dienst in Frankreich

MDK Fortbildung, Freiburg 29.01.2008

Dr U. Descamps, Direction régionale du service médical Alsace-Moselle

- ① **Versorgungssystem**
- ② **Krankenhausentgelte**
- ③ **Kontrollprozedere**
- ④ **Ergebnisse 2007**
- ⑤ **Perspektiven 2008**

Krankenversicherung

Gesetzliche Pflichtversicherung

- ↪ Basisversicherung aller Bürger
- ↪ 15 Kassen, kein Wettbewerb
- ↪ Kostenerstattungsprinzip
- ↪ 80 % der KH-Kosten
- ↪ jede Kasse ihren MDK

Zusatzversicherung

- ↪ freiwillige
- ↪ gesetzliche (CMU) :
geringe Einkommen

Stationäre Versorgung

Öffentl. Krankenhäuser
↩ 3 Versorgungsstufen

**Freigemeinnützige
Krankenhäuser**

**Privat-
Kliniken**

Notdienst, Ausbildung und Forschung
80 % der Bettenkapazitäten
80 % der Ausgaben

Öffentliche + gemeinnützige Akutkrankenhäuser

1983 : Tagessätze → Globalbudget

1991 : GB am Rande durch
GHM korrigiert (PMSI)

2003 - 2008 : progressiver
Übergang auf ein leistungs-
orientiertes Entgelt-System (T2A)

Privatkliniken

bis 2005 :

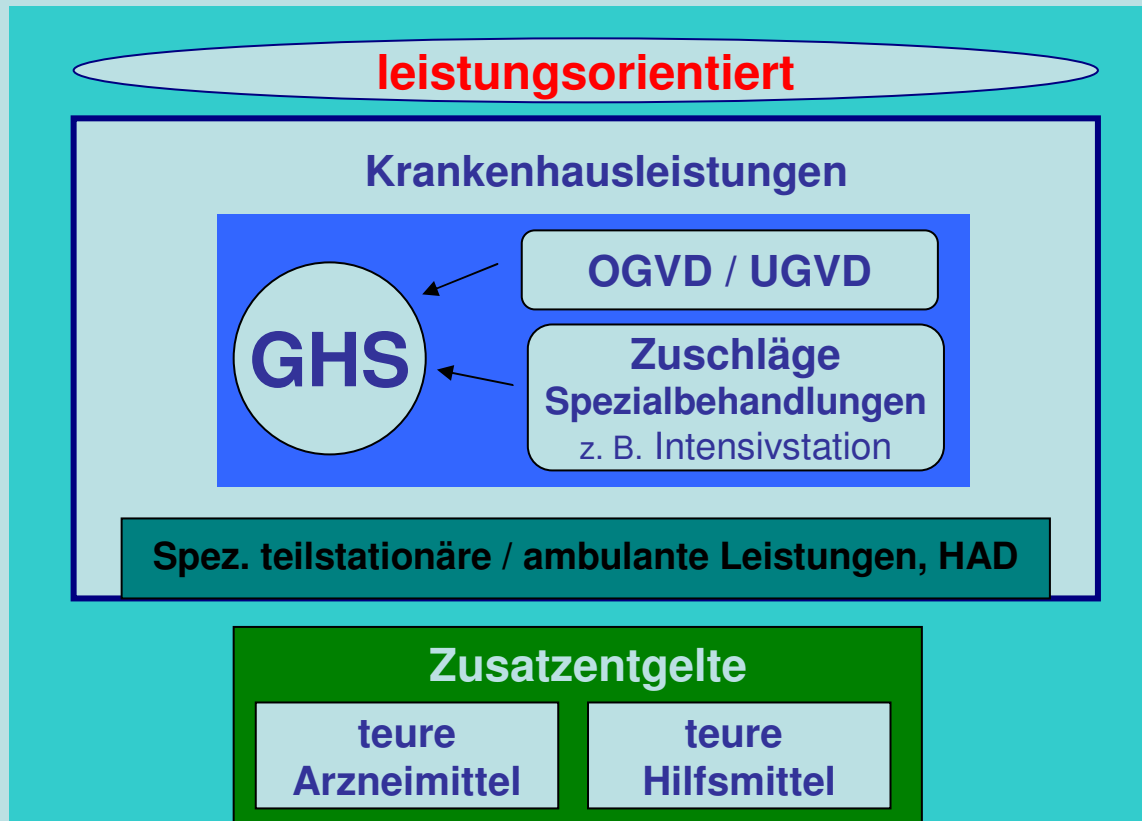
↪ individuelle Tagessätze +
Pauschalen + Arzthonorar

