



guide du contrôle externe régional

Version 1.3 – 1^{er} août 2007

Ce guide a été élaboré dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), à l'occasion de la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé.

Ce groupe associe des représentants de l'Etat, de l'ATIH, et des trois principaux régimes d'assurance-maladie.

Ses membres sont les suivants :

DHOS : Dr Joëlle DUBOIS

ATIH : Dr Louis BRUNEL
Dr Patrick JEHAN

DSS : Mme Sonia BEURIER

CNAMTS : Dr Laurence DI MENZA
Dr Pierre GABACH
Dr Michèle BRAMI

MSA : Dr Martine BINOIS
Mme Danielle LAURENCIN

AMPI : Dr Brigitte HEULS-BERNIN
Dr Marie-Noëlle VIBET

La révision de ce guide a été réalisée par le Groupe de travail thématique du conseil de l'hospitalisation formé de la DHOS, de la DSS, des services médicaux des principaux régimes d'assurance maladie obligatoire et de l'ATIH.

Ses membres sont les suivants :

DHOS : Dr Joëlle DUBOIS

ATIH : Dr Pierre METRAL
DR Jean François NOURY

DSS : M Jérôme SEQUIER

Mission T2A : Dr Michèle BRAMI

CNAMTS : Dr Gaetano SABA
Dr Pierre GABACH
Dr Caroline BOULANGER
Dr Catherine ZANNI

MSA : Dr Patrick MORVAN

RSI : Dr Brigitte HEULS-BERNIN

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	p 5
<u>I IMPACT DE LA "TARIFICATION A L'ACTIVITE" SUR LE CONTROLE DES INFORMATIONS PMSI</u>	p 6
I.1. historique du contrôle	p 6
I.2. Principes de la T2A – conséquences sur le contrôle	p 6
<u>II PRINCIPES DU CONTROLE</u>	p 11
II.1 Un contrôle externe	p 11
II.2 Objectifs du contrôle externe	p 11
II.3. Dispositif de contrôle	p 12
II.3.1. Ciblage des établissements et activités	p 12
II.3.2 Contrôle sur site	p 13
II.4. Conséquences du contrôle pour les établissements	p 13
<u>III. LES ACTEURS DU CONTROLE EXTERNE</u>	p 15
III.1. Les établissements	p 15
III.2. Commission exécutive de l'ARH	p 15
III.3. Unité de coordination régionale	p 16
III.3.1. Composition de l'unité de coordination	p 16
III.3.2. Missions de l'unité de coordination	p 17
III.4. Contrôleurs responsables des contrôles sur site	p 18
III.5. Instance d'expertise pré-contentieuse	p 18
III.5. Instances de recours contentieux	p 18
<u>IV PRODUCTION ET CIRCUIT DE L'INFORMATION AU NIVEAU REGIONAL</u>	p 19
IV.1. Production des RSS et RSA par les établissements	p 19
IV.1.1. Cadre réglementaire	p 19
IV.1.2. Champ de production d'un RSS	p 19
IV.1.3. Précisions relatives aux fichiers conservés par les établissements	p 20
IV.2. Production des informations tarifantes	p 21
IV.2.1 Etablissements privés	p 21
IV.2.2. Etablissements publics	p 21
IV.3. Circuit d'information	p 22
IV.3.1. Circuit de l'information concernant les établissements privés	p 22
IV.3.2 Circuit de l'information concernant les établissements publics	p 23
<u>V DISPOSITIF ET OUTILS DU CONTROLE</u>	p 25
V.1 Contrôle a priori	p 27
V.2. Contrôle a posteriori mené au niveau de l'unité de coordination	p 27

V.2.1. Comparaison de casemix	p 27
V.2.2. Ciblage des établissements par analyse des fichiers de RSA	p 29
V.2.3. Ciblage des établissements par analyse des données de la liquidation	p 32
V.3. Programme de contrôle régional	p 33
<u>VI. CONTROLE SUR SITE – MISE EN ŒUVRE – ASPECTS PRATIQUES</u>	p 33
VI.1 Déclenchement du contrôle sur site	p 33
VI.2 Préparation du contrôle sur site	p 33
VI.2.1 Contact avec l'établissement	p 34
VI.2.2. Sélection des dossiers	p 34
VI.3. Déroulement du contrôle sur site	p 39
VI.3.1. Aspects préalables au recodage des dossiers	p 39
VI.3.2 Codage des résumés et de l'information tarifante	p 40
VI.3.3. Comparaison des informations contrôleur/établissement	p 47
VI.3.4 Rapport de contrôle sur site	p 50
VI.3.5. Éléments complémentaires du contrôle sur site	p 55
<u>VII SUITES ET CONSEQUENCES DU CONTROLE SUR SITE POUR LES ETABLISSEMENTS</u>	p 60
VII.1 Rôle du médecin contrôleur	p 60
VII.1.1 Informations disponibles à l'issue du contrôle sur site	p 60
VII.1.2 Elaboration du rapport de contrôle sur site	p 60
VII.1.3 Transmission à l'unité de coordination régionale	p 61
VII.2 Rôle de l'unité de coordination régionale	p 61
VII.2.1 Traitement du rapport de contrôle sur site	p 61
VII.2.1.1 Avis de réception adressé par l'UCR	p 61
VII.2.1.2 Demande d'avis d'expert	p 62
VII.2.1.3 Gestion des éléments nécessaires à la notification des indus	p 62
VII.2.2 Synthèse des éléments nécessaires à la définition de sanctions financières	p 63
VII.2.3 Elaboration du rapport de synthèse	p 64
VII.2.4. Elaboration d'un bilan annuel du programme de contrôle	p 64
VII.3 Rôle de la COMEX	p 65
VII.4 Rôle de l'établissement	p 65
REFERENCES DOCUMENTAIRES	p 68
ANNEXES	p 75
GLOSSAIRE	p 84

AVERTISSEMENT

- l'utilisation de ce "guide du contrôle externe des informations médico-administratives notamment utilisées pour la tarification à l'activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO)" suppose que soient connus les grands principes du PMSI et de la classification médico-économique des GHM. On trouvera en annexe un glossaire des sigles employés, mais pas une description de ces principes.
- Le contrôle externe de la tarification à l'activité concernant l'hospitalisation à domicile (HAD) fera l'objet d'un document spécifique, les principes du contrôle étant les mêmes que ceux de l'activité MCO, mais les outils différents.
- Les secteurs d'hospitalisation seront identifiés dans ce document par référence à leur ancien mode de financement. Seront ainsi dénommés :
 - établissements publics : les établissements du secteur d'hospitalisation sous dotation globale avant réforme de la tarification à l'activité
 - établissements privés : les établissements du secteur d'hospitalisation sous OQN avant réforme de la tarification à l'activité

I IMPACT DE LA "TARIFICATION A L'ACTIVITE" SUR LE CONTROLE DES INFORMATIONS PMSI

I.1. HISTORIQUE DU CONTROLE

La médicalisation des systèmes d'information a été introduite dans les établissements de santé pour connaître l'activité réalisée par ces établissements d'une part, mais aussi pour participer au processus de financement des établissements des deux secteurs d'hospitalisation d'autre part.

Jusqu'en 2003, les informations issues du PMSI ont été utilisées dans cette finalité, de manière adaptée aux modalités respectives de financement des secteurs d'hospitalisation sous dotation globale et sous OQN.

Passée une période de montée en charge du dispositif de recueil, la définition des modalités d'utilisation de ces informations a été accompagnée de la définition du contrôle de leur qualité. Dès lors qu'un financement, quel qu'il soit, est assis sur des informations de nature déclarative, le "payeur" a légitimité pour s'assurer de la fiabilité de ces informations.

L'objet du présent document n'est pas de revenir sur les procédures de contrôle antérieures : spécifiques à chaque secteur d'hospitalisation, elles étaient en cours de rénovation au moment où le projet de réforme du financement des établissements de santé est apparu. La mise en œuvre en 2004 de la Tarification à l'activité (T2A) a rendu incontournable la rénovation des modalités de contrôle des informations PMSI.

I.2. PRINCIPES DE LA T2A – CONSEQUENCES SUR LE CONTROLE

La réforme de la tarification à l'activité est instituée par la loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 relative au financement de la sécurité sociale pour 2004.

Outre les textes réglementaires d'application de la loi référencés dans la bibliographie, divers documents explicatifs de la réforme ont été écrits. La plupart figurent sur le site du ministère de la santé et de la protection sociale, dans l'espace réservé à la T2A, ainsi que sur le site de l'assurance maladie. Ils sont en outre répertoriés sur le site de l'ATIH¹.

Seuls les grands principes de la tarification à l'activité sont ici rappelés.

Très schématiquement, la réforme en vigueur en 2004 met en œuvre 5 grandes modalités de financement des établissements de santé :

- paiement au forfait par séjour
- paiement à la journée, passage, séance...
- paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation
- versement d'une enveloppe forfaitaire pour financer certaines activités

¹ <http://www.atih.fr>

- versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Ces modalités de financement concernent les deux secteurs d'hospitalisation, rejoignant ainsi l'objectif d'harmonisation du financement de ces deux secteurs, évoqué de longue date, sans toutefois aller jusqu'à l'unification des modèles de financement. En effet, si pour les deux secteurs, il s'agit désormais d'asseoir le financement des établissements sur l'activité réalisée, les modèles restent encore différents (pour quelques années).

Par ailleurs, pour des raisons pratiques et financières, il n'est pas possible de basculer d'une année sur l'autre d'un modèle de financement à un autre sans s'entourer de mesures transitoires, de nature à garantir aux établissements une relative stabilité financière dans les premières années de mise en œuvre. Des modalités transitoires spécifiquement adaptées à chacun des deux secteurs sont donc définies et explicitées dans les textes de référence (coefficient correcteur – des tarifs - de transition pour les établissements privés, maintien d'une part de ressources allouées forfaitairement, et décroissante dans le temps, pour les établissements publics).

Revenant sur les grandes modalités de financement, il convient d'apporter certaines précisions:

- le paiement au forfait par séjour :

Il s'agit de l'élément le plus connu du dispositif, et celui sur lequel les opérations de contrôle telles que définies dans le présent document ont le plus de raisons d'être.

Chaque séjour en hospitalisation pour soins de courte durée (MCO) (le champ exact est défini au chapitre IV - § IV.1.2 ci-dessous) donne lieu à la production d'un résumé standardisé de sortie (RSS). Après traitement des informations élémentaires contenues dans ce résumé, le séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) selon la dernière version de la classification des GHM en vigueur. A chaque GHM est appliqué un tarif "tout compris", défini au niveau national, qui sert à rémunérer l'établissement qui a pris le patient en charge pour l'épisode de soins considéré.

Dans la plupart des cas, il existe un tarif unique national, par GHM. Cependant, dans certains cas, comme pour les soins palliatifs, ce tarif n'est pas unique. Ce cas a conduit à la définition d'un nouveau concept dans le cadre de la T2A: celui du *groupe homogène de séjours* (GHS) qui sert à qualifier la prestation assurance maladie facturée. On distingue ainsi le support de la tarification (le GHS) du support de la description d'activité (le GHM). Le modèle rend donc possible la définition de plusieurs GHS pour un même GHM.

Pour affiner cette modalité de financement, il convient de signaler que le modèle intègre la prise en compte des séjours extrêmes : certains séjours peuvent être considérés comme extrêmes par rapport à la population habituelle du GHS. Ce caractère extrême est déterminé par la durée du séjour et précisé par les notions de borne "basse" et "haute" (en termes de durée de séjour).

Pour les GHM pour lesquels la borne basse est pertinente, l'établissement doit appliquer au tarif du GHS un coefficient de minoration (de 50%) lorsque la durée du séjour est inférieure à cette borne (à l'exception toutefois des séjours dont le mode de sortie est le mode décès). L'établissement facture, en plus du GHS, un supplément journalier (dénommé EXH), pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de la borne haute. Le tarif de l'EXH, variable en fonction du GHS, est défini par voie d'arrêté.

- Le paiement à la séance, passage ...

Le financement de certaines activités n'est pas basé sur le GHS, mais sur une prestation d'une autre nature (forfait, passage, séance...).

Le recueil d'information élémentaire concernant la plupart de ces activités ne repose pas sur le RSS, mais sur un autre dispositif de décompte des activités concernées.

Ces activités concernent notamment : les consultations et actes externes, l'activité d'urgence, l'HAD, l'ITVG, ainsi que, dans une certaine mesure, la prise en charge du traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale.

- Le paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation

Certains consommables particulièrement coûteux et susceptibles de nuire à l'homogénéité des GHS (en termes de coûts) sont ôtés des éléments d'appréciation des coûts lors de l'élaboration des tarifs des GHS et sont donc payés en sus de ces tarifs lorsqu'ils sont consommés au cours du séjour d'un patient.

C'est le cas de certains médicaments et dispositifs implantables, dont la liste est définie par arrêtés (concernant chacun des secteurs public et privé).

- Le versement d'une enveloppe forfaitaire pour le financement de certaines activités

Cette modalité de financement concerne l'activité d'urgences, ainsi que l'activité de coordination des prélèvements d'organes ou de tissus (CPO).

Pour chacune de ces deux activités, outre le financement unitaire de chaque prestation réalisée, un forfait annuel est versé à l'établissement :

- pour la mise en œuvre de l'activité d'urgence et de greffe, le forfait annuel vise à couvrir tout ou partie des charges fixes des établissements,
- pour les prélèvements d'organes ou de tissus, le forfait annuel (de tarif variable en fonction des missions et de l'activité des établissements), vise à couvrir la mise à disposition des moyens humains nécessaires à la coordination .

Les règles de fixation des forfaits annuels sont définies au plan national. L'ARH en fixe le montant en application de ces règles.

- Le versement d'une enveloppe de financement des Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation (MIGAC)

Les ressources allouées au titre des MIGAC sont allouées contractuellement par les ARH aux établissements en fonction, selon les cas, d'un cadre ou de règles définis au plan national.

Elles concernent :

- Les Missions d'Enseignement, Recherche, Référence et Innovation, (MERRI), qui constituent un ensemble de missions intrinsèquement liées.
- L'accompagnement des contrats d'objectifs et de moyens : qualité des soins, mise en œuvre du SROS (sites isolés, accueil de populations spécifiques, notamment populations précaires).

L'annexe 1 résume ces grands principes de financement de la tarification à l'activité, sous forme de schéma.

* *
 *

Ces grands principes de la tarification à l'activité laissent apparaître les points essentiels sur lesquels doit porter le contrôle externe de ce nouveau mode de financement des établissements :

Par nature, les MIGAC et les forfaits annuels d'activité, définis par l'ARH, ne font pas l'objet du contrôle externe tel que défini dans ce document. En revanche, toutes les autres prestations, dont le financement repose sur une déclaration d'activité de l'établissement, sont susceptibles d'être contrôlées.

Dans tous les cas, le contrôle consiste à s'assurer que la prestation facturée a bien été réalisée, et correctement facturée. En cas d'anomalie, il débouche sur un contentieux, notamment celui prévu à l'article L 162-22-18 du CSS.

Pour les prestations "GHS", le contrôle consiste également à s'assurer que la prestation qui a été réalisée est correctement transcrite par le résumé de sortie du séjour. En effet, le groupage en GHM étant fonction des éléments d'information du résumé de sortie, ce dernier devient un support de facturation qui concentre par suite une part importante du contrôle.

Le guide de contrôle ici présenté met ce constat en application : le contrôle des RSS y est privilégié, mais reste bien entendu non exclusif.

En outre, la mise en œuvre de la T2A, et le principe du forfait par séjour nécessitent que soient recherchées d'éventuelles facturations indues sur les soins de ville (médicaments, dispositifs médicaux implantables, honoraires), pendant la période d'hospitalisation (phénomène d'"externalisation").

Ce contrôle relève spécifiquement de la compétence de l'assurance maladie et n'est pas traité dans ce guide.

II PRINCIPES DU CONTROLE

II.1 UN CONTROLE EXTERNE

Le contrôle des informations médico-administratives décrit dans ce guide est un contrôle mené par des représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, en vue de s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité, en application de la loi assurance maladie du 13 août 2004 (article L162-22-18).

En ce sens, ce guide concerne le **contrôle des établissements de santé** et non le contrôle d'activité des praticiens (voir chapitre VI – §VI.3 – déroulement du contrôle sur site).

Ce guide, à l'usage des contrôleurs, est porté à la connaissance des établissements : il importe en effet que ces derniers soient informés de la manière dont ils seront contrôlés, voire sanctionnés.

Ce guide n'est pas un outil de contrôle interne, même si certains éléments peuvent orienter le contrôle mené par les hospitaliers. L'existence d'un contrôle externe renforce le besoin d'un contrôle interne dont la mise en œuvre doit être intégrée dans une démarche globale d'amélioration continue de la qualité (mise en place de procédures visant à s'assurer de l'exhaustivité du recueil, à optimiser le délai de recueil de l'information, contrôle de l'information elle-même...). Cette démarche sort du cadre de ce guide.

II.2 OBJECTIFS DU CONTROLE EXTERNE

Le contrôle externe est réalisé pour répondre à deux objectifs différents :

- Dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements de santé, il vise à **s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés**. Cet objectif est essentiel : dans la mesure où, à terme, tous les établissements factureront leur activité à l'assurance maladie sur une base essentiellement déclarative (qu'il s'agisse des GHS ou d'autres prestations), il importe que la fiabilité de ces déclarations soit contrôlée et sanctionnée en cas de faute. **Cet objectif est l'objet du contrôle contentieux qui fait l'objet du présent guide méthodologique.**
- Les informations médico-administratives produites dans le cadre du PMSI (et utilisées pour la tarification à l'activité) permettent la constitution de bases de données régionales et nationales, sur l'hospitalisation en soins de courte durée. Ces informations sont exploitées dans d'autres finalités que la seule finalité financière (organisation des soins, épidémiologie...) et il importe donc qu'il s'agisse d'informations de qualité.

Ainsi, en dehors même de la perspective financière, **les établissements doivent produire et transmettre une information médicalisée de qualité concernant leur activité**. Le respect de cette obligation constitue le second objectif du contrôle externe (qualifié de "contrôle qualité" par la suite).

Ce second objectif nécessite la mise en place de procédures distinctes de contrôle externe qui ne seront pas abordées dans ce guide.

II.3. Dispositif de contrôle

Le contrôle externe à visée contentieuse est mis en oeuvre au niveau régional². Il est organisé en deux étapes :

- *Une procédure de ciblage*, destinée à orienter le travail des contrôleurs, portant sur tous les établissements de la région, balayant la totalité des informations transmises, et permettant le ciblage des établissements et activités "atypiques",
- *Un contrôle approfondi, sur site ("sur pièces et sur place")* des établissements et des activités dépistés à l'étape précédente

II.3.1. Ciblage des établissements et activités :

Le ciblage des établissements et des activités relève de la mise en oeuvre, au niveau régional, de procédures systématiques de recherches des atypies.

Cependant, dans un souci d'harmonisation interrégionale, le "groupe de travail national de suivi des contrôles et d'identification des déviations"³ énonce, annuellement, des priorités nationales qui constituent le socle minimal du ciblage dans chacune des régions.

La procédure de ciblage repose sur deux utilitaires informatiques :

- Un utilitaire exploitant les résumés de sortie anonymisés (RSA) du PMSI : il s'agit de l'outil DATIM (Dépistage des atypies de l'information médicale)
- Des requêtes SNIIR AM, exploitant les données de la liquidation (bordereaux S3404 des établissements privés).

- **S'agissant de DATIM :**

Cet outil réalisé par l'ATIH a été conçu comme un outil de "ciblage" visant à orienter les contrôleurs vers les établissements à contrôler en priorité, sans préjuger par ailleurs d'un défaut avéré de qualité des informations PMSI : DATIM intègre des tests qui procèdent par comparaison statistique entre un comportement moyen (en matière de description

² Art R. 162-42-10 du CSS

³ Groupe de travail thématique du conseil de l'hospitalisation formé de la DHOS, de la DSS, des services médicaux des principaux régimes d'assurance maladie obligatoire et de l'ATIH.

d'activité) d'établissements de même nature, et le comportement propre de chaque établissement. Certaines "atypiques" observées peuvent ainsi s'avérer justifiées en raison par exemple de recrutements hospitaliers particuliers, et ne pas traduire d'anomalies de description (pour plus de détails, voir §V.2.2).

DATIM comporte également un module permettant au contrôleur de programmer des requêtes sur les différentes composantes des RSA et de préparer la liste des RSA qui feront l'objet du contrôle.

- **S'agissant de SNIIR AM :**

L'objectif de ciblage est développé en exploitant un autre support d'information que le RSA: le bordereau de facturation S3404 pour les établissements privés et, à terme, un équivalent de ce bordereau pour les établissements publics. A terme, l'objectif sera, sur un mode de fonctionnement proche de DATIM de dépister, par comparaison avec une moyenne, des comportements atypiques de facturation. En l'absence actuelle de développement de ce module, les requêtes sur SNIIRAM recherchent la présence d'anomalies de facturation préalablement définies (pour plus de détails, voir §V.2.3).

II.3.2 Contrôle sur site

Il repose sur des modalités classiques :

- **S'agissant du contrôle de l'information médico-administrative produite, le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au résumé standardisé de sortie (RSS) produit par l'établissement, pour un même séjour. Le contrôle sur site est réalisé soit sur la totalité des séjours détectés par les procédures de ciblage, soit sur un échantillon, éventuellement tiré au sort, en fonction notamment des actions à réaliser à l'issue du contrôle (récupération des indus ou sanctions) cf chapitre VI.**
- **Un contrôle des autres informations concourant à la facturation du séjour est également réalisé : la justification réglementaire et médicale des éléments facturés en sus du GHS (suppléments journaliers, médicaments coûteux, DMI, ... est recherchée (voir chapitre VI – §VI.3.2.1).**

II.4. Conséquences du contrôle pour les établissements

Le principe fondamental des nouvelles modalités de contrôle décrites dans ce guide réside dans le fait que le résultat du contrôle entraîne des conséquences directes pour l'établissement : la mise en évidence d'un paiement indu pour un séjour donné, et/ou d'une surfacturation sur l'échantillon de séjours contrôlé entraîne récupération d'indu dans un cas et/ou sanctions financières éventuelles dans l'autre cas (voir chapitre VII).

En cas de sous-facturation sur un séjour donné, constatée lors du contrôle sur site, une facture corrective ne pourra être émise, dans la mesure où il s'agit d'un défaut de qualité de l'information transmise.

