

LE GUIDE

du

Contrôle

Externe

MCO

Septembre 2012

Avertissement

Les évolutions législatives et réglementaires ont introduit de nouvelles dispositions en matière de contrôle externe de la tarification à l'activité. Dans ce contexte particulier, le groupe national de suivi du contrôle externe de la tarification formé de la DGOS, la DSS, l'ATIH et l'UNCAM a révisé le guide du contrôle externe.

Cette révision a été accompagnée d'une consultation des fédérations hospitalières et des médecins contrôleurs.

A l'occasion de cette consultation, une réflexion a été initiée sur **les champs de contrôle, l'expertise, la saisine de l'ATIH et la transmission électronique du rapport de contrôle.**

La présente édition fait l'objet d'une actualisation suite aux travaux sur les champs de contrôle.

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.

Préambule

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité »¹. À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge : **c'est la définition même du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).**

Pour les séjours hospitaliers en soins de courte durée, médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO), cette analyse est fondée sur le recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales, qui constituent le résumé de sortie standardisé (RSS).

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatique aboutissant pour les établissements MCOO au classement des RSS en un nombre volontairement limité de groupes cohérents du point de vue médical et des coûts : les groupes homogènes de malades (GHM).

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé (tarification à l'activité) ;
- pour l'organisation de l'offre de soins (planification).

Les établissements de santé public ou privé, déclarent leur activité à des fins de tarification auprès des Agences Régionales de Santé et des organismes de sécurité sociale.

La tarification à l'activité (T2A) a été introduite dans les établissements de santé publics en 2004 et dans les établissements de santé privés en 2005.

La T2A a pour objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé.

La T2A est un mode de financement dans lequel

- pour les MCOO chaque séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) correspondant à un groupe homogène de séjours (GHS) faisant l'objet d'un tarif,

Le contrôle externe vise à s'assurer de la juste application des législations de Sécurité sociale, l'exactitude du codage décrivant strictement la mobilisation des moyens nécessaires à la prise en charge du patient.

¹ Articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

En application des dispositions de l'article L. 162-22-6 du code de sécurité sociale, les organismes de sécurité sociale contrôlent la bonne application des règles de facturation et de codage fixées.

L'Assurance Maladie finance en moyenne chaque année 93% des dépenses hospitalières Elle veille à l'équilibre des dépenses avec les ressources publiques qui lui sont affectées.

Le précédent **guide du contrôle externe** publié en octobre 2004 par l'Etat et l'Assurance Maladie a été conçu à l'usage des contrôleurs et des établissements de santé, principalement pour définir la méthode de contrôle et expliciter les modalités pratiques de sa mise en œuvre.

L'évolution réglementaire² et la jurisprudence ainsi que le retour d'expériences de cinq campagnes de contrôle ont rendu nécessaire la refonte du guide du contrôle externe.

Cette nouvelle édition est le fruit d'une large consultation entre l'Etat et l'Assurance Maladie d'une part et d'autre part entre l'Etat, l'Assurance maladie et les fédérations hospitalières.

Au-delà des actualisations réglementaires, cette édition est également l'occasion d'insister sur une exigence fondamentale pour l'Etat et l'Assurance Maladie : celle de faire reposer le contrôle externe de la tarification d'un établissement de santé sur une procédure contradictoire entre établissement et équipe de contrôle.

Le guide doit ainsi constituer un outil de communication entre les établissements de santé et l'Agence Régionale de santé et les équipes de contrôle.

Ce guide rappelle les principes fondamentaux du contrôle externe reposant sur une analyse approfondie et détaillée des données médico administratives produites à des fins de facturation.

Il constitue enfin l'occasion de rappeler que les contrôles externes sont faits par l'Etat et l'Assurance Maladie.

Conçu comme un outil au service tant des établissements de santé que de l'Etat et de l'Assurance Maladie, le guide a vocation à apporter aux équipes de contrôle, aux Agences régionales de Santé le soutien nécessaire dans leur démarche de contrôle externe, à réduire le contentieux et à permettre, conformément au principe de transparence, à tout établissement de santé qui le souhaite d'accéder aux principes et méthodes qui orientent l'Etat et l'Assurance Maladie dans leurs décisions de notification de sommes indûment payées ou de sanctions financières.

Conformément aux principes qui figurent dans " la *Charte* ³ ", ce guide répond au souci d'apporter une plus grande équité de traitement, une plus grande sécurité juridique aux établissements de santé et aux équipes de contrôle tout en concourant à harmoniser les pratiques de ces équipes. Il s'inscrit pleinement dans la démarche

² décret n°2011-1209 du 29 septembre 2011

³ *Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé*

engagée par l'Etat et l'Assurance Maladie d'améliorer les garanties offertes aux établissements de santé.

Ce guide présente les dispositions mises en oeuvre en matière de contrôle par les organismes de sécurité sociale et les Agences Régionales de Santé.