↪ Sondertarife hochspezial.
Behandlungen

↪ quantifizierte Ausgabenziele

März 2005 : T2A

monistische Finanzierung



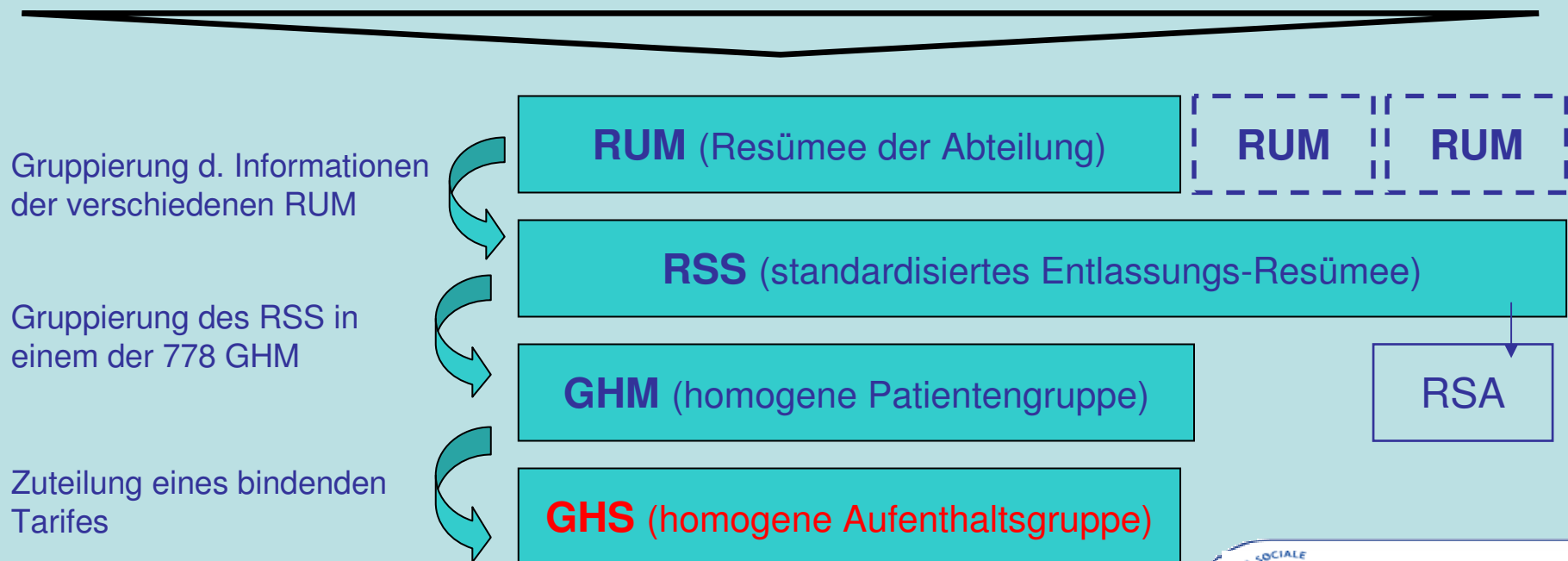
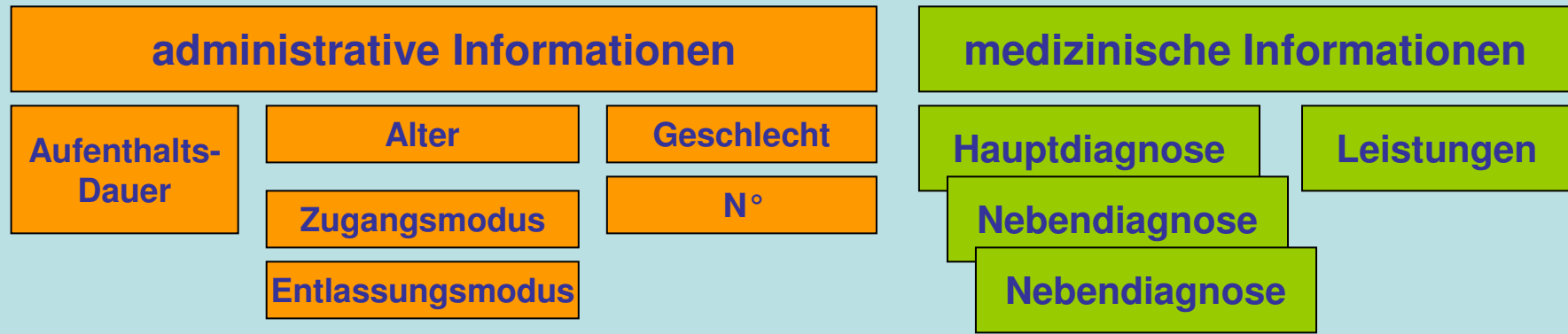
Budgets