III. LES ACTEURS DU CONTROLE EXTERNE

Le contrôle externe est un contrôle régional.

Il fait intervenir les représentants en région de l'Etat et de l'assurance maladie.

L'objectif du contrôle développé dans ce guide vise à s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés ; **il convient de rappeler que l'assurance maladie possède des prérogatives propres en matière de contrôle individuel de prestations, qui ne sont pas remises en cause par ce dispositif de contrôle.**

III.1. LES ETABLISSEMENTS

Prioritairement concernés par le dispositif de contrôle externe, les établissements constituent le premier acteur à mentionner. Sont particulièrement concernés :

- le directeur de l'établissement
- le médecin responsable de l'information médicale
- les praticiens dispensant les soins.

La responsabilité de ces acteurs relativement à la qualité des informations produites doit être précisée. Le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI (voir chapitre IV - §IV.1.1) énonce que :

- le directeur de l'établissement est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement*,
- le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la Commission médicale d'établissement et par le conseil d'administration, est de nature à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (médecins chargés de l'information médicale, médecins responsables du patient...)

** Il convient de remarquer que cette responsabilité est actuellement matérialisée dans le secteur privé par la signature du bordereau de facturation des prestations hors honoraires (article R161-40 et suivants du code de la sécurité sociale).*

III.2. COMMISSION EXECUTIVE DE L'ARH

Le chapitre précédent évoque le fait que le non respect par les établissements, des règles de tarification, pourra faire l'objet de sanctions financières à leur rencontre.

Ces sanctions sont à distinguer des récupérations d'indus mises en œuvre par l'assurance maladie, en cas de paiement injustifié portant sur une facture donnée. Le principe de ces sanctions est décrit dans le chapitre VII.

La responsabilité des sanctions est confiée à la commission exécutive de l'ARH (COMEX), instance régionale où l'Etat et l'assurance maladie sont représentés à parité. Il en est de même de la définition du programme régional de contrôle.

La COMEX a donc un rôle décisionnel en matière de sanctions.

III.3. UNITE DE COORDINATION REGIONALE

Le dispositif de contrôle présente un certain niveau de complexité : programmation des contrôles, utilisation des divers outils de contrôle, synthèse et interprétation des résultats, transmission d'information envers diverses instances, multiplicité des intervenants...

Pour cela, l'Unité de Coordination régionale (UCR) a été créée par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (article R. 162-42-10 du CSS). Il s'agit d'une instance technique mixte, Etat et assurance maladie, chargée de :

- proposer à la COMEX le programme de contrôle,
- coordonner la réalisation de ce programme,
- proposer les sanctions à la COMEX.

III.3.1. Composition de l'unité de coordination régionale

La composition de l'UCR est précisée par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (article R. 162-42-10 du CSS) :

" L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission exécutive, sur proposition de ses représentants des organismes d'assurance maladie et, dans la limite d'un tiers de ses membres, de personnels de l'agence régionale d'hospitalisation. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend au moins le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants "

L'UCR comporte des personnels administratifs et des médecins. Ces derniers sont notamment responsables de l'analyse, de la gestion, de la conservation, de l'anonymisation et de la transmission des données médicales nominatives, dans le respect des règles du secret médical.

L'UCR est présidée par un médecin conseil de l'assurance maladie (Cf courrier DHOS DSS n° 06/2798/d du 27 avril 2006).

III.3.2. Missions de l'unité de coordination

Ses **missions générales** sont décrites par le décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (article R. 162-42-10 du CSS) :

" L'unité de coordination régionale du contrôle externe prépare le programme de contrôle régional annuel, coordonne la réalisation des contrôles et rédige le bilan annuel d'exécution du programme ".

Les missions concernant les suites des contrôles sur site (dont les procédures de répétition d'indu) sont explicitement détaillées dans le chapitre VII (contrôle sur site – suites et conséquences pour les établissements).

- Elle propose à la COMEX le programme de contrôle régional : les contrôles sur site seront programmés en fonction notamment des orientations nationales et des résultats des ciblage réalisés (établissements à contrôler en priorité, calendrier de réalisation...). Elle en suit la réalisation.
- Elle reçoit tous les rapports de contrôle sur site émis par les médecins contrôleurs. Elle les enregistre et les traite.
- En cas de désaccord de l'établissement portant sur des problèmes de qualité de l'information médicale, elle peut solliciter les instances d'expertise.
- En liaison avec le médecin conseil responsable du contrôle sur site, elle prépare le rapport de synthèse. Ce rapport comporte :
 - un relevé des anomalies de production de l'information médicale retenues soit d'emblée, soit après expertise,
 - les rapports d'expertise technique s'il y a lieu,
 - les conclusions de l'unité au vu du dossier de contrôle concernant l'établissement.Ce rapport est adressé au médecin responsable du contrôle sur site et à l'établissement. Lorsque des propositions de sanction sont émises, il est également transmis à la COMEX.
- Elle propose à la COMEX les sanctions justifiées par le constat des surfacturations mises en évidence lors du contrôle sur site.
- Elle élabore le bilan annuel du programme régional de contrôle, et le présente à la COMEX qui le transmettra aux partenaires institutionnels régionaux et nationaux (voir point VII.2.4).

III.4. CONTROLEURS RESPONSABLES DES CONTROLES SUR SITE

Ce sont nécessairement des médecins, du fait de leur droit d'accès au dossier médical hospitalier du patient, dans les conditions prévues par l'article L1112-1 du code de la santé publique.

Du fait de leur collaboration étroite avec l'unité de coordination (de composition majoritairement assurance maladie), notamment dans les suites du contrôle sur site, il s'agit préférentiellement de médecins conseils, qui peuvent s'associer, en tant que de besoin, la collaboration d'un autre praticien conseil (chirurgien-dentiste ou pharmacien).

Des médecins inspecteurs de santé publique peuvent néanmoins être amenés à réaliser ces contrôles, en fonction des options organisationnelles retenues au niveau de chaque région.

III.5. INSTANCE D'EXPERTISE PRE CONTENTIEUSE

L'article R.162-42-10 du CSS précise qu'à réception du rapport de contrôle sur site, "l'UCR peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre".

En cas de désaccord entre le médecin contrôleur et le DIM persistant à l'issue du contrôle sur site, et portant sur un problème de production de l'information médicale (codage), l'UCR peut solliciter l'avis d'un expert.

Dans ce cas, les instances consultables sont le COTRIM et l'ATIH. De manière générale, le COTRIM sera saisi en première intention, l'avis de l'ATIH étant sollicité en cas de désaccord persistant, ou de sollicitation par le COTRIM lui-même.

Dans tous les cas, l'ATIH sera destinataire, pour information, de tous les avis émis par les COTRIM. Ces avis lui seront directement adressés par les COTRIM. Une nouvelle circulaire COTRIM précisant ces éléments doit paraître prochainement.

En cas de désaccord portant sur un problème d'une autre nature (justification du séjour, des actes réalisés, réalité d'une pathologie codée, ...) l'UCR peut solliciter l'avis d'un expert, notamment un expert issu d'une société savante.

De manière générale, quel que soit le choix opéré par l'UCR (recours ou non à avis d'expert), les motifs de désaccord entre médecin contrôleur et établissement contrôlé seront communiqués au niveau national.

III.6. INSTANCES DE RECOURS CONTENTIEUX

Pour information, car la procédure contentieuse sort du cadre du présent guide :

- l'instance de recours pour les cas de sanctions est le tribunal administratif,
- l'instance de recours pour les cas de répétition d'indu (voir chapitre VII - §VII.4) est le tribunal des affaires de sécurité sociale, quel que soit le secteur concerné.

IV PRODUCTION ET CIRCUIT DE L'INFORMATION AU NIVEAU REGIONAL

IV.1. PRODUCTION DES RSS ET RSA PAR LES ETABLISSEMENTS

IV.1.1. Cadre réglementaire

Un arrêté commun aux établissements publics et privés (en date du 31 décembre 2003, et modifié le 28 février 2006) définit le recueil, le traitement et la transmission d'information que les établissements doivent mettre en place (s'agissant de l'activité de soins en médecine, chirurgie, ou obstétrique), en vue notamment de procéder à l'analyse de leur activité (arrêté "PMSI").

Cet arrêté annule et remplace celui du 20 septembre 1994 pour les établissements publics, et celui du 22 juillet 1996 pour les établissements privés. Ces derniers arrêtés sont désormais caducs du fait de la tarification à l'activité.

Les conditions et modalités de production des résumés de sortie (RSS et RSA) sont consignées dans un guide méthodologique (annexé à l'arrêté PMSI ci-dessus et publié dans un numéro spécial du bulletin officiel)

Ce guide méthodologique constitue un outil de référence pour les codeurs et les contrôleurs. Il comporte à la fois les règles de production de l'information médicalisée et les consignes de codage. En cas de désaccord avec l'établissement contrôlé, il constitue un référentiel, lors de la confrontation des RSS (contrôleur / contrôlé).

Seul le champ de réalisation du RSS est ici rapporté. Pour toute autre précision, on se reportera au guide méthodologique lui-même.

IV.1.2. Champ de production d'un RSS

Toute activité hospitalière (en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie) qui a donné lieu à admission doit conduire à l'élaboration d'un résumé de sortie.

Sont ainsi concernées :

- les hospitalisations complètes (en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie)
- les hospitalisations à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie et/ou la chirurgie ambulatoire et les hospitalisations de semaine
- les prestations externes décrites par les dispositions de l'arrêté du

25 août 2006⁴. (cf instruction du 4 septembre)

Sont aussi concernées les séances de dialyse, de chimiothérapie et, pour le secteur ex-DG de radiothérapie.

Cette définition du champ de production du RSS en exclut de fait les activités de soins externes (consultations et actes externes), à l'exception de celles visées par l'arrêté du 25 août sus mentionné, ainsi que les urgences non suivies d'hospitalisation.

La réforme de la T2A qui conduit à financer les établissements notamment sur la base des RSS produits, a conduit à préciser davantage le champ de production de ces résumés de sortie, afin d'en border la "limite inférieure". L'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, définit, dans son article 5 I 10) les conditions permettant la facturation d'un GHS pour les séjours d'une durée inférieure à 1 jour. Ces conditions sont précisées par la circulaire DHOS/ MT2A/F1 n°376 du 31 août 2006

Les contrôles devront s'intéresser notamment à ce type d'activité, afin de vérifier que les établissements respectent les conditions autorisant la facturation en GHS.

IV.1.3. Précisions relatives aux fichiers conservés par les établissements

L'arrêté "PMSI" énonce les obligations des établissements en termes de conservation de fichiers (5 ans pour les fichiers de RUM et RSS d'une même année). Il convient d'insister sur les points suivants :

- Comme par le passé, l'établissement (le DIM en l'occurrence) doit conserver les fichiers permettant de faire le lien entre un RSS et le dossier médical du patient concerné, et être en mesure de les produire et de s'y référer lors des contrôles.

- Le DIM doit pouvoir produire la liste des numéros de RSS réalisés au cours d'une période de temps donnée, afin notamment qu'il puisse être procédé au tirage au sort de séjours à contrôler (voir chapitre VI – §VI.2. préparation du contrôle sur site).

Pour systématiser cette sauvegarde, l'outil qui anonymise le fichier de RSS et produit les RSA adaptés à la transmission (GENRSA, AGRAF), crée automatiquement un fichier de sauvegarde du fichier de RSS et génère une clé

⁴ Arrêté du 25 août 2006 modifiant les arrêtés du 5 mars 2006 fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés à l'article L162-22-6 du CSS exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

permettant de vérifier ultérieurement qu'il ne sera pas modifié. C'est ce fichier qui est nécessaire à la levée de l'anonymat par l'établissement pour l'identification des dossiers au moment du contrôle (voir point VI).

- Enfin, les médecins contrôleurs ont accès, par l'intermédiaire du médecin chargé de l'information médicale, aux fichiers de RSS (cf arrêté du 31/12/2003 cité ci-dessus).

IV.2. PRODUCTION DES INFORMATIONS TARIFANTES

IV.2.1 Etablissements privés

Les informations tarifantes de chaque séjour sont portées sur une feuille de soins mentionnée à l'article R.161-40 et suivants du code de la sécurité sociale, également dénommée "bordereau de facturation".

Ce bordereau, support de facturation, a été adapté pour prendre en compte les nouvelles modalités de facturation résultant de l'application de la réforme de la T2A. Le nouveau bordereau a été homologué sous la référence S 3404. Un modèle de ce bordereau figure en annexe n°3.

Un "mode opératoire" du bordereau, en décrivant les modalités et consignes de remplissage, est disponible sur le site <http://www.ameli.fr>.

Les différentes prestations facturables en hospitalisation de médecine, chirurgie et obstétrique et odontologie (GHS, EXH, médicaments, DMI...) sont détaillées dans le chapitre I, ainsi que dans le chapitre traitant du contrôle sur site (voir chapitre VI, notamment §VI.3.2.1).

IV.2.2. Etablissements publics

Une facturation individuelle est également envisagée pour ce secteur d'hospitalisation. Ses modalités sont en cours d'élaboration ; sa mise en œuvre est prévue pour 2008.

Dans l'intervalle, les informations permettant la valorisation des séjours sont transmises trimestriellement par les établissements aux ARH sous la forme des fichiers de RSA, par le canal du site e-PMSI. La valorisation est réalisée par le logiciel MAT2A en fonction des tarifs et des règles de tarification en vigueur pour la période.

Des informations complémentaires aux informations contenues dans les RSA doivent être fournies par les établissements, en vue de leur financement dans le cadre de la réforme (médicaments et DMI, consultations et actes externes, IVG, ATU,...).

Ces informations sont transmises dans un "fichier supplémentaire" (FICHSUP), en complément du fichier de RSA.

Les informations et les modalités de valorisations sont décrites chaque année et sont disponibles sur le site de l'ATIH.

IV.3. CIRCUIT D'INFORMATION

IV.3.1. Circuit de l'information concernant les établissements privés

IV.3.1.1. Information sortant de l'établissement

La réforme de la tarification à l'activité n'induit pas de modification du circuit de l'information sortant de l'établissement : si la nature de l'information utilisée pour la facturation est différente, le circuit emprunté par cette information reste inchangé.

- une fois émis, le bordereau de facturation est transmis à la caisse centralisatrice des paiements qui verse 85% du montant du séjour, avant d'être transmis à la caisse gestionnaire, selon le régime d'affiliation de l'assuré.
En retour, la caisse gestionnaire concernée effectue d'une part le complément de paiement du séjour, et alimente d'autre part son propre système d'information ainsi que le Système National d'Information Interrégime de l'Assurance Maladie (SNIIR AM).
- Les établissements continuent par ailleurs de transmettre à l'ARH l'information médicalisée du PMSI : pour chaque séjour, est émis un couple d'information RSA/RSFA. Les fichiers contenant ces informations sont transmis tous les trimestres.

IV.1.2.2. Information produite dans l'établissement

La tarification à l'activité induit un bouleversement organisationnel important s'agissant de l'information produite dans l'établissement : l'information portée sur le bordereau de facturation étant désormais le GHS correspondant au séjour à facturer, il importe que le support de cette information (le RSS) soit produit au plus tôt après la sortie du patient. Le département d'information médicale (DIM), chargé d'élaborer le RSS, est un élément clé du dispositif.

Cependant, l'organisation du circuit interne de l'information (communication praticien producteur de l'acte et responsable du patient / DIM / service de facturation) est de la responsabilité de l'établissement.

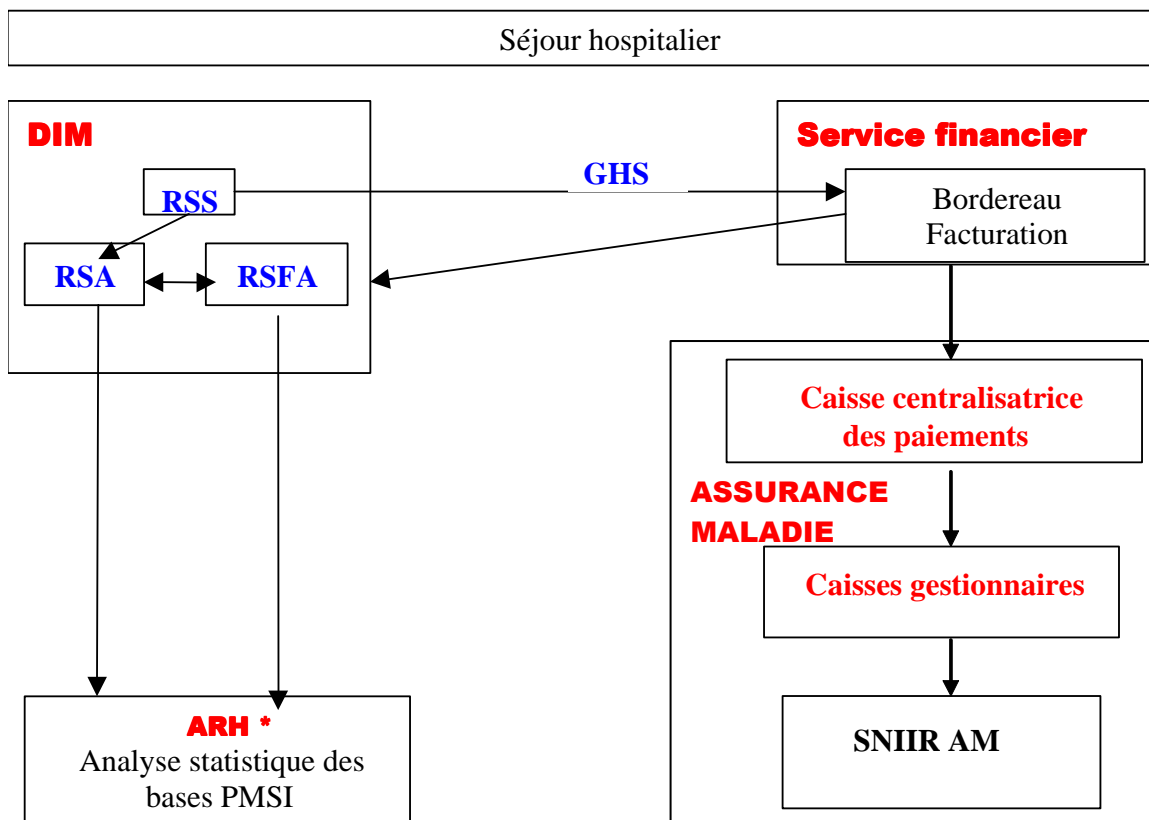


Schéma de la production et circulation de l'information

* Depuis le 2^{ème} trimestre 2004, cette transmission d'information à l'ARH se fait via le dispositif e-pmsi (voir circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004, relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-pmsi)

IV.3.2 Circuit de l'information concernant les établissements publics

Le circuit des informations issues des établissements publics, dans le cadre de la T2A, présente des particularités qui relèvent de deux mécanismes différents :

- Le premier est le mécanisme destiné à assurer la transition du modèle de financement actuel au modèle T2A. Rappelons que le modèle mis en place consiste à maintenir une part de ressources allouées forfaitairement, et progressivement décroissante au fil des années, à côté de la part finançant directement l'activité.

Au moins pour cette raison, l'information destinée au financement des établissements doit donc être transmise à la fois à l'ARH (qui définit notamment

la part forfaitaire) et à l'assurance maladie (pour le paiement de la part activité).

- Le second mécanisme réside dans le fait que les établissements publics sont actuellement dans l'impossibilité de facturer directement leurs prestations à l'assurance maladie. Deux éléments expliquent cette impossibilité : le cadre réglementaire du financement des établissements est modifié pour sortir de la dotation globale d'une part, les systèmes d'information hospitaliers doivent être adaptés pour permettre une facturation directe à l'assurance maladie d'autre part. Le changement sera donc mené par étapes :

- De 2004 à 2006 : en 2004 et 2005, le modèle T2A est appliqué dans le cadre budgétaire et comptable de la dotation globale.
Mais, dès 2005, un dispositif transitoire est introduit, avec mise en place d'un nouveau calendrier budgétaire et d'une nouvelle procédure budgétaire, l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), permettant aux établissements de s'approprier progressivement les changements induits par la tarification à l'activité. Quoi qu'il en soit, le circuit d'information reste inchangé : l'information est transmise à l'ARH qui arrête les budgets, intégrant notamment la part liée à l'activité.
- En 2007, Les établissements produiront certains éléments constitutifs de la facturation. Ils factureront notamment les actes et consultations externes directement aux organismes d'assurance maladie. Ils recueilleront séjour par séjour, les éléments permettant le calcul du ticket modérateur.
- En 2008 le schéma cible est atteint : les établissements facturent directement la part activité à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH. Les établissements continuent néanmoins d'adresser leurs fichiers de RSA et de RSFA à l'ARH (obligations PMSI).

En conclusion

En 2008, les circuits de l'information médicalisée sortant des établissements publics et privés deviendront superposables : même si quelques nuances doivent être apportées, il existe un flux d'information destiné à la facturation, en direction de l'assurance maladie, et un flux d'information en direction de l'ARH, à vocation multiple (financement hors activité de soins, constitution de bases de données, notamment utilisées pour l'organisation des soins...).