Ce guide est divisé en deux parties :

1. La première partie est une présentation du dispositif du contrôle externe de la tarification à l'activité
2. La deuxième partie est consacrée à la description des différentes étapes du contrôle externe de la tarification à l'activité à l'aide de fiches méthodologiques

Sommaire

PREMIÈRE PARTIE.....	9
LE CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE.....	10
Pourquoi un contrôle ?	10
Qui pilote le dispositif du contrôle externe ?.....	10
Qui définit les priorités nationales ?.....	11
Qui met à disposition les outils du contrôle ?.....	11
Qui met à disposition les informations sur les contrôles ?	12
Qui peut être contrôlé ?.....	12
Sur quelles prestations ?	12
Comment sont ciblés les activités et les établissements de santé ?.....	12
Qui décide du programme de contrôle ?.....	13
Quelle est la communication sur les priorités nationales et régionales?	13
Comment sont avisés les établissements de santé?	14
Comment sont sélectionnés les RSA à contrôler ?.....	15
Comment les dossiers sélectionnés sont connus par les établissements de santé ?	15
Qui contrôle ?	15
Qui est présent lors du contrôle ?.....	16
Où se déroule le contrôle ?	16
Sur quelles périodes porte le contrôle ?.....	16
Comment se déroule le contrôle ?.....	17
Comment se déroule la concertation ?	18
La concertation concerne tous les dossiers contrôlés.	19
Après le contrôle.....	19
Que se passe-t-il à l'issue des opérations de contrôle ?.....	19
Quels sont les constats à l'issue du contrôle et les actions alors engagées ?.....	21
Comment est préparé le dossier de sanction ?.....	21

Comment est calculée la sanction financière maximale ?	21
Quelle est la procédure d'engagement d'une notification de sanction financière ?	22
Comment est notifiée la sanction ?.....	22
Les procédures de recours dont dispose l'établissement.....	23
Demande d'avis auprès de l'ATIH.....	23
Recours portant sur la notification des sommes à payer	23
Recours portant sur les sanctions	24
Suivi du contentieux de la sanction	24
Suivi des sanctions notifiées par les ARS suite aux contrôles de la T2A (SUSANA).....	24
DEUXIEME PARTIE.....	25
FICHES METHODOLOGIQUES DU CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION	25
I. ELABORATION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE.....	26
I.1. Ciblage.....	26
I.2. Préparation et rédaction du projet de programme de contrôle	29
II. PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE.....	35
II.1. Echanges avec l'établissement	35
II.2. Préparation des contrôleurs.....	40
III. CONTROLE SUR SITE.....	43
III.1. Vérification des informations transmises par l'établissement sur les bases PMSI	43
III.2. Concertation.....	48
III.3. Elaboration du rapport.....	52
III.4. Transmission du rapport à l'UCR.....	55
IV. OBSTRUCTION AU CONTROLE.....	57
V. SUITE DU CONTROLE SUR SITE.....	61
V.1. Traitement du rapport de contrôle.....	61
V.2. Saisine de l'ATIH.....	66
VI. PROCEDURE DE SANCTIONS.....	70

VI.1. Préparation du dossier de sanction.....	70
VI. PROCEDURE DE SANCTIONS.....	74
VI.1bis Calcul des montants maximum des sanctions.....	74
VI.2. Constitution du dossier de sanction	77
VII. NOTIFICATION DE LA SANCTION	80
VIII. SUIVI DU CONTENTIEUX DES SANCTIONS.....	84
LEXIQUE.....	87
ANNEXES	88

PREMIÈRE PARTIE

PRESENTATION DE LA PROCEDURE DU CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

LE CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE

Pourquoi un contrôle ?

Le financement des établissements de santé exerçant des activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie repose sur une déclaration d'activité de ces établissements de santé.

Ce système déclaratif implique, en contrepartie, un contrôle du respect des règles de codage, de facturation et des règles de législation de Sécurité sociale.

Le contrôle permet de vérifier les modalités d'application des règles de facturation et de codage ainsi que l'exactitude des informations médico administratives produites au cours d'un séjour. Il permet de qualifier les faits qui expliquent une situation statistiquement atypique en matière de surfacturation à l'origine du ciblage.

Le contrôle externe de la tarification vise à inciter les établissements de santé à engager des procédures qualité sur leurs processus de codage et de facturation pour éviter que des erreurs et des manquements pénalisent les finances de l'assurance maladie.

Le contrôle externe doit engager les établissements de santé au strict respect des règles de facturation et de codage.

Le contrôle, réalisé par les Agences régionales de santé et l'Assurance maladie, est donc destiné à garantir la juste application des législations de Sécurité sociale, l'exactitude du codage et le respect des règles de facturation. Le contrôle externe doit dissuader les établissements de santé de transgresser les règles de facturation et de codage.

.

Le contrôle externe concourt à la régulation des dépenses hospitalières.

Qui pilote le dispositif du contrôle externe ?

Au niveau national

L'Etat et l'Assurance maladie pilotent le dispositif du contrôle externe de la tarification ; à cette fin, un groupe technique, émanation du Conseil de l'hospitalisation, a été mis en place pour assurer le suivi des contrôles externes de la tarification à l'activité.

Ce groupe de suivi national est composé de représentants de la Direction de la Sécurité Sociale, (DSS) la Direction Générale de l'Offre de Soins, (DGOS) l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation, (ATIH) et l'Assurance Maladie.

En 2011, les missions de l'Observatoire économique de l'Hospitalisation publique et privée sont élargies au suivi des contrôles externes.

L'Etat et l'Assurance Maladie présentent chaque année aux fédérations hospitalières les priorités nationales fixées par le Conseil de l'Hospitalisation.

Au niveau régional

Le contrôle externe est un contrôle régional, dont le pilotage est confié au directeur général de l'ARS.

Le directeur général de l'ARS a un rôle décisionnel en matière de programme régional de contrôle externe et de sanctions.

Une instance technique Etat Assurance Maladie, unité de coordination régionale (UCR) est placée auprès de la commission de la contrôle, elle est chargée d'élaborer un projet de programme de contrôle, de coordonner la programmation, la réalisation des contrôles, l'utilisation des divers outils de contrôle, de réaliser la synthèse, l'interprétation des résultats, le calcul des sanctions selon le barème et de transmettre les informations nécessaires aux différentes instances ou organismes.