Mischfinanzierung



Krankenhausentgelte : GHS



1 GHM-Klassifikation
⇒ **2 GHS - Tarifkataloge**

Krankenhäuser ehemals mit Globalbudget

- ↪ ärztliche Vergütung im GHS inbegriffen
- ↪ nationale Kostenstudie
- ↪ analytische Buchführung

Privatkliniken

- ↪ ärztliche Honorare nicht inbegriffen (⇒ getrennt, nach Einzelleistung abgerechnet)
- ↪ Basis : Beobachtung zuvor abgerechneter Tarife



Zukunftsziel : Konvergenz ⇒ einheitliche Tarife



Modulation
am Rande

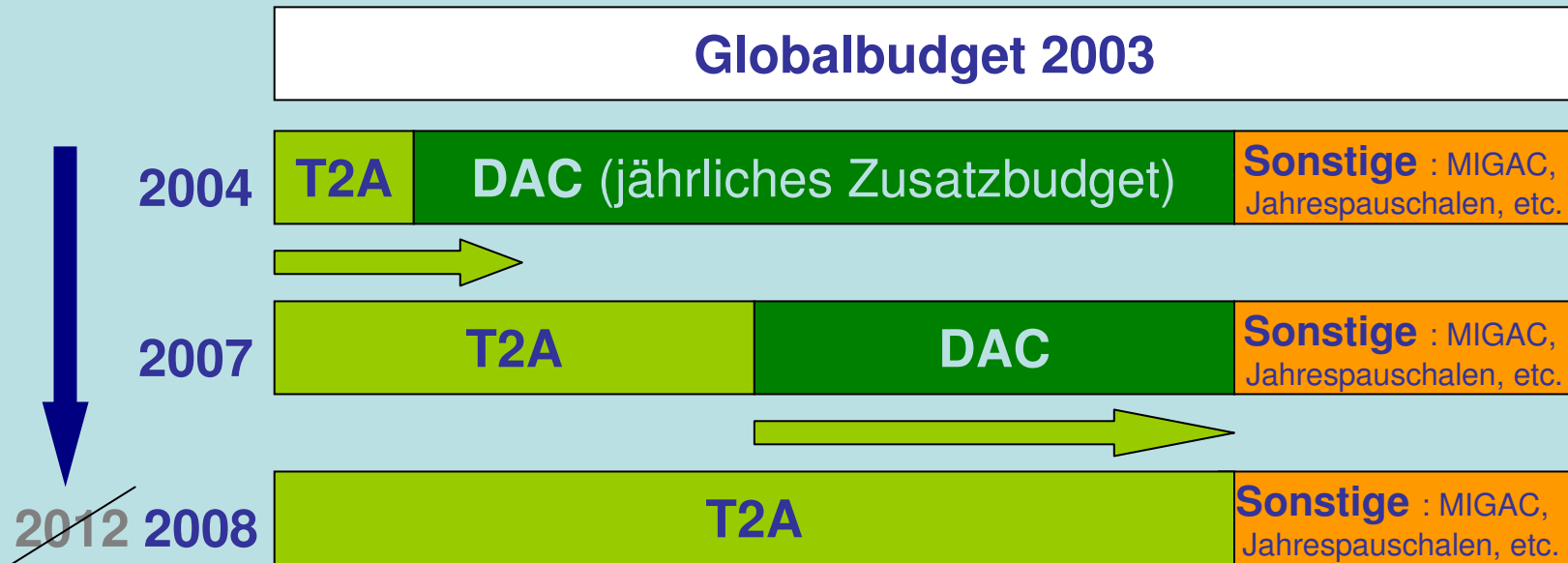


geographische Besonderheiten, die die Kosten belasten

(Ile-de-France, Korsika, Übersee-Departements)

**außergewöhnlicher Koeffizient
öffentlich ≡ privat**

Konvergenzphase Häuser ehemals mit Globalbudget



+ individueller Übergangs-Koeffizient / Klinik : $n \Rightarrow 1$ (2012)
→ Ausgleich vorheriger Über- und Unterdotierung

**Konvergenzphase
Privatkliniken**

individueller Koeffizient / Klinik
 $n_{(2005)} \Rightarrow 1_{(2012)}$



§§ L 162-22-4 und R 162-42-12 des Gesetzes der Sozialversicherung

Rechtsverordnung n° 2006-307 vom 16.03.2006

Kontroll-Leitfaden

MDK

regionaler Aktionsplan, kassenübergreifend
keine Einzelgutachten

externe Kontrolle, a posteriori

→ **Kodierungs- / Abrechnungs-Regeln,**
nicht die medizinische Rechtfertigung der
Behandlung