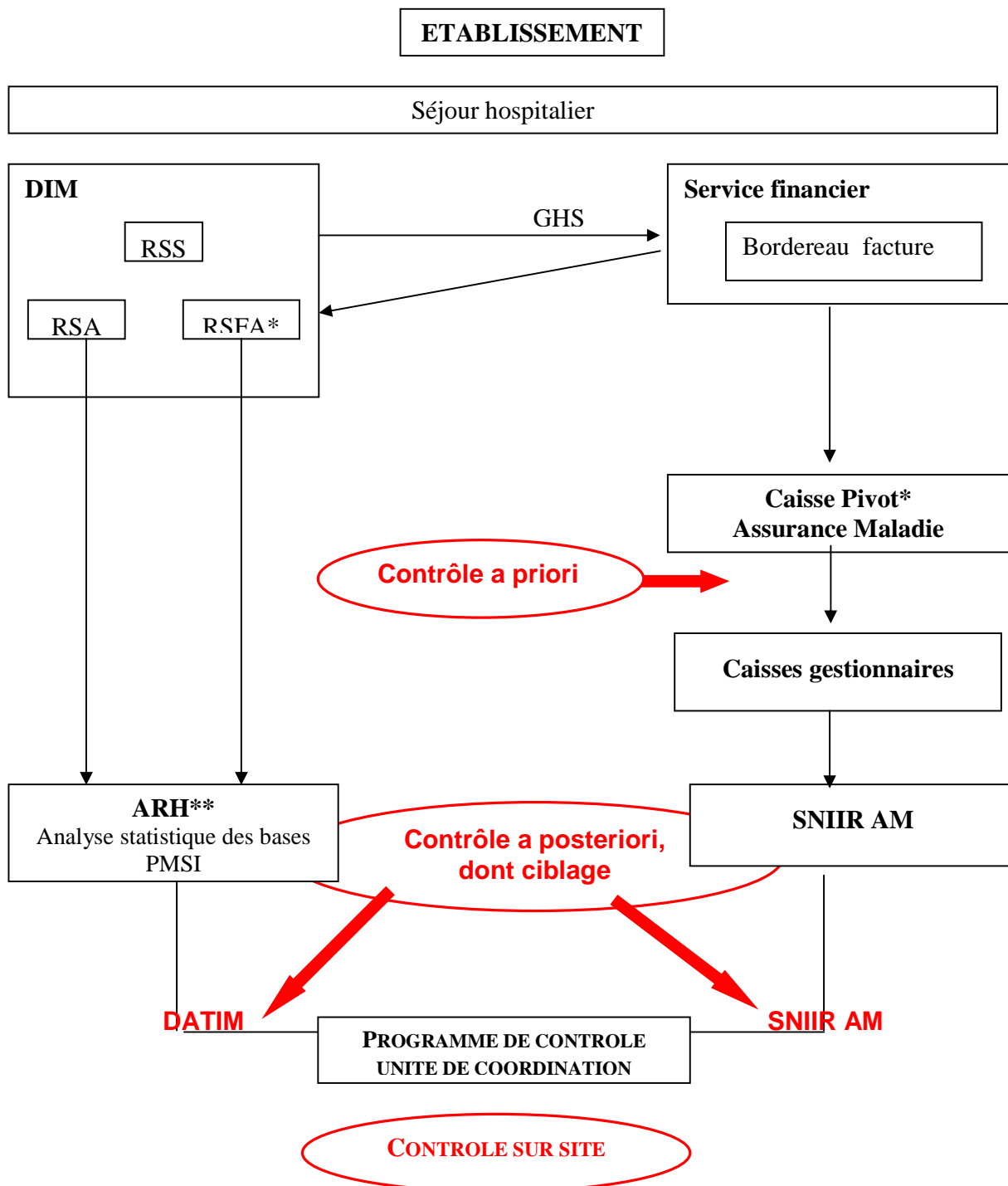
Dans la suite du document, et pour des raisons de simplicité, ce schéma des deux flux d'information "RSA/ARH" d'une part, "données de facturation/assurance maladie" d'autre part servira de référence. Il s'agit du circuit d'information actuel des établissements privés.

Recommandation importante :

Dès à présent pour les établissements du secteur privé, dès 2008 pour les établissements du secteur public, dès lors que la facture est transmise à l'assurance maladie, l'établissement n'est pas autorisé à modifier, indépendamment de cette facture, le résumé de séjour (RSS) correspondant (cf instruction DHOS du 10 juillet 2006)

V DISPOSITIF ET OUTILS DU CONTROLE

Le schéma ci-dessous reprend le circuit cible de l'information (retenu comme circuit de référence - voir §IV.3.1), et permet de visualiser les différents points d'entrée du contrôle externe



* à compter de 2008 y compris pour les établissements du secteur public

** Depuis le 2^{ème} trimestre 2004, cette transmission d'information à l'ARH doit être faite via le dispositif e-pmsi (voir circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004, relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-pmsi)

Le contrôle externe comporte plusieurs modalités :

- un contrôle *a priori* (avant paiement), mené sur les données de facturation,
- un contrôle *a posteriori* (après paiement), mené en deux étapes :
 - contrôle mené au niveau de l'unité de coordination
selon plusieurs modalités :
 - comparaisons de casemix d'une part
 - et ciblage des établissements et des activités, au moyen d'outils informatiques d'autre part. Ce ciblage des établissements peut être réalisé par analyse des données de facturation (mise en œuvre de SNIIR AM) ou analyse des RSA (mise en œuvre de DATIM).
 - contrôle sur site

A l'exception du contrôle sur site qui fait l'objet d'un chapitre détaillé dans la suite du guide (voir chapitre VI), ces différentes modalités sont détaillées dans les points qui suivent.

V.1 CONTROLE A PRIORI

Ce contrôle est mené par l'assurance maladie, avant paiement. Il s'agit d'un contrôle systématique, sur les données de facturation : certains tests sont intégrés dans les programmes de liquidation, et conduisent à un rejet de la facture en cas d'anomalie détectée. Les tests utilisés sont essentiellement des tests de vraisemblance (ex : conformité du numéro d'assuré social, conformité du tarif facturé avec la prestation annoncée...)

Le support de ce contrôle étant la facture adressée par l'établissement à l'assurance maladie, il s'applique dès 2004 aux établissements privés, mais ne pourra être mis en œuvre avant 2008 pour les établissements publics.

V.2. CONTROLE A POSTERIORI MENE AU NIVEAU DE L'UNITE DE COORDINATION

Les différents contrôles présentés ci-dessous sont mis en œuvre au niveau de l'unité de coordination régionale, leur synthèse débouchant alors sur l'élaboration du programme de contrôle.

Cette étape du dispositif de contrôle, destinée au ciblage, n'est pas nécessairement réalisée par les médecins contrôleurs chargés du contrôle sur site. En revanche, leurs résultats doivent être connus de ces derniers en vue de la préparation du contrôle sur site.

V.2.1. Comparaison de casemix

Dans une logique de tarification à l'activité, il importe de s'attacher à l'activité déclarée par les établissements, et de rapprocher cette activité :

- de l'activité déclarée l'année précédente
- de l'activité déclarée selon deux sources d'information différentes (RSA / factures).

A terme, ce type de contrôle pourra être réalisé à partir des informations contenues dans SNIIR AM. Dans l'attente d'un fonctionnement totalement opérationnel de SNIIR AM, certaines informations seront à rapprocher en dehors de ce système d'information.

Les principes de ces comparaisons de casemix sont présentés ci-dessous ; en fonction du moment de leur mise en application (information disponible ou non dans SNIIR AM), la procédure sera plus ou moins simplifiée. Il convient d'insister sur leur utilité dans une logique de contrôle de facturation.

V.2.1.1. Comparaison du casemix d'une année à l'autre

Pour apprécier l'activité déclarée par un établissement sur une période de temps donnée (l'année par exemple), il convient de disposer d'éléments de référence pour juger notamment de l'évolution de cette activité. La référence immédiate est l'activité déclarée sur une période de temps comparable (l'année précédente par exemple).

Tout contrôle d'activité doit commencer par cette comparaison. Elle s'effectuera sur les informations transmises aux ARH, sur le support RSA.

A cette fin, l'unité de coordination établira le casemix de chaque établissement de la région concernant la dernière année d'informations disponibles. Ce casemix sera comparé à celui de l'année précédente afin de mettre en évidence les évolutions remarquables.

Ces évolutions pourront alors servir d'alerte et être retenues comme élément concourant à la définition du programme de contrôle régional.

Exemple : si le casemix d'un établissement donné montre une augmentation importante du nombre de séjours en CM24, il conviendra de s'interroger sur les raisons de cette augmentation (création d'une structure d'hospitalisation de jour ou production de RSS pour une activité de consultation ?). En l'absence de création connue d'une structure d'hospitalisation de jour, l'établissement pourra être placé dans la liste des établissements à contrôler en priorité afin d'identifier la cause de cette évolution de casemix.

Attention : Pour pouvoir effectuer la comparaison du casemix d'une année sur l'autre, il conviendra que les RSA des deux années étudiées soient groupés selon la même version de la classification GHM. En cas de changement de version, il conviendra alors de regrouper les données d'une année (la plus ancienne lorsque c'est possible) avec la même fonction groupage que celle de l'autre année.

V.2.1.2. Comparaison du casemix issu de deux sources d'information différentes

Le circuit d'information rappelé dans le schéma ci-dessus met en évidence les deux filières d'information concernant l'activité des établissements : les fichiers de RSA transmis aux ARH d'une part, et les factures transmises à l'assurance maladie (dès 2004 pour les établissements privés, dans le scénario cible pour les établissements publics) d'autre part.

Il s'agit de s'assurer que les informations qui alimentent les deux filières sont cohérentes, et qu'elles sont notamment issues, à la source, des mêmes RSS.

Pour chaque établissement de la région, le casemix observé sur une période de temps donnée à partir des fichiers de RSA doit être le même que le casemix observé sur la même période de temps à partir du fichier de factures.

Cette comparaison sera réalisée de manière systématique, par l'unité de coordination, pour tous les établissements d'une région. Elle sera intégrée dans SNIIR AM pour être effectuée de manière automatique.

En cas de divergences importantes, après s'être assuré que la procédure de comparaison a été correctement déroulée (en particulier, périodes de temps comparables, données stabilisées), **il conviendra d'en identifier les causes**. Le dispositif de transmission d'information mis en place par l'établissement contrôlé devra notamment être analysé.

Trois grandes causes de divergence peuvent être envisagées :

- . le logiciel groupeur de l'établissement n'est pas utilisé pour produire les factures des séjours
- . le logiciel groupeur de l'établissement n'intègre pas la bonne fonction groupage
- . certains résumés de séjour ont été modifiés après que la facture correspondante ait été adressée à l'assurance maladie.

Le résultat de cette comparaison sera intégré aux éléments concourant à la définition du programme de contrôle régional.

V.2.2. Ciblage des établissements par analyse des fichiers de RSA

Ce ciblage s'effectue au moyen de l'utilitaire DATIM (Dépistage des Atypies de l'Information Médicale) mis à disposition de l'unité de coordination. Un guide d'utilisation pratique (guide de lecture et d'interprétation) est disponible sur le site de l'ATIH.

V.2.2.1 Principe et fonctionnement de DATIM

*** Principe :**

DATIM est conçu comme un outil de "ciblage" et de préparation du contrôle,

visant à dépister des atypies de l'information médicale transmise par les établissements, sans préjuger à ce stade d'un défaut réel de qualité de ces informations.

L'observation d'atypies révélées, pour un établissement, joue le rôle d'alerte auprès de l'unité de coordination : l'établissement ainsi dépisté mérite de figurer en rang prioritaire pour un contrôle sur site lors de l'élaboration du programme de contrôle régional.

DATIM possède, en plus de l'applicatif de ciblage, un applicatif permettant au contrôleur de réaliser une « feuille d'extraction » qui permettra à l'établissement de sélectionner dans son fichier de RSS les séjours retenus par l'UCR pour le contrôle sur site (cf annexe 2).

Dans le module réservé au contrôleur, DATIM dispose d'un outil permettant de fabriquer des requêtes libres sur les critères des RSA et de produire un sous fichier des RSA correspondant à des critères déterminés

*** Fonctionnement :**

DATIM utilise des fichiers de RSA qui sont passés au crible d'une batterie de tests. Les tests sont réalisés automatiquement lors de l'envoi des fichiers de RSA par les établissements sur e-pmsi. Très schématiquement, la plupart de ces tests procède par comparaison de la valeur intra-établissement d'un indicateur donné, à la valeur de référence du même indicateur, observée au niveau d'une catégorie d'établissements comparables à l'établissement contrôlé. Cette comparaison permet de définir la notion d'atypie, et de la quantifier. La synthèse de l'ensemble des atypies élémentaires (observées sur chaque test) constitue l'indice global d'atypie de l'établissement, dont l'interprétation oriente la décision de contrôle sur site.

Les tests de DATIM sont répartis en trois modules :

- le module 1 (Q1) comporte des tests dont la finalité est de dépister des anomalies de production des RSS pouvant conduire à une surfacturation.
(*ex : observation des pourcentages de GHM compliqués*)
- le module 2 (Q2) comporte des tests dont la finalité est de s'assurer que les RSS sont produits dans les règles de l'art en termes de description médicale et de respect des règles de codage, indépendamment de leurs conséquences sur la facturation. Ce module n'est pas développé dans un objectif de contrôle de facturation.
(*ex : repérage de résumés présentant un code CIM-10 d'avortement médical sans code marqueur d'IVG ni code marqueur d'un avortement thérapeutique – codes nécessaires à la distinction entre ces deux motifs d'avortement*).
- Le module 3 (Q3) participe à l'amélioration de la fiabilité des bases PMSI, en recherchant des incohérences médicales dans les résumés.
(*ex : incompatibilités sexe / diagnostic*)

Seul le module 1 participe à l'élaboration de l'indice d'atypie.

Au sein de ce module, tous les tests ne présentent pas la même valeur informative : il est plus alertant d'observer une atypie sur certains tests que sur d'autres. Ce constat a conduit à pondérer chacun des tests.

Le module 2 n'est pas utilisable dans un objectif de contrôle de facturation. Il fournit en revanche des éléments d'appréciation de la qualité de l'information médicale produite par l'établissement.

Il convient de signaler que DATIM est mis à disposition des établissements (par l'intermédiaire des serveurs e-pmsi). Avant l'envoi à l'ARH (par e-pmsi) d'un fichier de résumés de séjour, les établissements auront donc la possibilité de le tester et de le modifier le cas échéant.

Toutefois, une telle modification n'est en aucun cas autorisée une fois que les factures des séjours ont été envoyées à l'assurance maladie (cf instruction DHOS adressée aux ARH le 10 juillet 2006).

V.2.2.2. Utilisation des résultats de DATIM

Le guide de lecture et d'interprétation de DATIM, produit par l'ATIH, est mis à disposition des utilisateurs. Seuls quelques éléments importants sont ici rappelés.

- La mise en œuvre de DATIM conduit à la **production d'un score**, combinant le résultat pondéré de chacun des tests du module 1: plus le score (ou *indice global d'atypie*) est élevé, plus l'établissement apparaît atypique. Les établissements d'une même région peuvent alors être classés par ordre décroissant de la valeur du score global, ce qui permet ainsi de préparer le programme de contrôle régional : les premiers établissements du classement sont à analyser en priorité.
- Il convient de signaler que l'indice global d'atypie ne constitue qu'une alerte qui devra être confirmée avant de prendre la décision du contrôle sur site. A cette fin, **une analyse plus fine des résultats des tests élémentaires** de DATIM sera menée. Le guide de lecture et d'interprétation présente quelques éléments permettant d'expliquer des résultats "alertants" des tests élémentaires. Ces résultats pourront en outre être confrontés à la connaissance de l'établissement que possède par ailleurs l'unité de coordination (activité spécialisée, recrutement particulier, organisation des soins...), ainsi qu'aux résultats des tests des autres modules.
- L'analyse des tests élémentaires permettra également de préparer le contrôle sur site (une fois prise la décision de ce contrôle), et d'orienter le choix des activités sur lesquelles portera le tirage au sort des dossiers qui seront contrôlés.

Exemple : pour l'un des établissements arrivant en tête de classement, on s'attardera sur les tests qui ont révélé l'atypie de l'établissement (repérés par "+" dans la présentation des résultats).

Soit le test "% de GHM atypiques" (présentant une alerte pour cet établissement): les résultats de DATIM permettent de repérer les GHM atypiques en termes de durée de séjour. Un contrôle sur site ciblé sur ces GHM pourra alors être programmé.

V.2.3. Ciblage des établissements par analyse des données de la liquidation

Ce ciblage s'effectue au moyen de SNIIR AM.

Pour mémoire, les données de facturation sont saisies, par séjour, par les établissements privés, et transmises, à l'aide de la norme B2, aux caisses d'Assurance Maladie pour :

- paiement d'un acompte (85 % du total de la dépense) par la caisse centralisatrice,
- liquidation par la caisse gestionnaire.

Le SNIIR-AM contient ces données, chaînées sur le numéro anonyme du bénéficiaire se rapportant aux dépenses de médecine de ville et d'hospitalisation, ainsi qu'aux données médicalisées du PMSI.

Les traitements ont pour objectifs de :

- permettre la vérification de la facturation des activités autorisées par les ARH, notamment lors de la mise en place du SROS de 3ème génération (en rapprochant les autorisations de l'établissement de ses données de facturation)

Ce contrôle pourra concerner les activités suivantes :

- urgences : nombre d'ATU facturés par les établissements autorisés ou non
 - soins palliatifs : le GHS soins palliatifs "majoré" (n° 7957 ou n° 7956) ne doit être facturé que dans les unités ou lits dédiés de soins palliatifs,
 - une facturation en deux niveaux : réanimation / surveillance continue sera réalisée dans un premier temps en remplacement des anciennes prestations ; puis une facturation selon 3 niveaux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) apparaîtra lors de la mise en place des SROS 3 (voir annexe n°5)
 - dialyse : nombre de séances et nombre de malades dialysés, selon les tarifs applicables à cette activité.
-
- cibler les contrôles des médecins contrôleurs
- SNIIR AM permettra de repérer :
- les GHS statistiquement déviants
 - pour les compteurs temps (durée de séjour) et financiers (EXH, EXB, Médicaments onéreux, DMI, honoraires),
 - par rapport à un référentiel national et régional
 - pour un établissement donné ou un professionnel de santé.

V.3. PROGRAMME DE CONTROLE REGIONAL

Les différents contrôles qui viennent d'être décrits sont réalisés, puis analysés au sein de l'unité de coordination régionale qui en interprète et synthétise les résultats.

Au vu de cette synthèse, l'unité de coordination prépare le programme de contrôle : établissements à contrôler en priorité, programmation sur l'année, nombre de contrôleurs en fonction du site contrôlé.

Le programme de contrôle est dépendant des ressources en contrôleurs mis à disposition en région. Il doit être approuvé par la COMEX.

Il pourra être ajusté en cours d'année, en fonction notamment des résultats des contrôles sur site : si un établissement présente des anomalies importantes lors d'un contrôle sur site, un second contrôle, rapproché pourra être programmé sans attendre l'année suivante.

Enfin, l'élaboration du programme de contrôle doit intégrer le fait que, quels que soient les résultats des contrôles de casemix et des contrôles automatisés, tout établissement est concerné par le dispositif de contrôle régional (y compris en l'absence d'atypies observées).

Ainsi tous les établissements sont susceptibles de faire l'objet d'un contrôle sur site.

Par ailleurs, un établissement peut faire l'objet, selon les circonstances de plusieurs contrôles dans une même année.

VI. CONTROLE SUR SITE – MISE EN ŒUVRE – ASPECTS PRATIQUES

VI.1 DECLENCHEMENT DU CONTROLE SUR SITE

La proposition de contrôle sur site est faite de manière concertée, au sein de l'unité de coordination régionale, au vu des éléments permettant notamment d'établir le programme de contrôle ; elle est validée par la COMEX.

Par ailleurs, il convient de rappeler que les caisses d'assurance maladie conservent leurs prérogatives pour le contrôle individuel de prestations. Dans un souci d'optimisation des actions, il est nécessaire que de telles initiatives s'intègrent dans le programme de contrôle, après qu'un signalement ait été réalisé, auprès de l'unité de coordination régionale.

VI.2 PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE

Certains éléments de préparation du contrôle sur site sont réalisés au moyen d'un utilitaire informatique mis à disposition des contrôleurs.

Les principales étapes préalables au contrôle sur site figurent sous forme de schéma dans l'annexe n°2.

VI.2.1 Contact avec l'établissement

VI.2.1.1 Date de contrôle

Lorsque la décision de réaliser un contrôle sur site a été arrêtée pour un établissement donné, ce dernier en est informé par courrier recommandé avec accusé de réception signé du directeur de l'ARH, conformément au décret du 16 mars 2006 précisant les modalités du contrôle et notamment :

- les activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels portent le contrôle,
- le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle,
- la date du début du contrôle.

La date du contrôle sur site est alors fixée, en accord avec les responsables de l'établissement. A cet effet, un contact sera établi avec :

- le directeur de l'établissement
- le président de CME
- le médecin responsable de l'information médicale.

Tous les documents transmis ou les éléments demandés à l'établissement, le seront sous le couvert du directeur de l'établissement.

Le rendez-vous sera fixé à une date compatible avec le délai nécessaire à la mise à disposition des contrôleurs, des dossiers de patients dont les séjours auront été tirés au sort pour être contrôlés (qu'il s'agisse de dossiers papier ou de dossiers informatiques). Ce délai ne saura être supérieur à 3 semaines, ni inférieur à 2 semaines.

VI.2.1.2 Médecin contrôleur

Selon la taille et le type d'activité (plus ou moins spécialisée) de l'établissement contrôlé, ainsi que la nature et l'importance des atypies observées lors des ciblage, la présence de deux (voire plusieurs) médecins pourra être requise pour assurer un contrôle efficace dans un laps de temps limité.

De manière générale, il est souhaitable que les contrôles soient réalisés par un binôme médical, mais en région, les effectifs des médecins contrôleurs ne sont pas nécessairement compatibles avec cet optimum.

Si besoin, les contrôleurs peuvent être accompagnés d'un agent administratif du service médical qui peut être chargé **sous la responsabilité des médecins**, des tâches de secrétariat.

VI.2.2. Sélection des dossiers

VI.2.2.1. Contrôle ciblé

Principalement, le contrôle sur site consiste à vérifier la conformité des informations codées portées sur les RSS, avec le guide de production des RSS d'une part, et avec les éléments du dossier médical d'autre part.

Cependant, le contrôle des prestations facturées en plus des GHS peut être inclus dans le contrôle.

Le problème de la sélection des dossiers se pose alors : tous les séjours d'un établissement ne pouvant être contrôlés, il faut travailler sur un échantillon de séjours (et par conséquent, sur un échantillon de dossiers). Les contrôles "PMSI" classiques menés avant l'introduction de la réforme de la tarification à l'activité, étaient réalisés sur la totalité de l'activité de l'établissement, rendant ainsi ces contrôles peu productifs (l'échantillon de dossiers devant être représentatif de la totalité de la production de l'établissement, la probabilité d'observer des anomalies uniquement localisées sur certains pans d'activité était réduite).

Bien qu'un contrôle portant sur la totalité de l'activité d'un établissement ne doive pas être écarté, **il est volontairement choisi de privilégier des contrôles ciblés**, portant sur certaines activités ou prestations.