Est placée auprès du directeur général de l'ARS, une commission de contrôle, instance régionale où l'Etat et l'Assurance Maladie sont représentés à parité.

Cette commission de contrôle propose un programme régional de contrôle au directeur général sur la base d'un projet élaboré par l'unité de coordination régionale. La commission de contrôle donne un avis motivé sur la gravité des manquements constatés et sur le montant de la sanction envisagée.

Qui définit les priorités nationales ?

Les priorités de contrôle sont définies en tenant compte notamment des évolutions de l'activité des établissements de santé, de l'évolution de la réglementation ainsi que des contrôles antérieurs.

Chaque année, le Conseil de l'Hospitalisation définit les priorités nationales du contrôle externe de la tarification.

Qui met à disposition les outils du contrôle ?

L'ATIH met à disposition les outils d'alerte et de ciblage des activités à contrôler ainsi que des outils de calcul des sanctions maximales et de suivi des sanctions notifiées par les ARS (mis à disposition des ARSégalement).

L'Assurance Maladie met à disposition un outil de gestion des contrôles (OGC).

Qui met à disposition les informations sur les contrôles ?

Les informations sur les contrôles sont mises à disposition par l'Etat et l'Assurance Maladie.

Des réunions sont organisées par l'Etat et l'Assurance Maladie à raison de 3 à 4 par an avec les fédérations hospitalières.

De plus l'ATIH publie régulièrement un rapport annuel de saisines dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'information médicale produite ainsi qu'un bilan des campagnes de contrôle externe.

Qui peut être contrôlé ?

Tout établissement de santé dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité peut être contrôlé. Sont concernés les établissements de santé autorisés pour des activités dans les disciplines suivantes :

- médecine,
- chirurgie,
- obstétrique,
- odontologie,
- hospitalisation à domicile.

Sur quelles prestations ?

Toute activité hospitalière en médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, ayant donné lieu à admission et à l'élaboration d'un résumé de sortie est susceptible d'être contrôlée.

Toute activité hospitalière qui a donné lieu à facturation est concernée par le contrôle :

- les hospitalisations complètes,
- les hospitalisations à temps partiel, l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire, les hospitalisations de semaine,
- les prestations externes décrites dans l'arrêté du 25 août 2006.

Les activités de soins externes ne sont pas concernées par le contrôle externe de la T2A à l'exception de celle visées par l'arrêté du 25 août 2006 ainsi que les urgences non suivies d'hospitalisation.

Comment sont ciblés les activités et les établissements de santé ?

Le ciblage des établissements de santé et des champs de contrôle est établi en fonction :

- des priorités nationales de contrôle de l'année ;
 - des atypies de l'activité des établissements constatées dans la région ;
- de la connaissance des établissements de la région.

Qui décide du programme de contrôle ?

L'unité de coordination régionale (UCR), placée auprès de la commission de contrôle, analyse les bases du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), les données des tableaux de mesure de l'activité hospitalière de la tarification à l'activité (MAT2A) et de l'outil de détection des atypies de l'information médicale (DATIM), ainsi que les données du système informationnel de l'Assurance Maladie dans le respect des autorisations données par la Commission Nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

MAT2A est un outil mis à disposition par l'ATIH ; il est constitué d'un ensemble de tableaux décrivant l'activité de chaque établissement de santé. Il est destiné en premier lieu aux établissements de santé pour les aider à identifier leur activité. Il peut servir à l'UCR pour mettre en évidence des atypies de l'activité de certains établissements.

DATIM est un outil mis à disposition par l'ATIH. Il est constitué d'un ensemble de tests destinés à identifier des atypies portant sur les données de l'information médicale. Cet outil est, en premier lieu, destiné aux établissements de santé. Il leur permet, lors des transmissions mensuelles cumulatives, d'identifier des atypies et des défauts de qualité ; sur cette base, les établissements ont alors la possibilité de corriger leurs données avant que de procéder à la validation de la transmission. Cet outil est également utilisé par les UCR. Lorsque les transmissions de l'année de production sont terminées, il permet aux membres de l'UCR d'étudier les atypies mises en évidence par les tests DATIM.

L'UCR sélectionne à partir des résultats des analyses menées à l'aide de ces outils, les pratiques les plus atypiques pour les thèmes des priorités nationales.

L'UCR élabore un projet de programme tenant compte des priorités nationales et régionales et des résultats des requêtes mises en œuvre sur les bases de données

Le projet de programme est soumis à l'avis de la commission de contrôle de l'agence régionale de santé avant d'être présenté au directeur général de l'agence régionale de santé.

Le directeur général de l'agence régionale de santé établit in fine le programme régional annuel de contrôle externe.

Le directeur général de l'agence régionale de santé présente aux représentants des fédérations hospitalières de sa région les priorités régionales qu'il a définies ainsi que les priorités nationales du Conseil National de l'Hospitalisation

Quelle est la communication sur les priorités nationales et régionales?

L'Etat et l'Assurance Maladie présentent chaque année aux fédérations hospitalières les priorités nationales fixées par le Conseil de l'Hospitalisation.

Le directeur général de l'agence régionale de santé présente aux représentants des fédérations hospitalières de sa région les priorités régionales qu'il a définies ainsi que les priorités nationales du Conseil de l'Hospitalisation.

Comment sont avisés les établissements de santé?

Le contrôle externe de la tarification à l'activité est encadré par une procédure réglementaire.

Le directeur général de l'agence régionale de santé est tenu d'adresser au représentant légal de l'établissement de santé un avis de contrôle par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception

Cet avis de contrôle informe des activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels portent le contrôle, la période concernée par le contrôle, les débouchés potentiels (indus, sanctions financières).