§§ L 162-22-4 und R 162-42-12 des Gesetzes der
Sozialversicherung

Rechtsverordnung n° 2006-307 vom 16.03.2006

Kontroll-Leitfaden

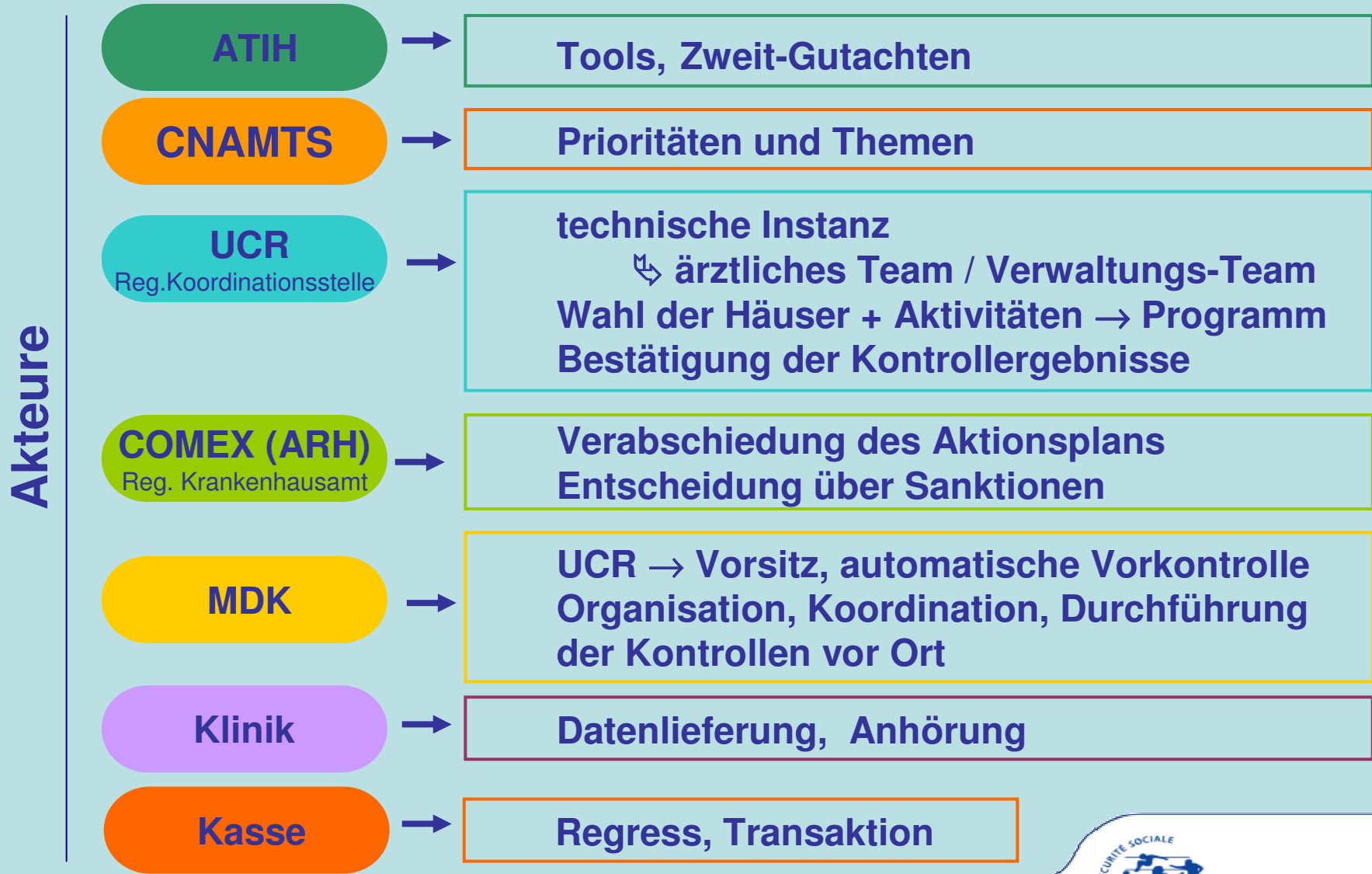
Prinzip

- **automatische Kontrolle aller Häuser**
- **gezielte Prüfung vor Ort**
- **Kontrollierte Leistungen**
 - sämtliche Leistungen
 - **Stichprobe ausgewählter Leistungen mit gemeinsamen Charakteristiken**
- **Anhörung aller Parteien**

Konsequenzen

- ① **Regress**
unrechtmäßige Abrechnung kontrollierter Fälle
- ② **Sanktion**
Voraussetzung : hoher % Anomalien mit gemeinsamen Charakteristiken, Stichprobe (min. 100 Fälle) *oder* Analyse der gesamten Aktivität

⇒ % Betrag zusätzlich zum Regress,
gestaffelt je nach Höhe des zu Unrecht abgerechneten Betrages
→ maximal 5 % des zu Lasten der GKV abgerechneten Jahresumsatzes
- ③ **Transaktion**
- ④ **Klage**



Prinzip : Suche nach Anomalitäten → bedeutend überhöhte Rechnungen

Automatische Kontrolle

- Case mix Jahr n \leftrightarrow Case mix Jahr $n-1$
- Case mix \leftrightarrow Abrechnungsdaten
- abgerechnete Leistungen
 \leftrightarrow Ermächtigungen / Regel-Volumen
- Analyse der RSA
- Abrechnungsdaten der Kasse : Liste
gewöhnlich ambulant erbrachter Leistungen
- Volumen- / Ausgabenentwicklung
- Ergebnisse der Kontrollen im Vorjahr
- Meldungen / Beschwerden

Daten- Banken / Tools

Abrechnungsdaten (SNIR AM)
→ Abweichung vom Mittelwert / Ermächtigung, Zusatzentgelte, etc.