Les dossiers à contrôler sont sélectionnés en fonction des résultats des procédures de ciblage (résultats DATIM, requêtes sur les systèmes d'information de l'assurance maladie, signalement), en tenant compte des priorités émises par les organismes nationaux responsables du contrôle de la T2A (Etat, caisses nationales, ...).

En fonction des moyens disponibles et des suites prévisibles du contrôle, deux stratégies peuvent être envisagées :

- si, en raison de l'importance de l'anomalie suspectée, des sanctions peuvent être envisagées, un échantillon de séjours peut être constitué pour le contrôle sur site, conformément au décret 2006-307 du 16 mars 2006, et selon les modalités exposées dans l'annexe 4,
- si une des anomalies suspectées porte sur moins de 100 dossiers, la totalité des séjours suspects pourra être contrôlée.

Au fur et à mesure de la procédure de ciblage et de choix des séjours à contrôler le contrôleur alimente dans le logiciel DATIM un "panier" comportant la totalité des séjours susceptibles d'être contrôlés et regroupés selon des activités issues de critères de sélection différents.

Le module "contrôleur" du logiciel DATIM permet alors, par validation du panier, de produire la "feuille d'extraction" qui comporte tous les critères de sélection utilisés. L'ATIH a développé pour les établissements le logiciel LEDDA⁵ qui utilise les critères de la feuille de sélection que l'établissement télécharge sur e-pmsi, et le fichier de sauvegarde du fichier de RSS initial (ayant servi à produire les RSA transmis), pour produire une liste de N° de RSS correspondant aux critères et candidats au contrôle, regroupés par "activité" (une activité correspond à l'application d'une combinaison de critères). C'est sur cette liste que le contrôleur pourra appliquer le tirage au sort lorsque l'activité compte plus de 100 RSS.

⁵ Le Logiciel d'Extraction Des Données de DATIM, appelé LEDDA, est un utilitaire ayant deux modules :

Le Module A permet à partir d'un fichier de RSS et d'une feuille d'extraction issue du module d'extraction de DATIM hébergé par la plate-forme e-PMSI, de **générer un fichier de numéros de RSS candidats** qui sera destiné au logiciel de tirage au sort du contrôleur

Le Module B intervient après le tirage au sort réalisé par le contrôleur et permet de **générer le « fichier de RSS groupés à contrôler »** utilisé par l'outil de gestion des contrôles (OGC).

A l'issue de la procédure de ciblage et de choix des séjours à contrôler, le contrôleur ouvre dans le logiciel DATIM un "panier" comportant la totalité des séjours à contrôler. Le logiciel DATIM réalise la requête, nommée "feuille d'extraction" qui permet aux établissements, à l'aide de LEDDA, de sélectionner sur leur fichier de RSS les séjours retenus pour le contrôle sur site.

Pour le choix des activités à contrôler, DATIM permet 4 modalités de sélection :

- sélection de la totalité des RSA référencés par un test,
- sélection un par un de certains RSA référencés par les tests,
- réalisation d'une requête libre par choix de valeurs des données des RSA,
- entrée de n° de RSS⁶.

VI.2.2.2 Procédure générale

Lors du contact avec l'établissement visant à définir la date du contrôle, le médecin contrôleur informe l'établissement des activités ou prestations ou ensemble de séjours présentant des caractéristiques communes sur lesquelles portera le contrôle. La période de temps concernée est également précisée.

Dès que la feuille d'extraction est mise à disposition de l'établissement, celui-ci la télécharge sur le site e-pmsi (dans l'écran de résultats de DATIM).

A l'aide de l'utilitaire LEDDA (module A) il applique la feuille d'extraction sur le fichier de RSS correspondant à la période contrôlée et obtient en sortie la liste des N° des RSS des séjours ciblés par DATIM.

Attention, à partir de 2006, il appartient à l'établissement de conserver une copie et de respecter l'intégrité des fichiers générés par GENRSA ou AGRAF au moment de l'anonymisation des RSS en RSA.

En effet lorsque le fichier de RSA -qui est transmis via e-PMSI- est produit par AGRAF ou GENRSA, le logiciel crée dans l'établissement, une copie du fichier de RSS qui comporte une clé de sécurisation. C'est ce fichier qui correspond à la sauvegarde exigée par l'Art 7-I de l'arrêté du 31 décembre 2003. Il est NÉCESSAIRE à la levée de l'anonymat à partir de la feuille d'extraction par le logiciel LEDDA. Si l'établissement venait à modifier un seul RSS de ce fichier sans transmettre un nouveau fichier de RSA, alors la clé de sécurisation ne fonctionnerait plus, le fichier serait considéré comme corrompu et la levée de l'anonymisation serait bloquée dans LEDDA. L'établissement devrait alors solliciter une dévalidation des données déjà validées et une reprise complète du processus de traitement des données (MAT2A, DATIM, Feuille d'extraction). Il en serait de même si l'établissement venait à "perdre" le fichier de sauvegarde automatique généré par AGRAF/GENRSA sans pouvoir le restaurer (perte des données stockées, incendie, effacement accidentel et pas de sauvegarde...).

VI.2.2.3. Echantillonnage

En réponse à la demande du contrôleur, l'établissement transmet sous format

⁶ Les séjours sélectionnés par requête dans SNIIRAM peuvent être intégrés dans DATIM par le biais de la saisie des n° de RSS correspondants.

informatique, la liste des numéros de RSS issue de LEDDA correspondant aux prestations contrôlées

Le contrôleur constate l'effectif de la liste (ie le nombre de numéros portés). Il confronte cet effectif à l'effectif des RSA issus des critères sélectionnés dans le panier de DATIM. L'effectif des numéros transmis doit bien entendu être le même que celui qu'il a identifié par cette autre source.

Après vérification de la correspondance des effectifs, le tirage au sort peut être réalisé. Dans OGC, la procédure de tirage au sort est obligatoire pour des raisons informatiques.

Si le programme prévoit le contrôle de la totalité des séjours ciblés et inclus dans DATIM, le tirage au sort sera "fictif" et le nombre de séjours "tirés au sort" égal au nombre de séjours sélectionnés.

Si le contrôle est réalisé dans l'objectif d'appliquer une sanction financière, et s'il porte sur une partie de l'activité définie, conformément au décret du 16 mars 2006, le tirage au sort est nécessaire.

Il devra porter sur la sélection de au moins⁷ 100 dossiers nécessaires (mais suffisants) au contrôle de facturation d'une prestation donnée. Ce nombre de 100 dossiers permet à la fois :

- d'assurer le calcul du taux de surfacturation sur un nombre de dossiers statistiquement suffisant,
- d'avoir la quasi certitude d'identifier au moins une anomalie dans l'échantillon, même en cas de ciblage peu efficace,
- de tenir compte de la charge de travail des médecins contrôleurs.

Dans certains établissements, le nombre de dossiers correspondant à la prestation ciblée n'atteindra pas la centaine. Dans ce cas, le contrôle se fera sur l'exhaustivité de la prestation et le calcul de la surfacturation correspondra alors exactement aux erreurs de facturation identifiées.

L'argumentaire statistique de cet échantillonnage est décrit en annexe 4.

En pratique :

- si une seule prestation est contrôlée, il est procédé au tirage au sort de 100 numéros sur la liste des numéros de RSS transmis,
- si plusieurs prestations sont contrôlées, il peut être choisi :
- de tirer au sort 100 numéros sur la liste des numéros de RSS de chacune des prestations contrôlées.

Exemple : 100 numéros de la liste des numéros de RSS correspondant au GHM 08C03W + 100 numéros de la liste des numéros de RSS correspondant au GHM 01C01S + 100 numéros de la liste des numéros de RSS des séjours dont le diagnostic principal est le code H25.0, et l'âge inférieur à 50 ans...

⁷ On peut contrôler plus de 100 séjours dans l'objectif de la récupération des indus, mais 100 séjours suffisent dans l'optique de la sanction.

- de tirer au sort 100 numéros sur la liste des numéros de RSS correspondant à l'ensemble des prestations contrôlées (cet ensemble de prestations est dans ce cas considéré comme une prestation unique et globale).

Exemple : 100 numéros sur la liste regroupant les numéros des RSS correspondant au GHM 08C03W + GHM 01C01S + séjours dont le diagnostic principal est le code H25.0, et l'âge inférieur à 50 ans...

Le choix de l'échantillonnage réalisé dans ce second cas dépend notamment du nombre de prestations à contrôler et des moyens en contrôleurs mis à disposition.

Selon l'option retenue, le pourcentage de surfacturation (critère de déclenchement d'éventuelles sanctions financières) ne sera pas calculé de la même manière.

OGC fournit en sortie, la liste des n° de RSS répondants au critères de ciblage et finalement retenus pour le contrôle sur site. Le contrôleur adresse cette liste à l'établissement.

Au total, l'établissement recevra la liste de tous les numéros de RSS qui seront contrôlés.

A l'aide de l'utilitaire LEDDA (module B), le médecin de DIM extraira de son fichier de RSS le sous fichier des RSS retenus in fine pour le contrôle sur site. Ce fichier ne doit en aucun cas être envoyé au médecin contrôleur, mais présenté à lui le jour du contrôle sur site.

La liste des n° de RSS permettra également au médecin de DIM de repérer les dossiers médicaux et administratifs qui devront être présentés le jour du contrôle sur site.

Il appartiendra au médecin de DIM, le jour du contrôle, d'avoir mis à disposition tous les dossiers (ainsi que les factures) correspondants (pour mémoire, un même dossier peut éventuellement correspondre à plusieurs séjours tirés au sort. Il n'y a donc pas nécessairement égalité entre le nombre de numéros de RSS transmis à l'établissement et le nombre de dossiers sortis).

On rappelle qu'à partir des données 2006, toute modification apportée par l'établissement au fichier de sauvegarde du fichier de RSS après la production du fichier de RSA (celui qu'il valide sur e-pmsi) sera détectée par LEDDA qui interrompra le processus. L'établissement devra alors obligatoirement produire le fichier de sauvegarde des RSS généré par GENRSA/AGRAF intact de toute modification pour le bon déroulement du contrôle. Si pour une raison qu'il juge légitime, l'établissement souhaite modifier ses données après validation, il doit en demander l'autorisation auprès de l'ARH (cf lettre adressée par la DHOS aux ARH le 10 juillet 2006).

Il convient de signaler que l'utilisation de SNIIR AM pourra conduire au dépistage d'atypies portant sur les factures. Si ces séjours n'ont pas été intégrés dans DATIM, le médecin conseil contrôleur pourra alors transmettre au DIM les éléments permettant d'identifier les factures (numéro d'entrée, numéro de facture, date d'entrée, date de sortie, NIR) dont les dossiers et les RSS devront être mis à disposition. Ces séjours ne pourront donc pas être traités à l'aide de l'outil de gestion des contrôles (OGC).

VI.3. DEROULEMENT DU CONTROLE SUR SITE

Avertissement

Le contrôle ici décrit vise à s'assurer que les informations portées dans les documents qui sortent de l'établissement (RSA et facture) sont conformes :

- *aux règles d'élaboration de ces documents (codage du RSS, remplissage de la facture)*
- *aux éléments portés dans le dossier médical du patient.*

Il convient de rappeler :

- *que les établissements publics ne seront concernés par la production de factures qu'à compter de 2008,*
- *que ces contrôles seront réalisés en grande partie par les médecins conseils qui possèdent d'autres prérogatives en matière de contrôle de facturation :*
 - *pratique médicale : opportunité des prestations réalisées ou des médicaments dispensés, par exemple,*
 - *contrôle des professionnels de santé.*

Ces prérogatives pourront bien entendu être mises en œuvre à l'occasion des contrôles décrits dans ce guide, mais ne donnent pas lieu à description spécifique.

VI.3.1. Aspects préalables au recodage des dossiers

- Le contrôle se déroule dans un local mis à disposition par l'établissement.
- Le médecin de DIM aura fait porter en ce lieu unique les dossiers médicaux et administratifs correspondant aux numéros de RSS tirés au sort lors de l'étape préparatoire du contrôle. Si l'établissement dispose d'un dossier patient informatisé, l'accès aux dossiers aura été organisé par le DIM de manière adaptée à ce support. Les dossiers en cours d'utilisation le jour du contrôle, (patient présent ce même jour dans les murs de l'établissement) sont signalés au contrôleur par le DIM. L'examen de ces dossiers sera réalisé au moment qui perturbera le moins leur utilisation par les services médicaux, mais en aucun cas il ne sera renoncé à les traiter.
- En complément aux dossiers médicaux, la facture correspondant à chacun des séjours tirés au sort est également mise à disposition du contrôleur.
- Pour réaliser le contrôle, le contrôleur est muni d'un ordinateur portable qui intègre notamment l'outil de gestion du contrôle sur site comportant les éléments issus de l'étape préparatoire : paramétrage des éléments d'identification du contrôle (nom de l'établissement, nom des responsables, date du contrôle), numéro des RSS à contrôler, nature des autorisations et reconnaissances durant la période contrôlée...

Avant que le codage des dossiers ne commence, le contrôleur intègre dans son ordinateur portable, deux fichiers fournis par le DIM :

- le fichier des RSS retenus pour le contrôle, issus de LEDDA. Ce fichier est introduit dans l'outil de gestion du contrôle sur site. Il a pour fonction de pouvoir rapprocher au

cours du contrôle, et de manière automatique, le RSS codé par le contrôleur, du RSS codé par l'établissement. Ce fichier intègre également la liste et la nature des unités médicales de l'établissement.

- Un fichier (dit "fichier administratif") regroupant, pour chaque RSS tiré au sort, le numéro du RSS ainsi que certains éléments d'information issus des services administratifs (dont les numéros d'entrée et numéros de facture). Ce fichier n'est pas introduit dans l'outil de gestion, il est inséré dans une feuille Excel. Cette action a pour but de produire une fiche préparatoire au suivi du contrôle (fiche de liaison, n°5), qui servira, le cas échéant, les procédures de récupération d'indu, voire de sanctions (voir §VI.3.5.2). Ce fichier aura pu être transmis au responsable du contrôle avant le début du contrôle sur site, pour permettre la préparation des fiches recueil.

La phase d'installation achevée, le contrôleur peut alors procéder au codage des séjours tirés au sort. Le guide d'utilisation de l'outil de gestion du contrôle précise les différentes manipulations nécessaires au bon déroulement des opérations. Seul l'enchaînement logique des actions est ici présenté.

VI.3.2 Codage des résumés et de l'information tarifante

A ce stade du déroulement du contrôle, deux supports d'information sont à la disposition du contrôleur : le résumé de sortie PMSI d'une part, et la facture du séjour d'autre part. Le contrôle consiste à rapprocher les informations qui y sont portées de celles du dossier médical.

Avant de s'intéresser aux informations du dossier médical, le contrôleur s'assurera :

- que le numéro de la facture papier est bien le numéro porté sur le fichier liant numéro de RSS et numéro de facture,
- que le numéro de GHS porté sur la facture correspond bien au GHM figurant sur le RSS,
- que les numéros de RSS du fichier fourni par l'établissement correspondent bien aux numéros de RSS tirés au sort par le contrôleur.

VI.3.2.1. Contrôle de la facture

Les informations portées sur la facture et donnant lieu au type de contrôle décrit dans ce guide, sont les suivantes. Elles sont décrites par voie réglementaire (articles R161-40 et suivants du CSS), et précisées dans le mode opératoire du bordereau S 3404 (<http://www.ameli.fr>)

- numéro de GHS (et tarif)
- nombre de suppléments pour réanimation, (soins intensifs, surveillance continue)
- nombre de suppléments de néonatalogie
- modulation du tarif du GHS (extrêmes bas – supplément journalier EXH pour

extrêmes hauts)

- codage et prix des médicaments coûteux inscrits sur la liste donnant droit à facturation en sus
- codage et prix des dispositifs médicaux inscrits sur la liste donnant droit à facturation en sus

- Contrôle du numéro de GHS

Le numéro de GHS est lié au numéro du GHM, le contrôle du GHS suppose donc le contrôle du GHM. C'est l'objet du point suivant (§VI.3.2.2) que de s'assurer que le codage du résumé de sortie est correct, conduisant notamment au GHM adéquat. Toutefois, en cas de discordance entre GHM contrôlé et GHS porté sur la facture pour un ou plusieurs séjours, il conviendra d'en rechercher la cause (facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur, modification du RSS après envoi de la facture à l'assurance maladie..., voir notamment les cas de casemix divergents au point V.2.1.2)

Le cas des dialyses et IVG ainsi que celui des soins palliatifs est un peu différent :

- *Pour les activités de dialyse et IVG* : il existe plusieurs GHM d'épuration extrarénale et un GHM d'IVG, mais il existe plusieurs tarifs de prestation pour chacun de ces GHM. Ces tarifs ne sont pas des tarifs de GHS. En fonction des années, la notion de GHS peut ne pas s'appliquer aux activités de dialyse et d'IVG.

Outre la conformité du codage du résumé de sortie, il faudra donc s'assurer dans ces cas, que le tarif porté sur la facture traduit bien la réalité de la prestation réalisée.

- *pour les soins palliatifs* : au niveau national, à un même GHM correspondent 3 GHS, un GHS "de base" et deux GHS majorés. Les GHS majorés sont utilisables par les établissements qui possèdent une unité ou des lits dédiés de soins palliatifs, reconnus par l'ARH. Cette reconnaissance par l'ARH d'une organisation et de moyens particulièrement dédiés aux soins palliatifs (hors équipe mobile) induit une capacité maximale de prise en charge de cette activité dans ces conditions encadrées. Un établissement détenteur d'une "reconnaissance soins palliatifs" n'est autorisé à facturer ses prises en charge au tarif du GHS majoré que dans la limite de cette capacité maximale. Au delà, c'est le tarif du GHS de base qui doit être appliqué.

Ces dispositions impliquent un double aspect du contrôle :

- **Au cours du contrôle sur site**, la conformité du codage du résumé de séjour sera analysée. Si le diagnostic principal "Soins palliatifs" est avalisé, le remplissage des fiches de synthèse du contrôle de cette activité se fera de manière automatique, par paramétrage préalable de l'outil de gestion du contrôle sur site :
- pour un établissement ne possédant pas de reconnaissance soins palliatifs : le

GHS "contrôle externe" de la fiche de synthèse n°3 (voir §VI.3.4.1) sera le GHS de base,

- pour un établissement possédant une reconnaissance ARH pour soins palliatifs, le "GHS contrôle externe" sera un des GHS majorés, en fonction de la nature de la reconnaissance.
- Mais le contrôle de cette activité passe aussi par la **vérification du respect par l'établissement du quota de facturation au tarif majoré**. Cette vérification n'est réalisable que dans un temps différent du contrôle sur site, au moyen des contrôles réalisés dans SNIIR AM.
- Contrôle du nombre de suppléments journaliers pour passage en réanimation/ soins intensifs/ surveillance continue

Schématiquement, le principe de facturation de suppléments journaliers vise à permettre un supplément de facturation pour les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, dont le financement n'est pas intégré dans les GHS. Les modalités de facturation de ces suppléments sont précisées par arrêté ministériel et peuvent être modifiées de façon annuelle.

Le contrôle s'attachera à vérifier que les conditions sont remplies par l'établissement, et notamment :

- que l'établissement possède bien l'autorisation ou la reconnaissance nécessaire,
- qu'un RUM a bien été produit pour la période du séjour dans l'unité de réanimation, de soins intensifs ou de surveillance continue (dates d'entrée et de sortie correctes),
- que les conditions médicales nécessaires (IGS, actes marqueurs) sont remplies.

Les conditions de facturation de ces suppléments sont définies par arrêté.

Le dernier arrêté publié est l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

L'arrêté du 5 mars 2006 énonce les conditions de facturation suivantes :

Pour les établissements ex OQN :

Avant la notification de l'autorisation prévue par le décret n°2002-465 du 5 avril 2002: Application des normes de classement de l'arrêté du 29 juin 1978		
CODE	SUPPLEMENT	FACTURATION
SRA Supplément Soins particulièrement coûteux DMT 973	Patient pris en charge dans : - Un lit de médecine classé en réanimation en application de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978, - Un centre lourd de néphrologie et d'hémodialyse en application de l'annexe C de l'arrêté du 29 juin 1978, - Un lit de chirurgie à soins particulièrement coûteux (SPC) en application de l'annexe A de l'arrêté du 29 juin 1978 et bénéficiant d'une reconnaissance en soins hautement coûteux en chirurgie (SHC).	Chaque journée où le patient est pris en charge dans l'environnement décrit ci-contre
SSC Supplément surveillance continue DMT 974	Patient pris en charge dans : Un lit de surveillance continue classé en application de l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978.	Chaque journée passée dans un lit de surveillance continue classé à l'annexe B de l'arrêté du 29 juin 1978.
Après la notification de l'autorisation mentionnée au décret n°2002-465 du 5 avril 2002 (SROS de 3^{ème} génération)		
CODE	SUPPLEMENT	FACTURATION
REA Supplément réanimation DMT 970	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée. Chaque journée où le patient est pris en charge dans cette unité et qu'il présente un IGS >ou= à 15 et qu'un des actes (liste 1 annexe 5) est effectué ou que 3 occurrences d'au moins un des actes (liste 2 annexe 5) sont effectuées.	Chaque journée passée dans l'unité. Incompatible avec la facturation de SRA et SSC
STF Supplément soins intensifs DMT 971	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée et que les conditions de facturation du REA ne sont pas réalisées. - Une unité de soins intensifs reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux D.6124-104 à 6.124-116 du code de la santé publique*.	Chaque journée passée dans l'unité Incompatible avec la facturation de SRA et SSC
SRC Supplément surveillance continue DMT 972	Patient pris en charge dans : - une unité de surveillance continue reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 6124-117 à D. 6124-118 du code de la santé publique*. Chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité reconnue par contrat et respectant les normes réglementaires de fonctionnement.	Chaque journée passée dans l'unité. Incompatible avec la facturation de SRA et SSC

*Les établissements ont jusqu'au 7 avril 2007 pour se mettre en conformité.