Cet avis précède de quelques jours le premier contact du responsable du contrôle sur site pour organiser le contrôle. Le délai minimum entre la réception de l'avis du directeur général de l'agence régionale de santé et la date de début du contrôle sur site est de 4 semaines.

Le responsable du contrôle sur site doit adresser la confirmation de l'avis de contrôle par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception. Cet avis rappelle les informations de l'avis du directeur général de l'agence régionale de santé et précise la date de début et la date prévisible de fin de contrôle arrêtées d'un commun accord avec le responsable du département de l'information médicale, les modalités d'échanges de fichiers électroniques, les documents et supports à préparer (fiche de liaison avec les organismes de sécurité sociale, dossiers médicaux, bordereaux de facturation,..), les modalités de concertation.

Il mentionne expressément les engagements respectifs de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements de santé de la charte du contrôle de la tarification à l'activité.

D'autres documents nécessaires au contrôle pourront ultérieurement être demandés.

En cas d'empêchement⁴ de l'établissement, le responsable du contrôle peut être contacté pour convenir de nouvelles dates.

L'établissement de santé est tenu de mettre à disposition des personnes en charge du contrôle tout moyen de réaliser leurs missions de contrôle, les oppositions ou obstacles à ces contrôles sont passibles de sanctions financières.

Dès réception de l'avis de contrôle, l'établissement de santé ne peut plus, pour les séjours des champs de contrôle créer des fichiers LAMDA ou transmettre des factures rectificatives.

⁴ Liste indicative d'empêchements : panne du système d'information, absence prolongée du responsable de l'information médicale, incidents majeurs dans l'établissements de santé,...

Comment sont sélectionnés les RSA à contrôler ?

L'ATIH met à disposition des ARS, sur sa plateforme e-pmsi, un outil de sélection pour les contrôles de la T2A (OSCT). Celui-ci est destiné aux contrôleurs membres de l'UCR régionale habilités à l'utiliser (habilitation donnée par l'ARS conformément à l'organisation régionale retenue). Cet outil permet de sélectionner les séjours à contrôler.

Cet outil permet de réaliser des sélections selon les cinq modalités suivantes :

- requêtes libres,
- tests DATIM,
- requêtes prédéfinies,
- numéro de RSA,
- numéro de RSS.

Chaque sélection constitue un champ de contrôle. L'ensemble des champs de contrôle pour un même établissement est dénommé « panier de contrôle ».

L'action de validation du panier de contrôle (par les membres de l'UCR), génère la création d'une feuille d'extraction. L'établissement contrôlé peut alors accéder à cette feuille sur le site de l'ATIH via e-pmsi.

Comment les dossiers sélectionnés sont connus par les établissements de santé ?

L'ATIH met à disposition sur son site e-pmsi un outil de liaison avec les établissements appelé LEDDA (liaison avec les établissements des données de DATIM).

LEDDA est un utilitaire réalisé par l'ATIH ayant deux modules :

- le module A permet de générer un fichier de numéros de RSS candidats :
- le module B intervient après le tirage au sort réalisé par le contrôleur et permet de générer le fichier de RSS à contrôler.

Cet outil permet à l'établissement de télécharger les RSA sélectionnés par les UCR. L'établissement soumis au contrôle doit télécharger la feuille d'extraction via la plateforme e-pmsi de l'ATIH ainsi que la dernière version du logiciel. Avec un fichier présent dans son système d'information, il identifie les RSS correspondant aux RSA sélectionnés. C'est sur ces RSS que s'effectuera le contrôle sur site.

Qui contrôle ?

Les praticiens conseils de l'Assurance Maladie réalisent le contrôle⁵. Ils peuvent être accompagnés par toute personne placée sous leur responsabilité.

⁵ Art R.166-1 CSS

Les praticiens conseils et les personnes placées sous leur responsabilité sont soumis au secret médical et liés par le secret professionnel.

Qui est présent lors du contrôle ?

Le contrôle est un temps d'échange et de dialogue. C'est pourquoi un entretien avec le représentant légal de l'établissement de santé assisté du responsable du département de l'information médicale (DIM) est organisé en début et en fin de contrôle.

Lors du contrôle, le responsable du département de l'information médicale sera le principal interlocuteur du responsable du contrôle sur site, notamment lors de la concertation sur les dossiers.

Conformément au guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie : « *le praticien ayant dispensé les soins est garant pour ce qui le concerne de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il transmet pour traitement au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement.* »; les médecins responsables des activités, prestations ou séjours contrôlés peuvent participer à la concertation sur les dossiers en désaccord. Lors de la préparation du contrôle, l'organisation de la concertation est arrêtée d'un commun accord entre le responsable du département de l'information médicale et le médecin chargé de l'organisation du contrôle.

Où se déroule le contrôle ?

En règle générale, l'examen des dossiers, en rapport avec les séjours à contrôler, se déroule dans l'établissement de santé concerné, en un lieu unique mis à disposition des personnes en charge du contrôle.

Ce lieu doit permettre, pour toute la durée prévisible du contrôle, l'examen des dossiers (dossiers médicaux et administratifs, bordereaux de facturation, ...) et la tenue de la concertation dans de bonnes conditions.

Cas particulier

Lorsqu'un établissement est implanté sur plusieurs sites géographiques, le contrôle pourra s'organiser sur un ou deux site(s) supplémentaire(s) si le nombre de dossiers à contrôler sur ce site est supérieur à 300 dossiers. Le nombre de sites de contrôle par établissement est limité à 3 maximum.

Sur quelles périodes porte le contrôle ?