MAT2A Tabellen → Case-Mix, Aufenthaltsdauer, Komplikationen, Behandlungen < 24 h, Ermächtigungen, etc.

e-PMSI ← Übermittlung der anonymisierten Entlassungs-Resümees (RSA)

DATiM
→ Plausibilität
→ Extraktion der zu kontrollierenden Aufenthalte

Abweichung vom Mittelwert
↳ Index ⇒ Priorisierung
Qualität Kodierung

Regionale EDV-Abfragen

Wahl der kontrollierten RSS

„Warenkorb“ der festgehaltenen untypischen Aufenthalte

hoher % Anomalien
bei bestimmten GHS
Ziel : Sanktion

Ziel : Regress
/ Transaktion

Zufalls-Stichprobe
100 RSS / Aufenthaltstyp

falls < 100 Fälle,
Analyse aller betroffenen
Fälle / Aufenthaltstyp

**Sämtliche suspekten
RSS**
oder
**Stichprobe
unter allen RSS**

Kontrolle vor Ort

Team $\begin{cases} \rightarrow \text{min. 2 \u00c4rzte} \\ \rightarrow \text{1 Sekret\u00e4rin} \end{cases} \rightarrow \text{Erfassung, Kopien}$

Laptop $\begin{cases} \rightarrow \text{Datei Ergebnis Vorpr\u00fcfung} \\ \rightarrow \text{Datei entsprechende RSS} \end{cases}$
Abrechnung
Patientenakte \u2190 Klinik

Datenschutz !



Leistung erbracht ?
Koh\u00e4renz RSS \u2194 RUM, RSS \u2194 GHM,
GHM \u2194 GHS, RSS \u2194 Patientenakte ?

Abstimmung mit der Klinik bei allen Etappen

Themen 2007

- Abrechnung eines GHS für ambulant zu erbringende Leistungen → Aufenthalte < 24 Std.
- GHS mit schweren Komplikationen oder Komorbidität
- Abrechnung nicht genehmigter Aktivitäten
- Überschreitung der genehmigten Volumen
- Leistungen der Notambulanz
- (regionale Themen)

Ergebnisse Prüfung 2007

Elsass

- **11 Kliniken** (534 Frankreich)
- **7 073 Aufenthalte / 545 862 (1,3 %)**
(154 544 Frankreich)
- **20 bis 40 Fälle / Tag / Arzt**
- **340 Arzt-Arbeitstage**
- **133 Tage Sekretariat**

Ergebnisse Prüfung 2007

Elsass

- **% Up-Coding : 86 % (31 ↔ 99 %)**
- **Regress 634 355 € / 800 650 € potentiell**
(Teil T2A)
/ 4 010 567 € Ausgaben (kontrollierte Aufenthalte)



Treffsicherheit der Auswahl

- **4 Klagen**

Probleme 2007

- **Zeitaufwand** (↘ mit der Erfahrung)
- **Harmonie der Gutachten**
- **manuelle Berechnung des Regresses**
EDV-Programm noch nicht zur Verfügung
- **Akzeptanz der Kliniken**

Themen 2008

- Aufenthalte < 24 Std
- Behandlung in der Notambulanz
- GHS mit (schweren) Komplikationen oder schwerer Komorbidität
- extrem lange Aufenthalte ohne Komorbidität
- Anomalien ⇒ mögliche Sanktionen
- „Komfort“ - Augen Chirurgie
- Hilfsmittel neben einem GHS ambulant abgerechnet

Fortführung
Themen
2007

neue Themen

→ Elsass : 10 Krankenhäuser
6 000 Aufenthalte

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit**

Dr U. Descamps, Direction régionale du service médical Alsace-Moselle