Pour les établissements ex DG :

Avant la notification de l'autorisation prévue par le décret n°2002-465 du 5 avril 2002: Application des normes de classement de l'arrêté du 29 juin 1978		
CODE	SUPPLEMENT	FACTURATION
REA Supplément réanimation	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée. Chaque journée où le patient est pris en charge dans cette unité et qu'il présente un IGS >ou= à 15 et qu'un des actes (liste 1 annexe 5) est effectué ou que 3 occurrences d'au moins un des actes (liste 2 annexe 5) sont effectuées. - à titre transitoire dans l'attente de la notification d'autorisation	Chaque journée passée dans l'unité.
STF Supplément soins intensifs	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée et que les conditions de facturation du REA ne sont pas réalisées. - Une unité de soins intensifs reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux D.6124-104 à 6.124-116 du code de la santé publique*.	Chaque journée passée dans l'unité
SRC Supplément surveillance continue	Patient pris en charge dans : - une unité de surveillance continue reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 6124-117 à D. 6124-118 du code de la santé publique*. Chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité reconnue par contrat et respectant les normes réglementaires de fonctionnement.	Chaque journée passée dans l'unité.
Après la notification de l'autorisation mentionnée au décret n°2002-465 du 5 avril 2002 (SROS de 3 ^{ème} génération)		
CODE	SUPPLEMENT	FACTURATION
REA Supplément réanimation	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée. Chaque journée où le patient est pris en charge dans cette unité et qu'il présente un IGS >ou= à 15 et qu'un des actes (liste 1 annexe 5) est effectué ou que 3 occurrences d'au moins un des actes (liste 2 annexe 5) sont effectuées.	Chaque journée passée dans l'unité.
STF Supplément soins intensifs	Patient pris en charge dans : - une unité de réanimation autorisée et que les conditions de facturation du REA ne sont pas réalisées. - Une unité de soins intensifs reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux D.6124-104 à 6.124-116 du code de la santé publique*.	Chaque journée passée dans l'unité
SRC Supplément surveillance continue	Patient pris en charge dans : - une unité de surveillance continue reconnue par contrat ARH sur la base des normes techniques de fonctionnement prévues aux articles D. 6124-117 à D. 6124-118 du code de la santé publique*. Chaque journée où le patient est pris en charge dans une unité reconnue par contrat et respectant les normes réglementaires de fonctionnement.	Chaque journée passée dans l'unité.

*Les établissements ont jusqu'au 7 avril 2007 pour se mettre en conformité.

- Contrôle du nombre de suppléments journaliers de néonatalogie

Le contrôle du nombre de suppléments de néonatalogie doit donc s'attacher à vérifier que :

- les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale autorisant la facturation de ces suppléments sont correctes,

- l'unité médicale qui a pris en charge le nouveau né est bien une unité dont le niveau d'autorisation correspond au type de supplément facturé (réanimation, soins intensifs, néonatalogie)
- Contrôle de la modulation du tarif de GHS / supplément journalier EXH :
Les séjours dont la durée s'écarte significativement de la durée moyenne de séjour du GHM bénéficient d'un traitement particulier :
 - en deçà d'une borne inférieure de durée de séjour, le séjour est facturé à hauteur de 50% du tarif du GHS.
 - au delà d'une borne supérieure, toute journée supplémentaire fait l'objet d'un supplément journalier (EXH) dont le montant, forfaitaire, est fonction du GHS.

L'application de ces modulations, fonction de la durée du séjour, est assurée automatiquement par les outils de description de l'activité et de facturation intégrant la "fonction groupage T2A".

Son contrôle repose donc sur le contrôle des dates d'entrée et sortie du résumé de sortie. Lors du groupage des informations du RSS, l'outil fourni au contrôleur (intégrant cette même fonction groupage) précisera s'il s'agit d'un séjour avec extrême bas ou haut, ainsi que le nombre de journées supplémentaires s'il y a lieu.

- Contrôle du codage des médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables
Les listes (et codage) des médicaments coûteux et DMI donnant lieu à facturation en sus du GHS sont publiées par voie d'arrêté.
Face à toute facture portant mention d'un ou plusieurs des éléments de ces listes, le médecin contrôleur en cherchera la prescription ainsi que la trace de la dispensation dans le dossier médical du patient.

VI.3.2.2. Codage des résumés

Au vu du dossier médical du patient, **le contrôleur extrait les informations pertinentes** qui doivent être portées (et codées) sur le résumé de sortie.

La conformité du codage des informations portées par l'établissement sur le résumé de sortie est alors vérifiée. Cette conformité est évaluée par rapport :

- aux règles de production des résumés de sortie,
- aux outils de codage des diagnostics et des actes,
- aux éléments du dossier médical du patient.

Les outils de référence utilisés sont : le guide de production des résumés de sortie du PMSI, la CIM-10 et la liste des codes diagnostics spécifiques du PMSI (extensions CIM-10) pour le codage des diagnostics et la CCAM pour le codage des actes, (assortis des consignes d'utilisation des outils de codage – voir notamment guide de lecture et d'utilisation de la CCAM).

Le travail du contrôleur est facilité par l'utilisation de l'outil de gestion du contrôle qui permet d'afficher à l'écran le résumé produit par l'établissement, et de produire en regard le résumé issu des informations validées par le contrôleur.

Les informations saisies pour chaque séjour sont les informations médico-administratives classiques du RUM qui sont répertoriées sur l'écran de saisie.

Les principales informations sont rappelées ci-dessous. Pour toute information plus précise, et notamment pour la définition de chacun des items, il convient de se reporter au guide de production des résumés de sortie.

Informations "administratives" :

- numéro FINESS de l'établissement
- numéro de RSS
- numéro administratif local de séjour
- numéro d'unité médicale
- type d'autorisation de l'unité médicale
- type d'autorisation de lit identifié
- date de naissance du patient
- sexe du patient
- date d'entrée dans l'unité médicale
- mode d'entrée dans l'unité médicale
- date de sortie de l'unité médicale
- mode de sortie de l'unité médicale
- provenance/destination (si les modes d'entrée/sortie le nécessitent)
- code postal du lieu de résidence du patient
- nombre de séances (s'il y a lieu)

Informations "médicales"

- diagnostic principal
- diagnostic relié
- diagnostic(s) associé(s) significatif(s)
- acte(s)
- nombre de réalisations de chacun des acte(s)
- IGS II
- poids à l'entrée dans l'unité médicale (nouveau-nés)

Il convient de signaler que seules les informations dites médicales doivent être remplies par le contrôleur : les informations "administratives" sont automatiquement pré-remplies à la suite de l'introduction dans le micro-ordinateur portable du contrôleur, du fichier de RSS fourni par le médecin de DIM. Comme les autres informations, la conformité de ces informations pré-remplies doit également être vérifiée par le contrôleur (mode d'entrée/sortie, dates d'entrée/sortie notamment).

S'agissant des séjours multi-unités, le nombre de RUM résumant le séjour est également automatiquement déduit du fichier fourni par le DIM, et les RUM également

pré-remplis.

Chaque résumé saisi est in fine validé par le contrôleur qui déclenche alors le groupage en GHM des informations du séjour.

Qu'il s'agisse de l'outil de groupage, de la CIM, de la CCAM ou des règles de codage, le contrôleur doit bien entendu en utiliser les versions qui étaient en application au moment de la réalisation, par l'établissement, des résumés codés.

VI.3.3. Comparaison des informations contrôleur/établissement

L'outil de gestion du contrôle sur site procède automatiquement à la comparaison des informations codées par le contrôleur avec les informations équivalentes produites par l'établissement (comparaison des résumés, de leur résultat de groupage, de l'information concernant médicaments et DMI).

Cette comparaison automatisée conduit alors à identifier des divergences lorsque les informations portées dans les champs respectifs du contrôleur et de l'établissement ne sont pas strictement superposables.

Une concertation avec le médecin de DIM doit donc obligatoirement être organisée. Celle-ci consiste à reprendre et analyser tous les séjours pour lesquels des divergences contrôleur/établissement ont été mises en évidence.

Cette étape de concertation DIM/contrôleur peut être réalisée à tout moment de la période de codage des résumés par le contrôleur : résumé par résumé, requête par requête, à la fin du codage de l'ensemble des dossiers (en fonction de la disponibilité et/ou du souhait du médecin de DIM – et du contrôleur).

Le médecin de DIM pourra être accompagné par un praticien de l'établissement lors de la discussion de dossiers concernant les séjours de patients de ce dernier.

Ce n'est qu'à l'issue de cette concertation que les conclusions du contrôle sur site pourront être formulées. Si la concertation ne peut avoir lieu du fait de l'établissement, le codage du contrôleur sera retenu dans le rapport de contrôle.

VI.3.3.1. Informations divergentes portant sur les items du RUM

Au cours de la concertation, le médecin contrôleur peut être conduit à modifier son codage initial. A défaut de modification, les divergences observées sont confirmées.

A l'issue de la concertation, il est alors possible, pour l'échantillon de RSS contrôlés :

- de compter les divergences confirmées (ie persistant après concertation),
- de les qualifier (divergence portant sur le diagnostic principal, les actes, le code géographique...)
- d'identifier et de compter les séjours pour lesquels le contrôle conduit à un

changement de GHM

Ces informations sont à elles seules insuffisantes pour refléter la qualité générale du codage des résumés de séjour de l'établissement. Certains éléments pourront toutefois être retenus comme probables témoins d'un problème de codage à explorer (ex : erreur systématique sur le code géographique).

En revanche, les informations issues du groupage (changement de GHM notamment) seront directement utilisées dans l'objectif du contrôle de facturation (voir §VI.3.3.3).

• **Précisions relatives à la gestion de l'information**

Les divergences observées sur les items du RUM peuvent être liées à une mauvaise hiérarchisation de l'information, à l'utilisation d'un code diagnostique ou acte inadapté, ou encore à un mauvais codage du mode d'entrée... Mais il convient de préciser les modes de traitement des cas particuliers suivants :

- Une situation de prise en charge exclue du champ de production du résumé de séjour (ex : consultation externe/frontière avec l'hospitalisation de jour) conduit à annuler tout résumé réalisé dans ces conditions,
- la non présentation par l'établissement, du dossier médical du patient, conduit à le considérer comme manquant.

Dans ces deux cas de figure, un item spécifique de l'écran de saisie de l'outil de gestion permet de mettre "à blanc" tous les items du résumé et par suite, à considérer le séjour comme non facturable. Les fiches de synthèse élaborées à l'issue du contrôle permettront de dénombrer les "RSS non justifiés" répondant au premier cas et les "dossiers manquants" relevant du second cas (voir §VI.3.4.1).

- Le décret n°2003-462 du 21 Mai 2003 définit la composition minimale du dossier médical du patient (voir annexe 6). Une information portée dans le résumé de l'établissement et ne correspondant à aucun élément documenté du dossier médical du patient ne doit pas être retenue pour le codage du résumé par le contrôleur. En particulier, le compte rendu des actes ou prestations réalisés (par le prestataire) dans le cadre de prestations inter-hospitalières, devra figurer dans le dossier médical de l'établissement demandeur. Le contrôleur s'assurera dans ce cas que l'établissement prestataire n'a pas émis de facture destinée à l'assurance maladie.

VI.3.3.2. Informations divergentes concernant les médicaments et dispositifs médicaux implantables coûteux

Les médicaments et DMI coûteux, facturés en sus des GHS, sont des éléments spécifiques de la facture du séjour. Toutefois, le contrôle de ces éléments pourra être également réalisé à l'occasion du contrôle du codage des résumés de séjour.

Il convient en effet de rappeler que le contrôleur a en même temps à sa disposition le dossier médical du patient et la facture correspondant au séjour (ou à défaut, pour les

établissements ex-DG, et à compter de 2007, les éléments permettant de lier la consommation de médicament ou DMI au séjour –cf fichier FICHCOMP). Constatant que des médicaments ou DMI ont été facturés en sus du GHS, il est alors aisé d'en chercher les éléments justificatifs dans le dossier.

Les éléments justifiant la prescription et la délivrance des médicaments coûteux ou DMI doivent figurer dans le dossier du patient. L'absence de pièce justificative conduit à annuler le financement en sus.

Au-delà de ces éléments justificatifs, le médecin conseil, conformément aux prérogatives dont il dispose, peut également s'intéresser à la justification médicale des prescriptions (ex : indications de la LPP, respect des référentiels).

Pour mémoire, le décret relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations donnant droit à financement en sus des GHS définit la nature des engagements contractuels auxquels les établissements devront se conformer. Le respect de ces engagements conditionne notamment le taux de prise en charge applicable aux médicaments et produits et prestations figurant sur la liste. Le contrôle inhérent au respect du contrat sort du cadre du présent contrôle, néanmoins, il est utile que le médecin contrôleur ait connaissance du contrat signé par l'établissement qu'il contrôle.

Cependant, le contrôle des termes du contrat fera l'objet d'une démarche spécifique indépendante du contrôle de la T2A.

Chaque élément contesté doit être discuté avec le praticien concerné.

VI.3.3.3. Conclusion de la concertation

A l'issue de la concertation, en cas de divergence persistante sur l'un des éléments utiles à la facturation (GHM, suppléments journaliers, séances de dialyse ou radiothérapie, mais aussi médicaments et DMI coûteux), il est alors possible que le montant de la facture du séjour se trouve modifié.

Il n'appartient pas au médecin contrôleur d'opérer un quelconque re-calculation de facture. En revanche, en conclusion du contrôle de chaque séjour, un item spécifique de l'outil de gestion, signalant que le montant de la facture doit être recalculé, sera renseigné. Cet item sera automatiquement rempli, dès lors que des divergences susceptibles de retentir sur la facturation seront enregistrées.

Pour tous les séjours dont le montant de la facture devra être recalculé, le médecin contrôleur réalise alors un dossier argumentaire : afin de faire état des divergences observées, il conserve dans son dossier personnel, la photocopie des éléments du dossier médical qui lui paraissent pertinents pour justifier son codage, ou sa position relative aux médicaments et DMI facturables en sus du GHS. La photocopie d'éléments issus du dossier médical doit être réalisée en accord avec le médecin responsable du patient.

Le dossier argumentaire doit en outre comporter les arguments avancés par le DIM en cas de désaccord persistant après la concertation.

Enfin, dans un dernier temps, les éléments de synthèse du contrôle, constitutifs du **rapport de contrôle**, peuvent être générés par l'outil de gestion du contrôle sur site.

VI.3.4 rapport de contrôle sur site

VI.3.4.1 Composition du rapport de contrôle

L'outil de gestion du contrôle sur site permet d'élaborer des fiches de synthèse qui constituent, par compilation, le rapport de contrôle.

Pour chaque activité ou prestation contrôlée, deux types de fiches sont élaborés. Ces fiches sont remplies de manière automatique, à la suite de la validation des écrans de saisie précédents. Elles sont reproduites ci-dessous.

Fiche n°2 : synthèse globale des divergences observées pour l'activité contrôlée
(fiche n°1 identique à la fiche n°2, mais réalisée pour l'ensemble des activités contrôlées)

FINESS :

ETABLISSEMENT :

Date contrôle externe :	Date du bordereau :
Médecin responsable du DIM : Dr Dr	Directeur de l'établissement :
Médecin(s) Contrôleurs(s) : Dr Dr Dr	Dr Dr Dr

ACTIVITE CONTROLEE	
Numéro de requête:	Intitulé de requête:
GHS:	Autre:
Période soumise au contrôle :	Date de début : ___/___/___ Date de fin : ___/___/___
Nombre RSS produits pendant cette période:	
Nombre de RSS contrôlés :	
Nombre de RSS avec changement de GHM :	
Nombre de RSS injustifiés:	
Nombre de séjours pour lesquels la facture doit être recalculée :	
Nombre de dossiers manquants :	

La fiche n°3 se présente sous forme d'un tableau comportant un nombre important de colonnes. Son format dépend de celui du RSA et est donc susceptible de varier à chaque changement de format du RSA. La fiche présentée ici est celle résultant du format de RSA 213. Pour des questions de présentation, le tableau apparaît ici sous une forme fractionnée.

Fiche n°3 : synthèse des éléments de facturation pour chaque séjour de l'échantillon

			NRSS
			idRSS
			Recalcul
			RSS injustifié
			Dossier manquant
			Désaccord
			GHM initial
			GHS initial
			GHM final
			GHS final
			Autres éléments RSA initial
			NRSS
			RSAI: Nombre de RUM composant le RSS d'origine
			RSAI: Nombre de séances
			RSAI: Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute
			RSAI: Durée de séjour inférieure à la borne extrême basse

Fiche n°3 (suite)

			RSAI: Nombre d'actes de dialyse
			RSAI: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z05Z
			RSAI: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z06Z
			RSAI: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z07Z
			RSAI: Type d'actes de prélèvement d'organes
			RSAI: Nombre de suppléments REA
			RSAI: Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réan
			RSAI: Nombre de suppléments STF (soins intensifs)
			RSAI: Nombre de suppléments SRC (surveillance continue)
			RSAI: Nombre de suppléments NN1
			RSAI: Nombre de suppléments NN2

Fiche n°3 (suite)

			RSAI: Nombre de suppléments NN3
			RSAI: Passage dans un lit dédié de soins palliatifs
			Autres éléments RSA final
			NRSS
			RSA: Nombre de RUM composant le RSS d'origine
			RSA: Nombre de séances
			RSA: Nombre de journées au-delà de la borne extrême haute
			RSA: Durée de séjour inférieure à la borne extrême basse
			RSA: Nombre d'actes de dialyse
			RSA: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z05Z
			RSA: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z06Z
			RSA: Nb d'actes menant dans le GHM 24Z07Z

Fiche n°3 (suite)

			RSA: Type d'actes de prélèvement d'organes
			RSA: Nombre de suppléments REA
			RSA: Nombre de suppléments soins intensifs provenant de la réan
			RSA: Nombre de suppléments STF (soins intensifs)
			RSA: Nombre de suppléments SRC (surveillance continue)
			RSA: Nombre de suppléments NN1
			RSA: Nombre de suppléments NN2
			RSA: Nombre de suppléments NN3
			RSA: Passage dans un lit dédié de soins palliatifs
			Divergences sur les éléments des RUM
			GHM du RSS initial
			NRSS

Fiche n°3 (suite)

N° administratif local de séjour	Type d'autorisation du lit dédié	Type d'autorisation de l'unité médicale	Destination (si mode de sortie est mutation ou transfert)	Mode d'entrée dans l'unité médicale	Code postal de résidence (ou 99+code Insee du pays)	Provenance (si mode d'entrée est mutation ou transfert)	Mode de sortie de l'unité médicale	Numéro de l'unité médicale	Date d'entrée dans l'unité médicale (JJMMAAAA)	Date de naissance (JJMMAAAA)	Date de sortie de l'unité médicale (JJMMAAAA)	IG 2 5

Fiche n°3 (fin)

Nombre de séances	Poids d'entrée (en grammes)	Sexe	Diagnostic principal (DP) (OMS - CIM10)	Diagnostic relié (DR) (OMS - CIM10)	Activ	Libellé activité	Fait reproché	Version de RSS	NRSS	_Actes externes_

Une ligne est produite pour tout séjour contrôlé, que le résumé ou la facture soient porteurs de divergence ou non.

Une ligne et une seule est produite pour chaque séjour.

Cependant, si un séjour a été sélectionné dans plusieurs activités différentes, plusieurs lignes seront générées pour un même séjour.

Toutes les colonnes de cette fiche sont remplies de manière automatique par l'outil de gestion du contrôle, en fonction des informations saisies au cours des étapes précédentes (saisie du RUM/ concertation...). Cependant, et en fonction des modifications des règles de tarifications qui peuvent survenir en cours d'exercice, ou en raison de divergences entre les données du RSA et les données de la facture pour les établissements privés, il peut être exceptionnellement nécessaire de compléter ou de modifier les données exportées par OGC.

Pour plus de précisions sur les modalités de calcul des divergences par OGC, il est nécessaire de se reporter au manuel de ce logiciel.

Au total,

Le rapport de contrôle sur site est une compilation de ces fiches pour chacune des activités ou prestations contrôlées. Une fiche de synthèse globale des divergences observées pour l'ensemble des activités contrôlées est également produite. Le rapport est clos par une fiche "conclusive", (dernière page du rapport), reproduite au paragraphe ci-dessous.

La composition finale du rapport est donc la suivante :

- *fiche n°1* : fiche de synthèse récapitulative pour l'ensemble des activités contrôlées (il s'agit de la même fiche que la fiche n°2, mais pour la totalité des activités contrôlées)
- *fiches n°2* : synthèse globale des divergences observées pour l'activité contrôlée
- *fiches n°3* : synthèse des éléments de facturation pour chaque séjour de l'échantillon
- *fiche n°4* : fiche conclusive (dernière page du rapport)

Le médecin responsable du contrôle sur site s'assure de la cohérence des éléments figurant dans le rapport avant sa transmission à l'établissement.

VI.3.4.2. Signature du rapport de contrôle

L'ensemble de ces fiches (1 à 4) est adressé par le médecin contrôleur, sous forme papier, au directeur de l'établissement (avec copie au DIM), dans les jours suivant le contrôle sur site.

Ce rapport, pré-signé par les médecins contrôleurs, est réalisé en trois exemplaires : l'un est destiné à l'établissement, un autre à l'unité de coordination régionale, le dernier étant gardé par le contrôleur.

Le directeur de l'établissement dispose alors de 15 jours pour retourner au contrôleur le rapport de contrôle signé et annoté. La fiche conclusive doit comporter la signature du directeur, responsable administratif de l'établissement, ainsi que celle du médecin de DIM ayant participé au contrôle. A défaut de retour dans les 15 jours suivant l'envoi par le contrôleur, du rapport signé par le directeur, celui-ci est réputé approuvé par l'établissement.

La dernière page du rapport de contrôle est particulièrement importante, puisqu'elle permet à l'établissement de faire part de ses observations sur le déroulement et les conclusions du contrôle sur site.

Fiche conclusive (n°4) du rapport de contrôle

CONCLUSION

Date du bordereau: |__|_|_|_|

Observations du (des) médecin (s) contrôleur (s):

Signature du (des) médecin (s) contrôleur (s) :

Observations de l'établissement :

Signature du médecin responsable du DIM:

Signature du directeur de l'établissement:

VI.3.5. éléments complémentaires du contrôle sur site

VI.3.5.1 Précisions diverses

- **Pour des raisons de confidentialité, les fichiers de RSS ne doivent pas sortir de l'établissement. Le fichier informatique fourni par le DIM au début du contrôle et comportant les informations détaillées des RSS sera donc détruit à la fin du contrôle.**
- En cas de contrôle prolongé sur plusieurs jours (au moins deux), l'outil de gestion du contrôle permet de clore provisoirement la session de contrôle, et d'externaliser les données sur un CD-ROM qui restera au DIM jusqu'à reprise du contrôle. Le détail de cette opération est décrit dans le mode d'emploi de l'outil de gestion du contrôle sur site.
- les fiches de synthèse (n°1, 2 et 3) constituant les éléments du rapport de contrôle sont conservées dans l'ordinateur à l'issue du contrôle sur site. Il convient de signaler qu'aucune information nominative n'y figure.
- Ces fiches, informatisées et anonymes, serviront également à alimenter les bases de données régionales, puis nationales destinées à mieux connaître les erreurs rencontrées (constitution des "bases erreurs") (colonnes "divergences sur item du RSS" de la fiche n°3 notamment).