Le contrôle porte sur les prestations T2A versées au cours de l'année civile antérieure à l'année de la campagne de contrôle (campagne de contrôle n / prestations et activités de l'année n-1).

Comment se déroule le contrôle ?

Le contrôle repose, avant tout, sur un dialogue permanent entre le responsable du département de l'information médicale et le responsable du contrôle sur site. Les échanges participent à la prise en compte de l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation du contrôle.

Doivent donc être présentés aux personnes en charge du contrôle tous les documents et supports nécessaires.

Ces documents et supports sont :

- le fichier SecRSSCtl.zip généré par LEDDA,
- la fiche de liaison avec les organismes de sécurité sociale dûment renseignée,
- les dossiers administratifs et médicaux de la période contrôlée. Les dossiers médicaux comprennent les informations médico administratives élémentaires, conformément à l'article R.1112-1 du code de la santé publique, décrivant la mobilisation des ressources et moyens concourant à la prise en charge du patient,
- les bordereaux de facturation de la période contrôlée,
- la liste des séjours modifiés et leurs justificatifs, accompagnée des courriers d'approbation de l'agence régionale de santé en cas d'utilisation du logiciel LAMDA pendant la période contrôlée ou de l'édition des factures rectificatives auprès des Caisses Primaires d'Assurance Maladie.

Cette liste n'est pas exhaustive. Le responsable du contrôle sur site adaptant les modalités de sa vérification peut donc être amené à demander à l'établissement tout document et/ou support d'information supplémentaires, dans les conditions de l'article R. 166-1 du code de la sécurité sociale. A l'issue du contrôle sur site, l'absence de la communication des documents ou informations demandées conduira à un constat d'écart.

Les documents et supports font l'objet de copies par les personnes en charge du contrôle en tant que de besoin.

Le responsable du contrôle sur site ou une personne en charge du contrôle peut également interroger consulter les médecins responsables des activités, prestations ou séjours contrôlés notamment pour préciser la nature de la prise en charge du patient, des prestations ou des actes réalisés.

Afin de réduire la durée du contrôle et d'alléger les contraintes liées à la mise à disposition et à la vérification d'un volume important de dossiers, la méthode de contrôle utilisée est peut être, si le volume des séjours atypiques le nécessite, une méthode de vérification par échantillonnage pour chaque activité, prestation ou ensemble de séjours contrôlés.

Les activités, prestations ou ensemble de séjours contrôlés sont définis dans le programme régional de contrôle décidé établi par le directeur général de l'agence régionale de santé. Les caractéristiques de ces activités, prestations ou ensemble de

séjours sont communiquées dans l'avis de contrôle du directeur général de l'agence régionale de santé.

Lors du contrôle, le recodage des séjours, activités ou prestations prend en compte les éventuelles sur ou sous facturations de l'établissement de santé.

Comment se déroule la concertation ?

Au terme du contrôle de l'ensemble des séjours, ou après contrôle d'un champ donné, et selon la convenance des deux parties et le nombre total de dossiers contrôlés, la phase de concertation est réglementaire et obligatoire.

Il est souhaitable que cette concertation soit planifiée dès les premiers jours du contrôle, entre le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et le médecin responsable du département d'information de l'établissement (DIM).

A la date fixée, l'équipe de contrôle aura harmonisé les décisions concernant les séjours examinés pour chacun des champs contrôlés.

Un tableau récapitulatif des avis des médecins contrôleurs, sera remis au médecin responsable du DIM avant la tenue de la réunion de concertation.

Cette concertation réunit d'une part :

(1) Le médecin responsable du DIM, accompagné éventuellement d'un autre médecin du DIM et du ou des médecins cliniciens responsables des séjours contrôlés ; un technicien de l'information médicale peut également y assister.

Et d'autre part,

(2) Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site, assisté d'un ou de deux médecin(s) contrôleur(s) et d'un agent administratif de l'équipe.

Afin de permettre le déroulement de cette phase dans des conditions optimales et confortables pour tous, le principe de l'égalité de représentation entre les deux parties est fortement préconisé sous condition du respect du principe suivant :

Dans tous les cas,

- la présence du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et/ou celle du médecin ayant contrôlé les séjours est indispensable.
- la présence du médecin responsable du DIM, régulièrement nommé est obligatoire.

Dans un souci de respect du secret médical, les représentants de l'établissement non médecins et les médecins exerçant des fonctions administratives au sein de l'établissement, ne sont ni habilités ni autorisés à participer à la réunion de concertation médicale.

La concertation concerne tous les dossiers contrôlés.

Après le contrôle

Que se passe-t-il à l'issue des opérations de contrôle ?

Le contrôle externe s'inscrit dans une procédure contradictoire.

A l'issue du contrôle, **le responsable du contrôle sur site** adresse un rapport de contrôle à l'établissement. Ce document qu'il a daté et signé précise

- la période vérifiée ;
- la date de début et de fin du contrôle ;
- les activités, prestations et ensemble de séjours contrôlés ;
- pour chaque activité, prestation et ensemble de séjours le type et le nombre des anomalies détectées, leur nature et leur cause avec le cas échéant la mention de « facture à recalculer » pour l'ensemble des activités, prestations et séjours contrôlés ainsi que la mention éventuelle d'une influence sur la facturation ;
- une synthèse des anomalies, de leur cause et nature par activités, prestations et séjours contrôlés ; pour l'ensemble du contrôle
- la mention éventuelle de la constatation d'un incident ou d'une obstruction à contrôle du non respect de la mise à disposition des documents nécessaires au contrôle ou de tout autre incident ou obstacle.