VI.3.5.2. Suivi du contrôle sur site

- **fiche de liaison**

Afin de préparer la suite du contrôle sur site, une fiche de liaison (fiche n°5) à l'intention des caisses d'assurance maladie sera remplie par l'établissement selon un modèle adressé par le contrôleur sur site.

Les nouveaux montants des factures "à recalculer" seront en effet calculés par les organismes d'assurance maladie (caisses gestionnaires), au vu des demandes adressées en ce sens par l'unité de coordination régionale.

Un rapprochement du nouveau montant de facture, avec la facture initiale, doit pouvoir être réalisé. En outre, l'attribution d'une éventuelle sanction financière (hors récupération d'indu), repose sur le pourcentage de surfacturation observé sur l'échantillon de séjours contrôlé. Dans tous les cas, un retour à la facture initiale doit donc être opéré.

A cet effet, l'établissement doit produire au médecin contrôleur un fichier intégrant les informations suivantes pour chaque séjour contrôlé:

- numéro de RSS
- numéro d'entrée
- numéro(s) de facture
- nom et prénom du malade
- date de naissance du malade
- numéro d'identification de l'assuré social
- régime d'assurance maladie
- caisse gestionnaire
- date d'entrée
- date de sortie

Il est donc fait appel à des informations provenant à la fois du DIM et du service de facturation de l'établissement. Le rapprochement de ces informations se fera sous couvert du médecin de DIM.

Un format de fichier prédéfini sera fourni à l'établissement, permettant alors au médecin contrôleur de compléter la fiche ci-dessous en remplissant la colonne "facture à recalculer". Cette colonne sera remplie le plus souvent conformément à l'information de même nature comprise dans la fiche de synthèse n°3. Avant de remplir la colonne, le contrôleur s'assure que les numéros d'entrée et de facture portés en face du numéro de RSS correspondent à ceux qui figurent sur la facture papier.

L'identification du régime et de la caisse gestionnaire des patients concernés par les séjours tirés au sort permettra de demander à ces organismes le montant des factures initiales, ainsi que le nouveau montant des factures lorsqu'il aura été signalé que celui-ci doit être recalculé.

L'information "numéro de RSS" ainsi que les informations concernant les divergences portant sur les éléments du RUM sera alors supprimée des informations transmises en ce sens aux caisses d'assurance maladie.

Cette fiche complétée est adressée par l'établissement au responsable du contrôle avant le début des opérations de contrôle sur site pour lui permettre de préparer celui-ci.

Fiche de liaison avec les caisses d'assurance maladie (fiche n°5)

	Numéro RSS	NIR Assuré Social	Numéro Entrée	Numéro Facture	Nom Malade	Prénom Malade	Date de naissance du malade	Régime Assurance Maladie	Caisse Gestionnaire AM	Date d'Entrée	Date de Sortie	Facture à recalculer
RSS_1												<input type="checkbox"/>
RSS_2												<input checked="" type="checkbox"/>
RSS_3												<input type="checkbox"/>
RSS_4												<input type="checkbox"/>
RSS_5												<input type="checkbox"/>

• **Fiche argumentaire n° 6**

Malgré l'utilisation de l'outil de contrôle sur site (OGC) en raison de la complexité de ce contrôle, l'utilisation d'une fiche recueil papier pour chaque dossier est indispensable.

Cette fiche facilite la mise en œuvre du contrôle sur site en permettant le classement des dossiers à étudier par activité et le rapprochement des données administratives (identifiants du malade et du séjour, données issues des requêtes) des données médicales du dossier.

Cette fiche permet de synthétiser les éléments du dossier médical nécessaires à la concertation avec le DIM.

La fiche doit comporter une partie permettant le recueil des arguments contradictoires du DIM et du médecin contrôleur, notamment en cas de désaccord.

Elle permet de recueillir les données complémentaires au calcul de l'indu (actes facturables à titre externe pour les RSS injustifiés des établissements publics).

Elle permet à l'UCR de valider la cohérence du rapport de contrôle sur site.

Elle sert en outre au renseignement des remontées du contrôle régional (CNAMTS, ATIH, ARH, ...).

La fiche argumentaire n° 6 peut prendre le modèle ci dessous.

Cette fiche peut être préremplie avant le contrôle sur site en fonction des données disponibles (fiche n° 5, résultats des requêtes, n° de RSS, ...).

	RSS	DOSSIER		RSS	DOSSIER
Date Naissance			Date sortie		
Sexe			Mode sortie		
Date entrée			Destination		
Mode entrée			Code Postal		
Provenance			Unité médicale		

	RSS	DOSSIER	<i>Commentaire</i>
DP			
DR			
DAS			
ACTES			
IGS, poids, ...			
GHM			

AVIS DU MEDECIN CONTROLEUR :	AVIS DU MEDECIN DU DIM : Accord / Désaccord

Signature(s) du/des médecins contrôleurs(s)

Signature du médecin du DIM

VII SUITES ET CONSEQUENCES DU CONTROLE SUR SITE POUR LES ETABLISSEMENTS

VII.1 ROLE DU MEDECIN CONTROLEUR

Les principales étapes du travail du médecin contrôleur à l'issue du contrôle sur site, figurent sous forme de schéma dans l'annexe n°6.

VII.1.1 Informations disponibles à l'issue du contrôle sur site

A l'issue du contrôle sur site, le médecin contrôleur dispose de plusieurs documents (voir aussi chapitre VI)

- les fiches n° 2 et 3 de chaque activité contrôlée, sous forme de fichier informatique,
- la fiche récapitulative n°1 résumant les observations pour l'ensemble des activités contrôlées, sous forme de fichier informatique,
- la fiche de liaison (n°5) avec les caisses d'assurance maladie, sous forme de fichier informatique,
- la fiche argumentaire n° 6, comportant des éléments du dossier médical du patient permettant de justifier le codage réalisé par le contrôleur, pour chacun des séjours dont le montant de la facture doit être recalculé. Ce dossier doit être étendu aux éléments justifiant les divergences éventuelles sur les médicaments et DMI facturés en sus des GHS. Le contrôleur décidera de l'opportunité de réaliser un tel dossier pour les cas de désaccords de l'établissement sans conséquence sur la facture des séjours,
- la fiche n°4 conclusive du rapport de contrôle.

VII.1.2 Elaboration du rapport de contrôle sur site

A l'aide des éléments ci-dessus, la première tâche du contrôleur consiste à élaborer le rapport de contrôle sur site.

Rappelons que ce rapport est constitué des fiches 2 et 3 de chaque activité contrôlée, de la fiche récapitulative n°1 pour l'ensemble des activités contrôlées et de la fiche conclusive n°4 précédemment décrite. Tous ces documents sont anonymes.

Le rapport est produit sous forme papier, en trois exemplaires : l'un est destiné à l'établissement, l'autre à l'unité de coordination, le dernier est destiné au médecin contrôleur lui-même.

Le contrôleur signe alors les trois exemplaires du rapport (page conclusive) avant de les envoyer, sous un délai de 7 jours maximum, et avec accusé de réception, au directeur de l'établissement.

Celui-ci porte sur la fiche n° 4 ses remarques sur le contrôle et d'éventuelles demandes de recours à l'expertise de l'ATIH.

Le directeur gardera l'exemplaire qui lui est destiné, et retournera au contrôleur les deux autres exemplaires signés. A défaut d'un retour du rapport portant la signature du directeur, dans les 15 jours à compter de la date d'expédition, celui-ci sera réputé approuvé par l'établissement.

VII.1.3 Transmission à l'unité de coordination régionale

Dès réception du rapport de contrôle sur site signé par l'établissement, le médecin contrôleur l'adresse à l'unité de coordination.

En complément du rapport, il doit adresser d'autres éléments :

- la fiche de liaison (n°5) avec les caisses d'assurance maladie,
- les fiches argumentaires (n°6), constituées lors du contrôle sur site.

La fiche de liaison comporte l'identité des patients, mais aucune information médicale. En revanche, chacune de ces fiches comporte le numéro de RSS du séjour.

Par ailleurs les fiches argumentaires comportent des données médicales nominatives.

Pour ces raisons, l'ensemble du dossier est adressé, sous pli confidentiel, **à l'équipe médicale de l'unité de coordination, garante du respect du secret médical lors de la transmission d'informations (expert, caisses gestionnaires...).**

Une fois les informations transmises à l'unité de coordination régionale, le médecin contrôleur reste associé au suivi du contrôle :

- il pourra être consulté lors du traitement du rapport par l'unité de coordination,
- il est informé des avis émis par l'expert,
- il est destinataire du rapport d'activité élaboré par l'unité de coordination.

VII.2 ROLE DE L'UNITE DE COORDINATION REGIONALE

Le travail de l'unité de coordination, en aval du contrôle sur site, se déroule en plusieurs étapes :

VII.2.1 Traitement du rapport de contrôle sur site

Dès réception du dossier, l'UCR s'assure qu'il est complet et cohérent et comporte les signatures nécessaires.

Elle prend connaissance des remarques de l'établissement et, éventuellement de ses demandes d'avis d'expert.

VII.2.1.1. Avis de réception adressé par l'UCR à l'établissement

A réception du rapport de contrôle, l'UCR adresse à l'établissement un courrier l'informant :

- de la prise en compte ou non des remarques figurant sur la fiche n° 4,
- éventuellement, de l'acceptation ou non de ses propositions de saisine de l'ATIH.

VII.2.1.2. Demande d'avis d'expert

Le décret n° 2006-307 (dit décret sanction) prévoit qu'au vu du rapport de contrôle, l'UCR peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. Cette procédure doit être réalisée avant la transmission aux caisses des éléments nécessaires au calcul de l'indu.

Les éléments transmis à l'expert sont anonymisés (malade et établissement) par les médecins de l'UCR.

Pour ce qui concerne les divergences portant sur les règles de codage du guide de production des résumés de sortie, l'expert consulté doit être l'ATIH.

Une procédure de saisine de l'expertise de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans le cadre du précontentieux faisant suite à un contrôle externe T2A a été rédigée et figure en annexe 7.

Habituellement, la saisine de l'ATIH, conformément au décret "sanction", est réalisée à l'initiative de l'UCR.

Cependant, et conformément à la circulaire N°DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 relative notamment à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité, un établissement peut demander au directeur de l'ARH la saisine de l'ATIH contre l'avis de l'UCR.

Dans les cas où l'établissement serait en désaccord avec la décision de l'UCR qui n'aurait pas jugé opportun de saisir l'ATIH, si l'établissement dispose de règles de références pour le codage lui permettant de justifier simplement sa position, il pourra adresser au directeur de l'ARH un dossier argumentaire (de même nature que celui qui doit être produit par l'UCR pour la saisine de l'ATIH). Une copie en sera également adressée à l'UCR, l'informant ainsi de la démarche auprès du DARH.

Cette demande devra être produite dans les 15 jours après réception de la décision de l'UCR.

Après réception de la demande de l'établissement, le DARH décide de l'opportunité de la saisine de l'ATIH, après avoir consulté le responsable de l'UCR. Cette décision doit intervenir dans un délai de 1 mois suivant la demande de l'établissement.

Si le DARH décide de recourir à l'avis de l'ATIH, l'UCR saisit l'ATIH dans les mêmes conditions qu'habituellement.

L'ATIH dispose d'un mois pour répondre à l'UCR (et au DARH le cas échéant)

Au retour de l'avis d'expert :

- si l'unité de coordination maintient l'avis du contrôleur, le dossier sera adressé à la caisse gestionnaire du patient, pour re-calculation du montant de la facture du séjour et récupération d'indu.
- si l'unité de coordination ne suit pas l'avis du contrôleur, elle en informe ce dernier et ne transmet pas le dossier à la caisse gestionnaire.

VII.2.1.3. Gestion des éléments nécessaires à la notification des indus

L'unité de coordination adresse un dossier à la caisse gestionnaire du patient (identifiée au moyen de la fiche de liaison avec les caisses d'assurance maladie). Ce dossier comporte les éléments (issus de la fiche n°3) nécessaires au recalcul du montant de la facture et les éléments de la fiche n°5 nécessaires à l'identification du séjour contrôlé. Le n° de RSS ne doit pas être transmis aux organismes d'Assurance Maladie.

Après comparaison des montants payés⁸ et des montants dus, et en cas de surfacturation constatée, la caisse engage une procédure de récupération d'indu. Cette récupération d'indu ne peut être réalisée que sur chaque dossier effectivement contrôlé par le médecin contrôleur.

En retour, et dans le cadre de la procédure "indu", la caisse transmet à l'UCR :

- montant initial de la facture de chaque séjour,
- montant de l'indu.

Les éléments concernant les séjours pour lesquels la facture n'est pas à recalculer sont transmis également aux caisses, notamment pour ce qui concerne les montants initiaux.

Dans un objectif d'optimisation, l'assurance maladie peut organiser un circuit de gestion des indus (calcul, notification et récupération) différent de celui décrit ici.

VII.2.2 Synthèse des éléments nécessaires à la définition de sanctions financières

En vue de la préparation de son rapport de synthèse, et dans la perspective d'éventuelles sanctions envers l'établissement, l'unité de coordination régionale doit disposer d'informations concernant le montant des factures des séjours.

En effet, l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale stipule que le montant des sanctions financières prises à l'issue d'un contrôle "sur pièces et sur place", est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, et qu'il est calculé sur la base des recettes annuelles assurance maladie de l'établissement, ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier, ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours (dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement). Le décret no 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) précise les modalités de constatation de la surfacturation et le barème des sanctions.

Pour chaque activité contrôlée, l'unité de coordination doit donc disposer des informations suivantes :

⁸ Pour les établissements ex-DG, et dans l'attente de la facturation individuelle directe à l'Assurance Maladie, la caisse procède à la reconstitution de la facture initiale.

- Montant de la facture de l'échantillon de séjours contrôlés : avant et après contrôle (une fois recalculé – lorsque nécessaire - le montant de chaque facture individuelle)

Ce montant de la facture totale de l'échantillon avant et après contrôle permet de calculer le pourcentage de surfacturation.

A la suite de l'étape précédente, les caisses transmettent l'information nécessaire, pour les séjours de l'échantillon dont le montant de la facture a été recalculé (montant de la facture avant/après contrôle). L'unité de coordination réunit par ailleurs les montants des factures non recalculés auprès des caisses concernées.

Le pourcentage de surfacturation peut donc être calculé dès réception de la totalité de ces informations.

L'unité de coordination recherche également auprès des caisses concernées ou de l'ATIH, le montant de la recette assurance maladie de l'établissement correspondant à l'activité contrôlée, et pour la même période de temps.

- Montant de la recette assurance maladie totale de l'établissement :

L'unité de coordination fait calculer la recette assurance maladie globale de l'établissement pour l'année antérieure au contrôle, par les caisses concernées ou par l'ATIH.

VII.2.3 Elaboration du rapport de synthèse

Lorsque l'unité de coordination régionale est en possession de tous les éléments nécessaires, elle élabore un rapport de synthèse.

Ce rapport comporte les éléments suivants :

- rappel de toutes les caractéristiques des activités soumises à sanction,
- rapport de contrôle comportant notamment les remarques de l'établissement,
- bilan des divergences confirmées, distinguant notamment les divergences avec et sans influence sur la facturation. A l'occasion de ce bilan, des éléments d'alerte concernant la qualité de l'information médicale produite par l'établissement pourront être signalés.
- rapports d'expertise pour les séjours concernés,
- bilan de la surfacturation éventuellement observée pour chaque activité contrôlée,
- montant de la recette assurance maladie de chaque activité soumise à sanction,
- montant de la recette assurance maladie totale de l'établissement pour l'année antérieure au contrôle,
- conclusions de l'unité de coordination, comportant une éventuelle proposition de sanction financière de l'établissement.

Le rapport de synthèse est transmis à la COMEX qu'il y ait ou non proposition de sanction.

VII.2.4. Elaboration d'un bilan annuel du programme de contrôle

Un bilan annuel du contrôle externe régional sera réalisé par l'unité de coordination, selon le modèle national.

Chaque bilan comportera :

- des éléments quantitatifs : nombre de contrôles réalisés sur l'année, nombre de séjours contrôlés, nombre et montant des indus proposés et perçus par les caisses, nombre (et type) de sanctions...
- des éléments qualitatifs : type de divergences mises en évidence, principales anomalies de codage ou de production de l'information mises en évidence, ...

Ce bilan sera transmis par la COMEX, au niveau national :

- Caisses nationales d'assurance maladie
- Etat (DHOS, DSS)
- ATIH.

Il sera également porté à la connaissance des établissements de la région, des médecins contrôleurs, du COTRIM (et du comité régional des contrats pour les établissements privés).

Un bilan annuel national du contrôle externe sera réalisé (selon une procédure à définir). Ce bilan sera transmis aux partenaires institutionnels concernés.

Outre l'harmonisation des pratiques de codage, cette diffusion de l'information pourra alimenter les mises à jour des outils de contrôle.

VII.3 ROLE DE LA COMEX

En cas de proposition de sanctions, la COMEX valide le rapport de synthèse préparé par l'unité de coordination.

Ce rapport est adressé par le DARH, à l'établissement, qui est alors mis en demeure de faire valoir ses observations dans un délai d'un mois.

La décision finale sera prise par la COMEX, et notifiée à l'établissement.

Cette décision fixera les sanctions financières et pourra en outre comporter des injonctions fortes à modifier des comportements déviants en termes de production de l'information médicale.

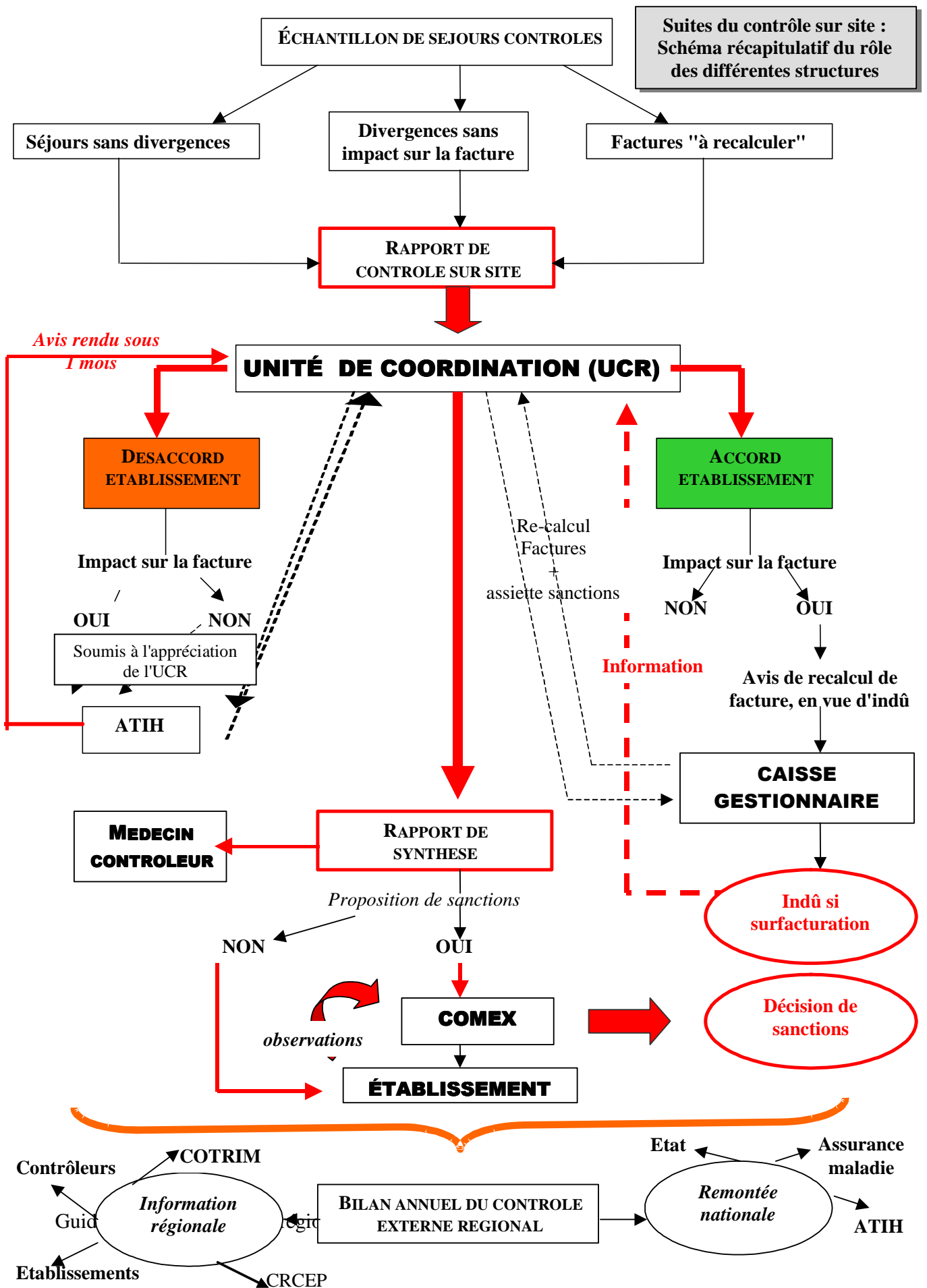
VII.4 ROLE DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement a la possibilité de faire valoir ses arguments tout au long de la procédure de contrôle :

- au cours du contrôle sur site : tout désaccord entre contrôleur et établissement est noté dans les fiches de synthèse,
- à l'issue du contrôle sur site : lors de la signature du rapport de contrôle sur site, la fiche conclusive permet à l'établissement de noter ses observations,
- avant toute décision de sanction financière par la COMEX, l'établissement est "mis en demeure de présenter ses observations",

- enfin, une fois sanctionné, l'établissement dispose des procédures de recours contentieux habituelles : le tribunal administratif est compétent pour les recours en cas de sanctions financières ; le tribunal des affaires de sécurité sociale étant compétent par ailleurs pour les recours en cas de répétition d'indus.

Le schéma suivant résume le traitement régional des résultats du contrôle sur site.



Liste des références documentaires utiles aux contrôleurs

Textes législatifs et réglementaires, circulaires et instructions propres au PMSI en MCO

ARTICLES L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

DÉCRET n° 94-666 du 27 juillet 1994 (*JO* du 5 août) relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés, et modifiant le code de la santé publique (deuxième partie : décrets en Conseil d'État) .

Instruction DHOS du 16 novembre 2006 relative à l'arrêté « prestations » du 25 août 2006, aux nouvelles prestations de soins externes : conditions de facturation – et à la sécurisation des fichiers de données de séjour dans le cadre des contrôles T2A, et annexe technique.

Le paragraphe II de l'annexe technique traite de la conservation des fichiers de RSS.

Instruction DHOS du 10 juillet 2006 relative à la transmission des données d'activité des établissements soumis à la T2A : rappels et précisions, et annexe technique.

Le paragraphe I de l'annexe technique traite de la transmission des fichiers de RSA.

Arrêté du 28 février 2006 (*JO* du 14 mars) modifiant l'arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique 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

Annexe I : résumé standardisé de facturation (fascicule spécial n° 2006/4 bis du *Bulletin officiel*)

Annexe II : classification commune des actes médicaux (fascicule spécial n° 2006/1 bis du *Bulletin officiel*)

Annexe III : guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (fascicule spécial n° 2006/2 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Annexe IV : manuel des groupes homogènes de malades, 10^{ème} version de la classification (fascicule spécial n° 2006/3 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Instruction DHOS du 8 février 2006 relative à la production en 2006 de l'information liée à l'activité MCO des établissements de santé, dans le cadre de la T2A, et [annexe technique](#).

Instruction DHOS du 30 juin 2005 (n° 1006) relative à la mise en œuvre dans les établissements de santé (ex OQN et ex DG) de la classification commune des actes médicaux (CCAM) - Report de la date « d'extinction » de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) pour la tarification des actes techniques médicaux, et [annexe](#).

Instruction DHOS du 18 avril 2005 (n° 582) relative à la mise en œuvre de la CCAM à visée tarifaire dans les établissements de santé ; remontées d'activité des établissements anciennement sous dotation globale : informations pratiques, et [annexe technique](#).

Instruction DHOS du 20 décembre 2004 (n° 5003) relative au format du RUM applicable au 1^{er} janvier 2005 : complément d'information, et [annexe technique](#).

Instruction DHOS du 13 août 2004 relative au codage dans le cadre du PMSI, de l'activité hospitalière liée au dispositif "Ablatherm", et annexe technique.

Circulaire DHOS/E3 n° 187 du 22 avril 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service

e-PMSI.

Instruction DHOS du 8 janvier 2004 relative à la classification commune des actes médicaux dans le cadre du PMSI - Précisions sur la mise en œuvre.

ARRÊTÉ du 31 décembre 2003 (JO du 11 février 2004) relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique 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. **Modifié par l'arrêté du 28 février 2006**

Annexe I : résumé standardisé de facturation (RSF) (fascicule spécial n° 2004/5 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Annexe II : classification commune des actes médicaux (CCAM) (fascicule spécial n° 2004/7 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Annexe III : guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique (fascicule spécial n° 2004/2 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Annexe IV : manuel des groupes homogènes de malades, 9^{ème} version de la classification (fascicule spécial n° 2004/3 bis du *Bulletin officiel* et en [téléchargement](#))

Instruction DHOS du 27 juin 2002 relative à l'outil de contrôle automatisé des informations médicoadministratives du PMSI (DATIM), et annexe technique.

Instruction DHOS du 14 février 2002 relative au calendrier d'utilisation de la Classification commune des actes médicaux dans le cadre du PMSI (rappel).

Instruction DHOS du 12 novembre 2001 relative à une nouvelle procédure de contrôle de la qualité des informations du PMSI, et annexe technique .

Circulaire DHOS-PMSI-2001 n° 106 du 22 février 2001 relative au chaînage des séjours en établissements de santé dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

Circulaire DH/PMSI/2000 n° 366 du 3 juillet 2000 portant précisions relatives à la composition et au fonctionnement des comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM).

Instruction du secrétariat d'État à la santé et à l'action sociale du 18 juin 1999 relative à l'amélioration de la description, par le système d'information existant, de l'activité de soins palliatifs développée par les établissements de santé.

Circulaire DH/PMSI/99 n° 133 du 2 mars 1999 relative aux conditions d'utilisation et de communication des fichiers des résumés du PMSI transmis par les départements d'information médicale des établissements de santé.

Circulaire DH/PMSI/98 n° 301 du 25 mai 1998 relative aux instruments de codage, de classification et de pondération des séjours d'hospitalisation utilisés dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI-MCO).

Circulaire DH/PMSI/95 n° 48 du 11 décembre 1995 relative à la création des comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM) et à l'organisation des contrôles externes dans les établissements de santé dans le cadre du développement du PMSI.

Réponse du 12 octobre 1995 du ministre de la santé au médecin conseil national du régime général d'assurance maladie sur l'accès des médecins conseils de l'assurance maladie aux fichiers de RUM.

Autres textes officiels en rapport avec la gestion de l'information médicale dans les établissements d'hospitalisation

DÉCRET n° 2000-1282 du 26 décembre 2000 (JO du 29 décembre) portant création de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation et modifiant le code de la santé publique.

Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) :

LOI n° 2004-801 du 6 août 2004 (*JO* du 7 août) relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

DÉCRET n° 99-919 du 27 octobre 1999 (*JO* du 31 octobre) pris pour l'application du chapitre V ter de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés et relatif aux traitements de données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques et activités de soins et de prévention.

Délibération n° 97-008 du 4 février 1997 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (*JO* du 12 avril) portant adoption d'une recommandation sur le traitement des données de santé à caractère personnel.

DÉCRET n° 78-774 du 17 juillet 1978 (*JO* du 23 juillet) pris pour l'application des chapitres I à IV et VII de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

LOI n° 78-17 du 6 janvier 1978 (*JO* du 7 janvier et rectificatif au *JO* du 25 janvier) relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Dossier médical :

DÉCRET n° 2006-6 du 4 janvier 2006 (*JO* du 5 janvier) relatif à l'hébergement de données de santé à caractère personnel et modifiant le code de la santé publique (dispositions réglementaires).

DÉCRET n° 2002-637 du 29 avril 2002 (*JO* du 30 avril) relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique.

DÉCRET n° 98-1001 du 2 novembre 1998 (*JO* du 7 novembre) relatif à la commission de conciliation prévue à l'article L. 710-1-2 du code de la santé publique et modifiant ce code.

DÉCRET n° 92-329 du 30 mars 1992 (*JO* du 1^{er} avril) relatif au dossier médical et à l'information des personnes accueillies dans les établissements de santé publics et privés (modifié et complété par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002).

Arrêtés et circulaires tarifaires et autres textes législatifs et réglementaires, circulaires et instructions

Arrêtés et circulaires tarifaires

Arrêté du 22 septembre 2006 modifiant l'arrêté du 25 août 2006 modifiant les arrêtés du 5 mars 2006 fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Arrêté du 25 août 2006 modifiant les arrêtés du 5 mars 2006 fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

Arrêté du 25 août 2006 modifiant l'arrêté du 5 mars 2006 relatif à la classification et à la prise en charge de prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 25 août 2006 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 5 mars 2006 (JO du 29 avril) fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (rectificatif)

Arrêté du 5 mars 2006 (JO du 23 mars) fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Arrêté tarifaire des établissements auparavant sous DGF

Arrêté du 5 mars 2006 (JO du 14 mars) fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.
Arrêté tarifaire des établissements auparavant sous OQN

Arrêté du 5 mars 2006 (JO du 14 mars) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.
Arrêté prestations

Arrêté du 6 septembre 2005 (JO du 27 septembre) modifiant l'arrêté du 31 janvier 2005 relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 30 juin 2005 (JO du 2 août) fixant pour l'année 2005 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris pour l'application des I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.

Circulaire DHS-F/DSS-1A n° 181 du 5 avril 2005 relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale
Son paragraphe 3 traite de la tarification des activités de soins intensifs et de surveillance continue en relation avec les informations fournies à GENRSA.

Circulaire DHOS-F-O/DSS-1A n° 2005-119 du 1^{er} mars 2005 (BO Santé n° 05/04 du 15 mai 2005) relative à la campagne tarifaire 2005 des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale.
Ses annexes IV à VII donnent le détail des tarifs et forfaits annuels (GHS, GHT, suppléments journaliers, dialyse, urgences, prélèvements d'organes), les listes des médicaments et des dispositifs médicaux financés en sus.

Circulaire DHOS/F3/F1/2005 n° 103 du 23 février 2005 (BO Santé n° 05/04 du 15 mai 2005) relative à la campagne tarifaire 2005 pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées dans les établissements de santé privés mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Annexe 1 : tarifs des forfaits "groupes homogènes de séjours"

Annexe 2 : tarifs des forfaits "groupes homogènes de tarifs"

Annexe 3 : tarifs des forfaits "dialyse"

Arrêté du 31 janvier 2005 (JO du 16 février) relatif à la classification et à la prise en charge des prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.
Arrêté prestations

Instruction DHOS/F2/2004/149 du 30 mars 2004 relative au déroulement de la campagne budgétaire 2004 des établissements financés par dotation globale, et fiche technique.

Circulaire DHOS-F2-O / DSS-1A-2004 n° 36 du 2 février 2004 relative à la campagne budgétaire pour 2004 des établissements sanitaires financés par dotation globale.

On s'est limité aux annexes en rapport avec le PMSI. On trouve notamment dans l'annexe 4 la première version des tarifs dits groupes homogènes de séjours (GHS) :

Annexe 2 : liste des médicaments financés en sus des tarifs

Annexe 3 : liste des dispositifs médicaux financés en sus des tarifs

Annexe 4 : tarifs et forfaits annuels (GHS, suppléments journaliers, urgences, prélèvements d'organes)

Annexe 5 : contenu des fichiers FICHSUP

Dispositifs médicaux implantables (DMI) et médicaments payés en sus

Arrêté du 23 novembre 2006 (JO du 8 décembre) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 27 octobre 2006 (JO du 15 novembre) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 13 octobre 2006 (JO du 27 octobre) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 19 septembre 2006 (JO du 29 septembre) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 8 septembre 2006 (JO du 22 septembre) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 25 août 2006 modifiant l'arrêté du 16 février 2006 relatif à la radiation de produits et prestations de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 1er juin 2006 (JO du 16 juin) relatif à la modification de la nomenclature relative aux sondes de stimulation cardiaque implantables inscrites à la section 2, chapitre 4, titre III, de la liste prévue à l'article L. 165-1 (LPP) du code de la sécurité sociale

Arrêté du 1er juin 2006 (JO du 16 juin) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 19 mai 2006 (JO du 1er juin) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 modifié fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 14 avril 2006 (JO du 28 avril) modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus

des prestations d'hospitalisation mentionnée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Circulaire DHOS/E2/DSS/1C no 2006-30 du 19 janvier 2006 (BO Santé n° 06/02 du 15 mars 2006) relative à la mise en oeuvre du contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 16 février 2006 (JO du 28 février) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 16 février 2006 (JO du 28 février) relatif à la radiation de produits et prestations de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 7 décembre 2005 (JO du 16 décembre) modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 4 novembre 2005 modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêté du 14 octobre 2005 (JO du 1er novembre) modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 2 septembre 2005 (JO du 13 septembre) portant radiation de la ligne de nomenclature générique « implant digestif annulaire pour gastroplastie » et relatif à l'inscription de nouvelles lignes de nomenclature au chapitre 1er du titre III de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale.

Arrêté du 29 juillet 2005 (JO du 2 septembre) complétant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Décret n° 2005-1023 du 24 août 2005 (JO du 26 août) relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale (troisième partie : décrets)

Arrêtés des 12 et 13 juillet 2005

- 3 arrêtés du 12 juillet 2005 (JO du 26 juillet) complétant ou modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation : arrêté 1, arrêté 2, arrêté 3

- 1 arrêté du 12 juillet 2005 (JO du 30 août) modifiant l'arrêté du 2 mars 2005 relatif à la radiation de produits et prestations de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale

- 1 arrêté du 13 juillet 2005 (JO du 28 juillet) complétant l'arrêté du 2 mars 2005 pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation

Arrêtés des 12 et 13 juillet 2005 modifiant la liste des spécialités pharmaceutiques facturables en sus des prestations d'hospitalisation visée à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale [complètent et rectifient l'arrêté du 4 avril 2005] :

- arrêté du 12 juillet 2005 (JO du 26 juillet) ;
- arrêté du 13 juillet 2005 (JO du 28 juillet).

Arrêté du 30 mai 2005 (JO du 2 juin) relatif aux modalités de versement pour l'exercice 2005 des ressources des établissements publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du

code de la sécurité sociale par les caisses d'assurance maladie mentionnées à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Les articles 3 et 4 de cet arrêté concernent la valorisation de l'activité au moyen des informations issues du PMSI.

Arrêté du 4 avril 2005 (JO du 10 mai) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation.

Arrêté du 2 mars 2005 (JO du 10 mai) pris en application de l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale et fixant la liste des produits et prestations mentionnés à l'article L165-1 du code de la sécurité sociale pris en charge en sus des prestations d'hospitalisations.

Contrôles externes

Circulaire N° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 relative aux conditions de facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en zone de surveillance de très courte durée ainsi que pour les prises en charge de moins d'une journée.

Lettre DHOS du 4 septembre 2006 aux directeurs d'ARH ayant pour objet "Nouvelles mesures tarifaires relatives aux prestations MCO des établissements de santé : conséquences en termes de production de l'information médicalisée".

Lettre DHOS du 16 novembre 2006 aux directeurs d'ARH ayant pour objet "Arrêté "prestations " du 25 août 2006 et nouvelles prestations de soins externes : conditions de facturation – Sécurisation des fichiers de données de séjour dans le cadre des contrôles T2A."

Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (JO du 17 mars) pris pour l'application de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'État).

Décret sanctions.

Circulaire DHOS/DSS/UNCAM du 18 décembre 2005 relative à la mise en oeuvre du dispositif de contrôle régional dans le cadre de la T2A et lettre DHOS/F1 n° 2027 du 12 janvier 2006

Décret n° 2005-1016 du 23 août 2005 (JO du 25 août) pris pour l'application de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale (deuxième partie : décrets en Conseil d'État).

Décret pénalités.

Articles L162-22-17 et L162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Loi n° 99-477 du 9 juin 1999.

Circulaire DHOS/O2/DGS/SD n° 2002-98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement. Modalités de prise en charge de l'adulte nécessitant des soins palliatifs (ANAES décembre 2002).

Sites internet

<http://www.atih.santé.fr>

<http://www.ameli.fr>

ANNEXE 1

Principes de la tarification à l'activité pour le financement des établissements de santé des secteurs public et privé

Financements directement liés à l'activité

✓ Les prestations d'hospitalisation

- Les séjours et soins avec ou sans hébergement,
- Les soins dispensés aux urgences,
- Les prélèvements d'organes,
- Les soins non programmés hors services d'urgence.

✓ Les actes et consultations externes (ex-DG)

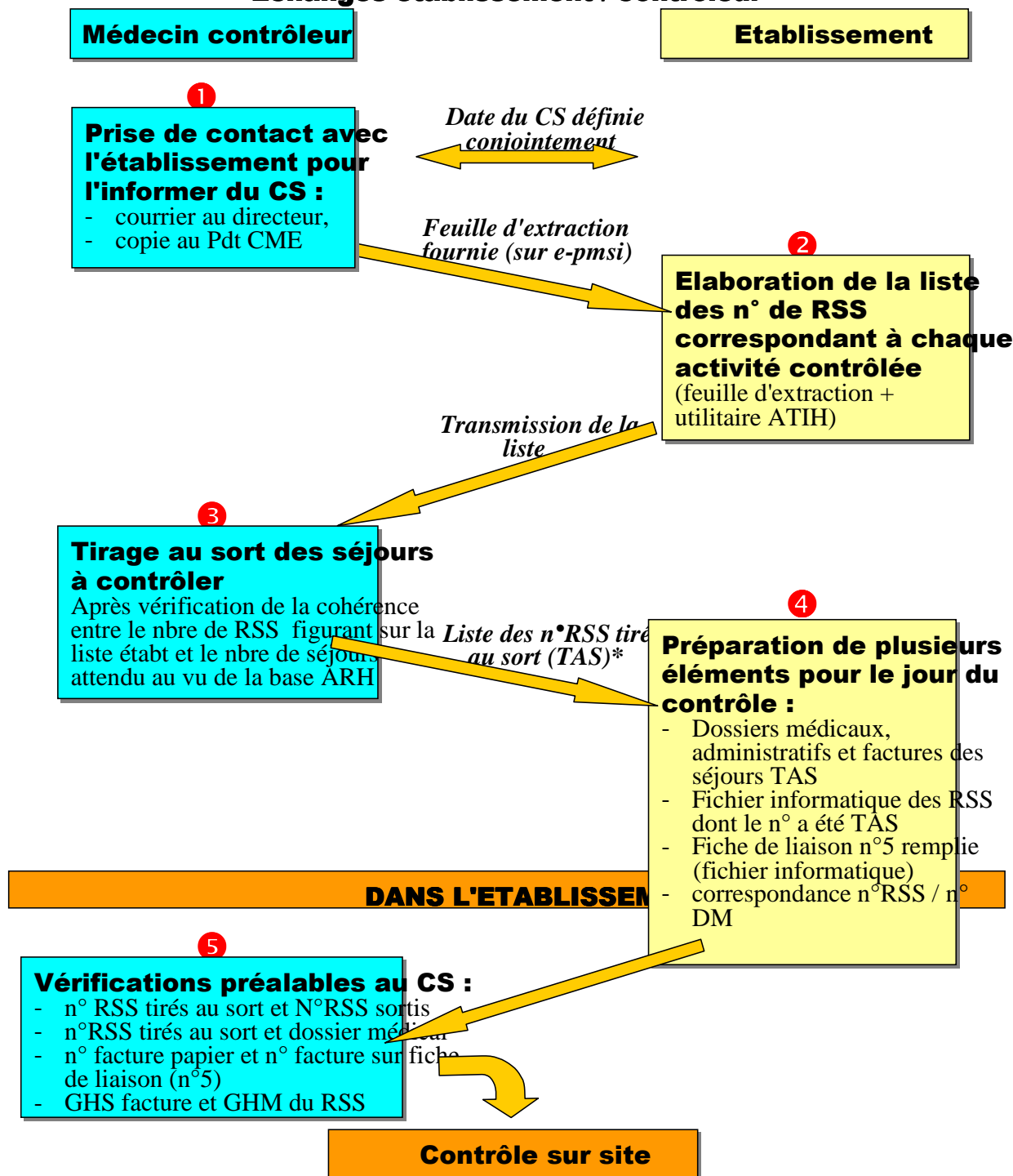
FORFAITS ANNUELS
URGENCE, PRELEVEMENTS,
TRANSPLANTATIONS

Autres financements (dotation)

MISSIONS D'INTERET
GENERAL
ET D'AIDE A LA
CONTRACTUALISATION
(MIGAC)

ANNEXE 2

Principales étapes préalables au contrôle sur site (CS) Echanges établissement / contrôleur



* tous les courriers adressés au DIM le sont sous couvert du directeur de l'établissement

ANNEXE 3 - Modèle de bordereau S 3404

établissements de santé privés – bordereau de facturation

n° 12278*01 articles R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

date d'élaboration

identification de l'établissement dont n° FINESS _____ **références à rappeler** N° LOT _____ N° FACTURE _____ N° D'ENTREE _____ N° FEUILLET _____ **signature de l'assuré(e)** _____

coefficient MCO : _____

le bénéficiaire des soins **l'assuré(e)** (ou, si différent, voir le bénéficiaire des soins)

nom de naissance et prénom(s) _____ nom de naissance et prénom(s) _____
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage) (suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

n° d'immatriculation et clé _____ à défaut, date et rang de naissance _____ n° d'immatriculation et clé _____
(suivi s'il y a lieu du nom d'usage)

code organisme de _____ date début _____ adresse _____
 entrée le _____ à _____ heures - sortie le _____

conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins soins en rapport avec _____
 maladie _____ code exonération _____

maternité _____ date du début de grossesse ou date d'accouchement _____ AT/MP _____ **accident causé par un tiers, non** _____ **oui** _____
(raissons structurels (cas sous 1)) (raissons structurels (cas sous 2))

date	de	à	DMT	n°	GHS	période		prix unitaire	ant. tité	co. eff.	montant facturé	co. ex. des. o.	date	de	à	DMT	n°	GHS	période		prix unitaire	ant. tité	co. eff.	montant facturé	co. ex. des. o.
						du	au												du	au					
sous-total 1												sous-total 2													

produits de la LPP facturables ET spécialités pharmaceutiques (joindre la prescription)

date	de	à	DMT	n°	GHS	n° d'identification du prescripteur	date de prescription	date d'implantation	libellé	code	tarif de référence ou prix unitaire	quantité	montant facturé	co. ex. des. o.
sous-total 3												sous-total 4		

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire **joindre la prescription médicale**

date	de	à	n°	GHS	numéro d'identification du prescripteur	numéro d'identification de l'exécutant	date des actes	date de la prescription	n°	GHS	code acte ou lettre-clé	act. prat. é.	actes effectués	quantité ou coefficient	honoraires facturés	dép. ass.	dép. auto. cov.
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	

transfert provisoire – n° FINESS établissement 1 _____ **n° FINESS établissement 2** _____

MANDATAIRE(S) _____

MONTANT TOTAL en euros (_____ **l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire** _____ **l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire** _____

signature du directeur de l'établissement _____

Le règlement est effectué conformément au choix fait par le praticien.
 La loi rend possible d'amende ou de emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.377-1 et L.471-3 du Code de la sécurité sociale, 441-1 du Code pénal)
 Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations services, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle.
 En application de la loi du 6 janvier 1978, vous pouvez obtenir communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

S 3404

ANNEXE 4

Méthode d'échantillonnage des séjours contrôlés : argumentaire statistique*

Eléments de justification du nombre de dossiers (100) à contrôler

Une taille d'échantillon fixée à 100 dossiers permet, d'une part, de maintenir la charge de travail des médecins contrôleurs dans une mesure acceptable, et d'autre part, d'assurer une validité statistique suffisante aux résultats qui en sont extraits.