L'établissement de santé dispose d'un délai de 30 jours pour faire part de ses observations et de sa demande d'avis d'expert, concernant les problèmes de codage ou de production de l'information médicale, auprès de l'ATIH;

A l'expiration de ce délai, le responsable du contrôle sur site transmet à l'UCR le rapport de contrôle accompagné s'il y a lieu des observations de l'établissement de santé.

Dans tous les cas, après examen, **l'UCR** doit adresser à l'établissement de santé un courrier, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception. Une procédure contradictoire s'engage alors.

L'UCR peut, suite aux observations, maintenir totalement ou partiellement les constats portant sur les manquements aux règles de facturation, les erreurs de codage, les absences de réalisation de prestation facturée. Elle peut solliciter l'avis d'experts en cas de divergences persistantes avec l'établissement de santé.

L'avis de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) peut être demandé par l'UCR en cas d'interprétation divergente concernant l'application des règles de codage de l'information médicalisée entre le responsable du contrôle sur site et l'établissement.

L'établissement peut également souhaiter que l'avis de l'ATIH soit sollicité ; il fait alors part de cette demande à l'UCR, lors de la phase contradictoire écrite. Cette demande de saisine de l'ATIH est examinée par l'UCR qui informe ensuite l'établissement de santé et le responsable du contrôle sur site de donner suite à cette

demande ou non. En cas de décision de ne pas saisir l'ATIH, dans le délai de 15 jours après réception de la décision de l'UCR, l'établissement de santé peut solliciter auprès du directeur de l'agence régionale de santé une saisine de l'ATIH. Le directeur de l'agence régionale de santé a un mois à réception de la demande de saisine pour décider ou non de transmettre la demande à l'ATIH.

Lorsque l'expertise de l'ATIH est effectivement sollicitée, l'agence dispose d'un délai d'un mois pour adresser sa réponse à l'UCR. Celle-ci la transmet alors à l'établissement de santé et au responsable du contrôle sur site.

Le recours à l'expertise de l'ATIH est contingenté pour chaque région

A l'issue de cette procédure contradictoire et le cas échéant, après retour des avis d'expert, l'UCR transmet aux caisses d'Assurance Maladie l'ensemble des éléments nécessaires au calcul des sommes indûment perçues et leur demande les éléments financiers nécessaires au calcul du montant maximal de la sanction, ainsi que la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées.

Les sommes indûment perçues sont calculées sur l'échantillon en tenant compte des sur et sous facturations.

Au retour de ces éléments, l'UCR procède au calcul du montant maximal de la sanction, conformément à l'article R. 162-42-12 du code de la sécurité sociale.

L'UCR adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'Agence Régionale de Santé :

- le rapport de contrôle,
- le cas échéant, les avis d'expert,
- les observations de l'établissement de santé ainsi qu'un avis sur ces observations,
- le cas échéant, la liste des dossiers pour lesquels l'UCR n'a pas suivi l'avis des contrôleurs ainsi que les raisons de ces rejets
- si un ou plusieurs activités, prestations et ensembles de séjours remplissent, à l'issue du contrôle, les contraintes de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale et de son décret d'application, le montant maximum de la sanction, ainsi que les éléments permettant de se prononcer sur la gravité des manquements et leur caractère réitéré

Le calcul du montant de la sanction financière s'applique à l'ensemble des individus constituant la population dont est issu l'échantillon examiné. La sanction financière est fixée en fonction de la gravité des manquements et de leur caractère réitéré. Le montant de la sanction financière résulte de l'application du taux d'anomalies sur les recettes annuelles de l'activité contrôlée. Le plafond du montant de la sanction financière est fixé à dix fois le montant des sommes indûment perçues sur l'échantillon, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement.

Dans un délai de deux mois à compter de sa saisine par le directeur général de l'agence régionale de santé, la commission de contrôle transmet au directeur général de l'agence régionale de santé son avis sur les résultats du contrôle, notamment sur le caractère réitéré ou non des manquements et leur gravité ainsi que le cas échéant, le montant de la sanction financière envisagée.

Quels sont les constats à l'issue du contrôle et les actions alors engagées ?

Le contrôle externe de la tarification à l'activité peut aboutir au constat :

- soit d'une bonne application des règles de codage et de facturation ;
- soit d'une inobservation des règles de tarification, de codage et/ou de facturation ayant pour conséquence :
 - ✓ dans tous les cas, à l'engagement d'une action de notification des sommes à payer (sur et sous facturations) par les caisses d'assurance maladie précisant la nature et le montant de sommes réclamées ainsi que la période à laquelle elles se rapportent ;
 - ✓ en cas d'activités, prestations ou ensemble de séjours sanctionnables, à l'engagement, après avis de la commission de contrôle, d'une notification de sanction financière dont le montant est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

Sur le fondement du code de la sécurité sociale, les caisses engagent l'action de notification des sommes à payer en cas d'inobservation des règles de tarification, de codage et/ou de facturation.

Cette action est susceptible de se cumuler avec l'engagement de sanction financière par le directeur de l'agence régionale de santé.

Les caisses adressent une notification des sommes à payer, ce document mentionne :

- ✓ la cause des sommes à payer ;
- ✓ la nature des sommes à payer ;
- ✓ le montant des sommes réclamées ;
- ✓ la date du ou des versements des sommes à payer;
- ✓ l'envoi d'une mise en demeure à défaut de paiement dans le délai d'un mois, avec majoration de 10% des sommes réclamées ;
- ✓ les voies et délais de recours possibles.

Le règlement devra intervenir dans le mois qui suit la réception de la notification.

A l'expiration de ce délai, en cas de non paiement, les caisses adressent une mise en demeure.