Sur le plan statistique, un échantillon de 100 individus permet d'obtenir une précision inférieure à plus ou moins 10% autour d'un taux d'anomalies de 30% par exemple. Rappelons cependant que nous travaillons ici sur une prestation ciblée, potentiellement anormale, et que l'estimation du taux d'anomalies ne peut être extrapolée qu'à la prestation en question. En aucun cas, cette estimation du taux d'anomalies ne pourra être appliquée à l'ensemble de l'activité de l'établissement contrôlé.

De plus, le taux d'anomalies n'est pas en soi utile au contrôle tel que défini ici puisqu'il s'agit avant tout de déterminer un taux de surfacturation qui permettra de fixer la sanction. Certes, ce taux de surfacturation dépendra du nombre d'anomalies identifiées dans l'échantillon, mais il dépendra surtout des conséquences en matière de facturation de chacune de ces anomalies. Ces conséquences pouvant être éventuellement très différentes d'une anomalie à une autre, il n'est donc pas possible de déterminer un niveau de précision *a priori* du taux de surfacturation.

La logique retenue ici n'étant pas celle d'une extrapolation des résultats obtenus à partir de l'échantillon, les techniques de calcul du nombre de sujets nécessaires ne sont pas vraiment adaptées pour justifier une taille d'échantillon. D'autant plus que dans un certain nombre de cas, le tirage des 100 dossiers se fera sur une base de sondage de moins de 1000 individus, nécessitant alors l'emploi d'un coefficient d'exhaustivité qui conduira à l'obtention d'une précision plus fine, autorisant alors le tirage d'un échantillon de taille plus réduite.

Il faut cependant que cette taille d'échantillon reste suffisante pour avoir la quasi certitude d'identifier une anomalie même dans le cas où le taux présumé d'anomalies pourrait être bas. En prenant un taux d'anomalies relativement faible, de 5%, un échantillon de 100 individus nous permet d'avoir plus de 99% de chances de dénombrer au moins une anomalie parmi les 100 dossiers tirés au sort. Si l'on réduit la taille de l'échantillon à 80 dossiers, avec un taux d'anomalies toujours de 5%, le risque de n'observer aucune anomalie dans les 80 dossiers sélectionnés serait déjà de près de 2%.

Une sélection de 100 dossiers pour contrôler la facturation d'une prestation permet donc à la fois de tenir compte de la charge de travail des médecins contrôleurs, d'assurer le calcul du taux de surfacturation sur un nombre de dossiers statistiquement suffisant et d'avoir la quasi certitude d'identifier au moins une anomalie dans l'échantillon, même en cas de ciblage peu efficace.

Dans certains établissements, le nombre de dossiers correspondant à la prestation ciblée n'atteindra pas la centaine. Dans ce cas, le contrôle se fera sur l'exhaustivité de la prestation et le calcul de la surfacturation correspondra alors exactement aux erreurs de facturation identifiées.

**Analyse statistique réalisée par le service statistique de la direction du service médical de la CNAM-TS*

ANNEXE 5

Pièces constitutives du dossier médical

Le décret n°2003-462 du 21 mai 2003 reprend l'article R. 1112-2 du code de la santé publique, qui est ici reproduit :

Art. R. 1112-2. - Un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé. Ce dossier contient au moins les éléments suivants, ainsi classés :

1° Les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier, et notamment :

- a) La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- b) Les motifs d'hospitalisation ;
- c) La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- d) Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- e) Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- f) La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- g) Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- h) Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L. 1111-4 ;
- i) Le dossier d'anesthésie ;
- j) Le compte rendu opératoire ou d'accouchement ;
- k) Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- l) La mention des actes transfusionnels pratiqués sur le patient et, le cas échéant, copie de la fiche d'incident transfusionnel mentionnée au deuxième alinéa de l'article R. 1221-40 ;
- m) Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ;
- n) Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- o) Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- p) Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour. Elles comportent notamment :

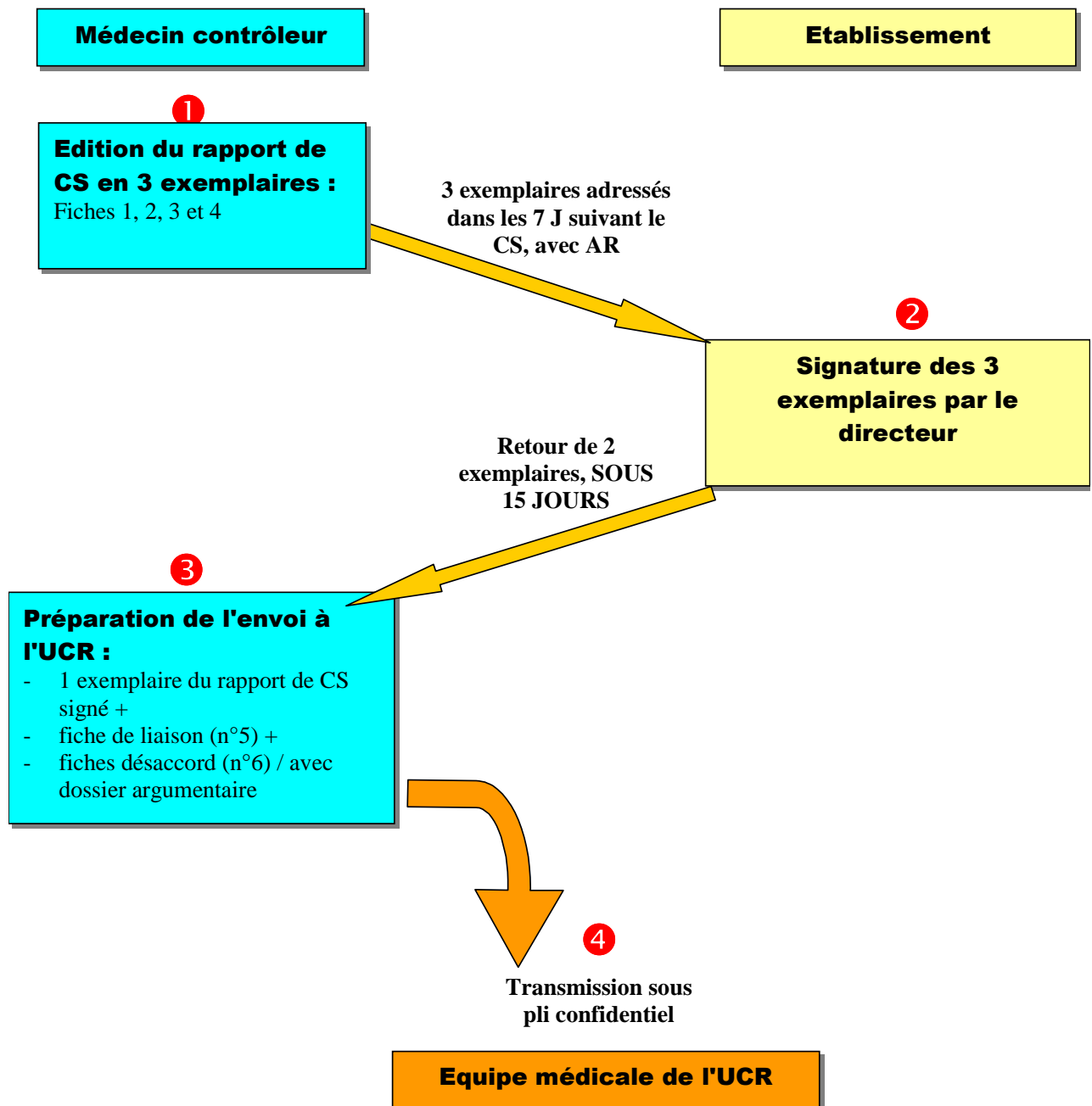
- a) Le compte rendu d'hospitalisation et la lettre rédigée à l'occasion de la sortie ;
- b) La prescription de sortie et les doubles d'ordonnance de sortie ;
- c) Les modalités de sortie (domicile, autres structures) ;
- d) La fiche de liaison infirmière ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers.

Sont seules communicables les informations énumérées aux 1° et 2°.

ANNEXE 6

Etapes de travail du médecin contrôleur à l'issue du contrôle sur site



ANNEXE 7

Procédure de saisine de l'expertise de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) dans le cadre du précontentieux faisant suite à un contrôle externe T2A

SAISINE DE L'ATIH

1- Qui peut saisir l'ATIH ? Le responsable de l'UCR

A partir de 2007, la saisine, conformément au *Guide du contrôle externe*, doit être faite par le président de l'UCR de la région. Il est souhaitable que les UCR (unité de coordination régionale) regroupent les cas et fassent des demandes d'avis groupées. En cas de désaccord, avant l'étape contentieuse, l'établissement doit s'adresser à l'UCR ou à l'ARH (agence régionale de l'hospitalisation) s'il estime que l'ATIH doit être saisie (*cf. circulaire DHOS 303 du 31 juillet 2007*). Un établissement peut interroger l'ATIH sur les règles de codage mais ne peut pas saisir l'ATIH à la place de l'UCR pour une expertise précontentieuse. L'UCR apprécie la nécessité d'une saisine de l'ATIH.

2 – Pour quelles questions l'ATIH est-elle compétente ?

Sur les questions suivantes :

- codage de toutes les variables du résumé de séjour (RSA)
- hiérarchisation des diagnostics en fonction des situations cliniques décrites dans le guide méthodologique de production des résumés du PMSI,
- groupage en GHM d'un RSA en fonction de ses informations.

L'ATIH n'est pas compétente et ne répondra pas aux questions relevant

- des définitions médicales d'une affection et de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic,
- de la pertinence des soins,
- des honoraires médicaux,
- ou sur le bien fondé du classement d'un RSA dans un GHM en fonction des prestations. Elle ne peut que vérifier et valider le groupage au vue des informations contenues dans le RSA.

3 – Quelle est la procédure de saisine ?

L'UCR adresse un courrier signé, comportant un dossier dûment renseigné conforme au cadre proposé par l'ATIH, avec une version électronique en copie.

Le responsable de l'UCR adresse un **courrier à la directrice de l'ATIH** comportant le ou les dossiers sur lesquels l'avis est sollicité.

L'ATIH, pour pouvoir se prononcer, a besoin de cerner de manière claire et non biaisée la situation clinique, les objectifs de prise en charge et les soins réalisés pendant le séjour faisant l'objet d'une vérification. En complément de ces éléments descriptifs, les propositions de codage et de hiérarchisation des deux parties accompagnées des argumentaires doivent être transmises.

L'ATIH n'ayant pas accès au dossier du patient, il convient que l'UCR sollicitant un avis fournisse les pièces suivantes :

Pour chaque situation faisant l'objet d'une demande d'expertise, le dossier doit comporter :

- a) **un résumé du cas clinique** comportant les éléments permettant à l'ATIH de se prononcer
- b) **le codage réalisé par l'établissement** et son **argumentaire** (éventuellement le codage modifié proposé lorsque l'établissement reconnaît une erreur dans le RSS)
- c) **le codage proposé par le contrôleur** ou l'UCR et son **argumentaire** et identifiant les différents types d'informations (diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostic associé significatif, actes, et éventuellement les autres informations pertinentes : ex durée de séjour, mode d'entrée ou de sortie, IGS, etc...)
- d) le type d'information sur lequel l'avis est sollicité (hiérarchisation, codage de diagnostics, d'actes, etc...)
- e) la **fiche argumentaire n° du rapport de contrôle** pour les cas en cause (celle qui comporte les observations du contrôleur et du DIM en cas de divergence).

Une **grille de saisine-type** téléchargeable est proposée par l'ATIH. Pour faciliter leur analyse et la diffusion des réponses, les questions doivent être présentées dans ce cadre.

Une fiche différente doit être faite pour chaque question de codage, (on ne doit pas attendre plusieurs réponses sur une même fiche). Par contre, une même situation clinique peut concerner plusieurs établissements ou plusieurs séjours dans un établissement, il n'est pas nécessaire de reproduire la fiche autant de fois que le cas clinique se présente, mais s'il comporte des variantes pouvant modifier la hiérarchisation ou le codage, alors il convient de les distinguer.

Afin de raccourcir les délais et de faciliter la mise en forme, une **version électronique** du dossier de saisine sera transmise à l'ATIH en parallèle du courrier.

4 - Réponse de l'ATIH et diffusion

L'ATIH transmettra son expertise sur la base des éléments qui lui auront été fournis. La réponse comportera les principes de raisonnement et les références réglementaires et documentaires utilisées.

La réponse sera adressée par courrier au responsable de l'UCR dans un délai maximal d'un mois après réception de la saisine, avec une copie par voie électronique. Si l'initiative de la saisine de l'ATIH émane du DARH, la réponse lui sera également adressée. Dans tous les cas, la case identifiant l'origine de la saisine – DARH ou UCR – doit être renseignée sur la grille de saisine.

L'UCR ayant saisi l'agence s'engage à **informer les établissements concernés** des cas soumis à expertise et de la réponse apportée par l'ATIH. Une diffusion de l'ensemble des cas au

COTRIM est par ailleurs recommandée afin d'homogénéiser les pratiques de codages et de limiter les recours.

A des fins d'amélioration de la qualité du codage, **l'ATIH publiera sur son site Internet** les situations cliniques ayant fait l'objet d'une saisine, sans référence aux établissements concernés sous forme de question-réponse dans les foires aux questions (FAQ). Un **rapport annuel des saisines** sera également accessible sur ce site et sera remis au groupe national de suivi des contrôles T2A, émanation du conseil de l'hospitalisation.

A des fins d'amélioration de la qualité du codage, **l'ATIH publiera sur son site Internet** les situations cliniques ayant fait l'objet d'une saisine, sans référence aux établissements concernés sous forme de question-réponse dans les foires aux questions (FAQ). Un **rapport annuel des saisines** sera également accessible sur ce site et sera remis au groupe de suivi des contrôles T2A, émanation du conseil de l'hospitalisation.

GLOSSAIRE

. ACTE CLASSANT

Acte marqueur d'une différenciation statistique de consommation de ressources au cours d'une hospitalisation. Sa mention sur le RUM est indispensable car elle influe sur l'affectation du séjour dans le GHM adéquat au moment du groupage.

. ALGORITHME, ARBRE DE DECISION

Ensemble de tests successifs réalisés par la "fonction groupage" sur les informations contenues dans le RSS et conduisant au classement de chaque séjour dans un groupe et un seul. Il existe un arbre de décision par Catégorie Majeure (CM et CMD en court séjour MCO). L'ensemble de ces arbres de décision constitue l'algorithme de la classification des GHM.

. A.T.I.H.

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : établissement public à caractère administratif, placé sous la tutelle des Ministres chargés de la Santé et de la sécurité sociale, né de la volonté de renforcer l'efficacité du dispositif PMSI en regroupant dans une seule entité les activités permettant de produire le PMSI.

Les activités permettant de produire le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) étaient auparavant assumées par l'Etat et réparties entre trois structures, la mission PMSI de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS), le centre de traitement de l'information du PMSI (CTIP) de l'université PARIS V et le pôle d'expertise et de référence nationale des nomenclatures de santé (PERNNS) situé à Lyon.

L'ATIH a pour mission principale le traitement des informations médicales, administratives et économiques, ainsi que la maintenance et l'évolution des outils du PMSI.

. CASEMIX

Anglicisme désignant l'éventail des cas traités, décrit par le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

. C.C.A.M.

Classification Commune des Actes médicaux : nouvel outil de codage des actes techniques médicaux, commun au champ hospitalier et au champ de la médecine libérale. Elle a remplacé le CdAM utilisé pour le codage des actes dans le cadre du PMSI et la NGAP utilisée notamment pour la facturation des honoraires médicaux (et des actes externes dans les établissements publics). L'utilisation de la CCAM pour le codage des résumés de sortie du PMSI est rendue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2004.

.C.I.M- 10

Classification Internationale des Maladies, publiée par l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) et régulièrement actualisée : utilisée pour coder les diagnostics (diagnostic principal, relié, associés) dans les résumés de sortie du PMSI.

.C.M. ET C.M.D.

La classification PMSI-MCO est structurée en 29 Catégories Majeures (CM), dont 25 Catégories Majeures de Diagnostics (CMD) correspondant, le plus souvent, à un système fonctionnel (exemple : affections du système nerveux, de l'œil...). Les CM se distinguent des CMD par le fait que l'orientation des RSS ne s'y fait pas par un test portant sur le diagnostic principal. C'est le cas de la CM24, puisque c'est la durée de séjour qui est déterminante pour qu'un résumé de séjour soit orienté dans cette catégorie, ainsi que de la CM n°27 des "transplantations d'organes", de la CM n°28 des "séances" et de la CM n°90 des "erreurs et autres séjours inclassables".

Les CM et CMD sont subdivisées en plusieurs GHM selon les diagnostics, les actes effectués, ou d'autres critères.

.C.O.T.R.I.M.

Comité Technique Régional de l'Information Médicale : organe technique de concertation réunissant dans chaque région, sous l'égide de l'agence régionale de l'hospitalisation, des médecins-inspecteurs des DDASS et des DRASS, des médecins-conseils des trois principaux régimes d'assurance maladie, des médecins de DIM et des directeurs des établissements de santé des deux secteurs d'hospitalisation. Il est chargé de veiller à la validité de l'information médicale produite et peut être consulté sur les utilisations qui en sont faites.

.DATIM

Outil informatique de Dépistage des Atypies de l'Information Médicale, utilisé dans le contrôle externe régional en amont des contrôles sur site, pour participer à l'élaboration du programme de contrôle régional.

.D.I.M. ou S.I.M.

Le Département, ou Service, de l'Information Médicale est chargé, au sein de chaque établissement de santé, de développer et d'animer le système d'information hospitalier. Avec ses outils informatiques et ses compétences, il est au service de tous les acteurs hospitaliers de l'établissement pour ce qui concerne notamment la connaissance des activités cliniques, la liaison entre les données économiques et médicales, le suivi des soins infirmiers. Dans le cadre du dispositif de mesure de l'activité et des coûts à l'aide des outils du PMSI, le médecin responsable du DIM produit les RSS à partir des informations transmises par les différents services, contrôle la qualité des données transmises, les anonymise et les transmet à l'ARH.

. D.P.

Item du résumé standardisé de sortie, le diagnostic principal est considéré par le médecin responsable du malade à la fin de son séjour dans une unité médicale MCO comme le diagnostic de la pathologie* ayant mobilisé l'essentiel de l'effort médical et soignant. La mention du diagnostic principal dans le RUM est essentielle car elle détermine largement l'affectation du séjour dans la CMD adéquate (ou le groupe adéquat) au moment du groupage.

* (terme employé ici au sens large, il peut s'agir d'une maladie ou bien d'une symptomatologie restée sans diagnostic étiologique ou encore d'un facteur influençant l'état de santé ou d'un motif de recours au service)

. FONCTIONS - GROUPAGE

Propriétés de l'Etat, ces modules informatiques sont à disposition des sociétés de service développant les "logiciels groupeurs" adaptés au PMSI-MCO (mais aussi au PMSI-SSR). L'évolution des procédures de soins, des nomenclatures, ainsi que l'amélioration de la classification des GHM induisent une actualisation permanente de ces modules. La T2A induit la production, au moment du groupage, d'informations destinées au financement de l'activité. Une fonction groupage adaptée ("FG-T2A") est réalisée en ce sens.

. G.H.M.

La classification en GHM repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le PMSI en un nombre limité de groupes de séjours, dits Groupes Homogènes de Malades, présentant une similitude médicale et un coût voisin. Elle permet un classement exhaustif et unique : tout séjour aboutit dans l'un des groupes de la classification, selon un algorithme de décision qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le RSS.

. G.H.S

Dans le cadre de la T2A, à chaque GHM est affecté un tarif (généralement unique). Le Groupe Homogène de Séjour qualifie la prestation hospitalière facturée.

. M.A.T2A

Mesure de l'activité dans le cadre de la T2A : cet outil informatique remplace MAHOS, pour la préparation et le suivi des campagnes de financement des établissements de santé.

. RSF / RSFA

Les établissements de santé privés (et publics dès 2006) sont tenus de produire, parallèlement aux RSS, des résumés standardisés de facturation contenant des données de facturation se rapportant aux mêmes séjours que ceux contenus dans les fichiers de RSS. Chaque RSF anonymisé devient alors RSFA, et est couplé au RSA correspondant. Cette opération de couplage/anonymisation est réalisée par le logiciel AGRAF.

. R.S.A.

Le Résumé de Sortie Anonyme permet la transmission d'informations médicalisées à l'extérieur de l'établissement, par anonymisation du RSS. La production des RSA est automatisée : à partir du fichier de RSS, le médecin responsable du DIM utilise un logiciel* pour produire le fichier de RSA. Ce logiciel est GenRSA (générateur de RSA) dans les établissements publics, AGRAF dans les établissements privés.

* produits par l'ATIH

. R.S.S.

Un Résumé de Sortie Standardisé est produit pour tout séjour hospitalier, réalisé dans le champ d'activité MCO décrit par le PMSI. Chaque R.S.S. est constitué d'un ou plusieurs Résumé(s) d'Unité Médicale - R.U.M

. R.U.M.

Un Résumé d'Unité Médicale est produit à la fin de chaque séjour de malade dans une unité médicale assurant des soins de courte durée, quel que soit le mode de sortie de cette unité. Le RUM contient un nombre limité d'informations d'ordre administratif et médical, qui doivent être systématiquement renseignées et codées selon des nomenclatures et des classifications standardisées, afin de bénéficier d'un traitement automatisé.

. S.N.I.I.R.A.M.

Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie : système mis en place par les régimes d'assurance maladie permettant de connaître les dépenses de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, l'évaluation entre les enveloppes financières, la comparaison des pratiques des professionnels. Ce système d'information permet, dans le cadre du contrôle externe régional, de repérer les éléments utiles au calcul des sanctions financières.

. T2A

Tarification à l'Activité : réforme du financement des établissements de santé mise en œuvre depuis le 1^{er} janvier 2004 dans les établissements anciennement sous dotation globale, et à compter du 1^{er} mars 2005 dans les établissements privés anciennement sous OQN. Son principe consiste à financer les établissements sur la base de l'activité réellement produite (appréciée notamment au travers des GHM et donnant lieu à "forfait au séjour").