Comment est préparé le dossier de sanction ?

Après avoir obtenu l'ensemble des éléments issus du traitement du rapport de contrôle, l'UCR dispose de l'ensemble des pièces lui permettant de formuler une proposition de sanction qui sera transmise à la commission.

Comment est calculée la sanction financière maximale ?

Les sanctions sont calculées selon le décret relatif aux sanctions en vigueur.

L'ATIH met à disposition des ARS l'outil de valorisation des contrôles VALCO.

Cet outil, pour les établissements de santé ex-DGF, permet de calculer le montant avant et le montant après contrôle des dossiers contrôlés, et de calculer la sanction maximale applicable au champ de contrôle. Pour les établissements ex-OQN, une saisie manuelle des montants avant et après contrôle doit être réalisée.

Cet outil permet également de calculer la sanction maximale applicable à l'établissement de santé tous champs de contrôle confondus après saisie des recettes assurance maladie de l'établissement de santé liées à la tarification à l'activité.

Quelle est la procédure d'engagement d'une notification de sanction financière ?

L'engagement d'une notification de sanction financière ne peut être envisagé que si le programme régional de contrôle a précisé le caractère sanctionnable d'une activité, d'une prestation ou d'un ensemble de séjours et que cette information a été portée à la connaissance de l'établissement de santé dans l'avis de contrôle adressé par le directeur général de l'agence régionale de santé.

A réception du dossier de l'UCR, le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement en cause, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, une notification comportant la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le montant de la sanction maximale encourue

Dans un délai de deux mois à compter de sa saisine par le directeur général de l'agence régionale de santé, **la commission de contrôle** transmet au directeur général de l'agence régionale de santé son avis sur les résultats du contrôle, notamment sur le caractère réitéré ou non des manquements et leur gravité ainsi que le cas échéant, le montant de la sanction financière envisagée.

L'établissement dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception de la notification pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites.

A l'issue, si le directeur général de l'agence régionale de santé décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission de contrôle qui dispose d'un délai de deux mois pour lui transmettre son avis motivé.

Dans ce délai, la commission de contrôle recueille les observations du directeur général de l'ARS et peut entendre l'établissement

A l'issue de ce délai, la commission de contrôle transmet à l'établissement de santé ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé son avis motivé portant notamment sur la gravité, et le cas échéant, la réitération des manquements constatés et, ainsi que sur le montant de la sanction financière envisagée.

Cette information n'ouvre pas droit à un nouveau délai contradictoire.

Comment est notifiée la sanction ?

Dans un délai d'un mois à réception de l'avis motivé de la commission de contrôle, le directeur de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, la décision administrative de prononcé de sanction financière.

La décision précise :

- la date, la nature et la cause de chacun des manquements constatés,
- les modalités et les délais de paiement,
- les voies et délais de recours,
- le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle.

Un courrier spécifique sera adressé par le directeur de l'agence régionale de santé à l'établissement de santé, si celui-ci renonce à prononcer une sanction financière alors que la commission de contrôle y était favorable.

Le règlement devra intervenir dans le mois qui suit la réception de la notification. A l'expiration de ce délai, en cas de non paiement, les caisses adressent une mise en demeure avec majoration de 10% des sommes réclamées.

Les procédures de recours dont dispose l'établissement

Demande d'avis auprès de l'ATIH

L'établissement de santé peut solliciter auprès de l'UCR ou auprès du directeur de l'agence régionale une saisine de l'ATIH. Cette expertise permet, dans certaines situations, d'apporter un éclairage particulier qui rend inappropriée la mise en œuvre d'une procédure de recours.

Recours portant sur la notification des sommes à payer

Si l'établissement de santé entend contester une notification de sommes à payer, il doit saisir la (les) commission(s) de recours amiable près de la caisse d'assurance maladie concernée(s).

Cette commission examinera le recours à condition que l'établissement de santé la saisisse dans le délai d'un mois suivant la réception de la mise en demeure.

La saisine de la commission de recours amiable est un préalable obligatoire à toute procédure devant une instance judiciaire. Un avis de réception de la demande lui sera adressé.

Cette procédure est gratuite.

En cas de contestation, le recours n'interrompt pas le cours des majorations de retard.

La décision de la commission de recours amiable sera portée à la connaissance de l'établissement de santé par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception. Elle mentionnera les voies et délais de recours.

L'établissement de santé peut contester la décision de la commission de recours amiable devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale dans le délai de deux mois à compter de la réception du procès verbal de la commission de recours amiable. Au-delà, la décision de la commission de recours amiable a acquis un caractère définitif.

Si la commission de recours amiable n'a pas répondu dans le délai de 30 jours qui suit la réception du recours, l'établissement de santé peut considérer sa demande comme implicitement rejetée et saisir directement le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale ou attendre la décision de la commission (Art R 142.6 CSS)

À chaque étape, les modalités et délais de saisine seront précisés à l'établissement de santé.

Recours portant sur les sanctions

Si l'établissement de santé entend contester la décision de sanction financière, il doit saisir le tribunal administratif dans les deux mois à compter de la réception de la notification définitive de la sanction financière. Le recours dirigé contre la décision de sanction financière ne suspend pas l'exécution de cette décision et la sanction financière devra être exécutée.

À chaque étape, les modalités et délais de saisine sont précisés à l'établissement de santé.

Suivi du contentieux de la sanction

Suivi des sanctions notifiées par les ARS suite aux contrôles de la T2A (SUSANA)

Lorsqu'un établissement fait l'objet d'une sanction suite à un contrôle de la T2A, SUSANA permet le suivi de ces sanctions et des contentieux qui en découlent. Cet outil est développé par l'ATIH et mis à disposition des ARS.

Le suivi des contrôles T2A sera intégré dans les missions de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée prévu à l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, au sein duquel seront présentées les priorités nationales de contrôle fixées chaque année ainsi que le bilan annuel des sanctions appliquées lors de la campagne précédente.

DEUXIEME PARTIE

FICHES METHODOLOGIQUES DU CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION

I. ELABORATION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE

I.1. Ciblage

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

Les travaux de ciblage ont pour finalité l'élaboration d'un projet de programme régional de contrôle qui sera transmis à la Commission de contrôle par l'UCR.

La répartition des tâches au sein de l'UCR peut être formalisée dans un règlement intérieur.

MODALITES DE CIBLAGE

Les principes

Le ciblage des établissements et des champs de contrôle est établi en fonction :

- o des priorités nationales de l'année,
- o des priorités régionales,
- o des atypies mises en évidence en région,

Les outils

Le ciblage est réalisé à partir de recherches sur les bases de données :

- Pour le MCO :
 - o bases de RSA : requêtes libres sur la base régionale de RSA, requêtes préétablies de l'outil DATIM, requêtes libres dans DATIM,
 - o bases de facturation de l'Assurance Maladie.

La démarche

La démarche initiale consiste à rechercher des atypies évocatrices d'anomalies de codage et de facturation. Les recherches doivent être appliquées à la totalité des établissements de la région sous tarification à l'activité.

Elles sont d'une part menées à titre systématique :

- o études des tableaux de résultats de MAT2A et de DATIM, analyse de case-mix, comparaison du case mix de l'année N à celui de l'année N-1 en tenant compte des différences de classification, comparaison du case mix des RSA avec celui des données de SNIREP de la même période pour les établissements ex-OQN.

Elles sont d'autre part:

- menées sur les thèmes des priorités nationales,
- réalisées pour analyser les divers signalements dont peuvent avoir eu connaissance les acteurs prenant en charge le ciblage,
- orientées par les informations détenues par les partenaires institutionnels: pourcentages de factures rectificatives, de factures rejetées dans le cadre de la Liquidation Médico Administrative, forte évolution de la recette d'Assurance Maladie annuelle...,
- orientées par les résultats des contrôles antérieurs.

Parmi les recherches qui découlent des priorités nationales de contrôle, citons par exemple, dans le cas du MCO :

- vérification de l'adéquation des facturations et de leurs volumes aux autorisations ou reconnaissances détenues par les établissements,
- recherche de facturations de GHS pour des actes ne relevant pas habituellement d'une prise en charge en hospitalisation,
- étude de l'évolution du nombre de séjours classés dans des GHM ciblés (soins palliatifs, groupes avec niveau de sévérité 3 ou 4...),
- analyse du nombre de séjours contigus,
- analyse du codage des prestations inter établissements.

Les précautions

L'outil DATIM est à disposition de l'ensemble des membres de l'UCR qui devront disposer pour cela d'une habilitation de lecteur PMSI délivrée par l'ARS.

En revanche, les bases RSA et les bases de l'Assurance Maladie ne sont pas accessibles à l'entité « UCR » mais seulement à certaines de ses composantes.

La mise en œuvre des requêtes sur les bases RSA et sur les bases de liquidation doit être menée en conformité à la Loi n° 78/17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.

Base RSA

Chacun des acteurs concernés par le ciblage peut réaliser des requêtes sur la base RSA sous réserve de disposer d'une autorisation de la CNIL.

Les résultats des requêtes sur les bases RSA à fin de ciblage ne peuvent être transmis à l'UCR que sous forme agrégée de telle sorte que nul ne puisse être identifié.

Base de l'Assurance Maladie

Seuls les médecins conseils des services médicaux et les agents administratifs des caisses sont habilités à avoir accès à des données individuelles.

S'agissant plus particulièrement d'ERASME régional, l'accès aux informations individualisées non anonymisées au niveau régional ne peut être autorisé que pour les médecins habilités des DRSM.

Les travaux de ciblage à partir des données de liquidation sont donc réalisés par chacun des organismes, conformément à son habilitation, pour son propre compte.

Les résultats des requêtes sur les bases de liquidation à fin de ciblage ne peuvent être transmis à l'UCR que sous forme agrégée de telle sorte que nul ne puisse être identifié.

Les conclusions des résultats des travaux des différents acteurs sont faites et coordonnées au sein de l'UCR.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-9. « La commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle. Cette unité coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-42-8 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants. »

Références autorisations CNIL

Pour le ciblage sur les RSA et la mise en œuvre de toutes les étapes du contrôle sur site L. 162-22-18 :

Délibération n°2005-127 du 14 juin 2005 portant autorisation de mise en œuvre par le ministère des solidarités, de la santé et de la famille au sein des services médicaux de l'Assurance Maladie obligatoire d'un traitement automatisé de données à caractère personnel ayant pour finalité le contrôle de la facturation des établissements publics et privés de santé dans le cadre de la réforme de la tarification à l'activité

Pour le ciblage sur SNIIRAM :

Délibération 88-31 du 22 mars 1988 portant avis sur le projet de décision présenté par le directeur de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, concernant la mise à disposition des Caisses Primaires d'Assurance Maladie d'un système d'analyse des fichiers, dénommé SIAM (Système Informationnel de l'Assurance Maladie).

I. ELABORATION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE

I.2. Préparation et rédaction du projet de programme de contrôle

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

L'UCR élabore un projet de programme de contrôle régional qu'elle transmet ensuite à la Commission de contrôle de l'ARS.

Après validation, la Commission de contrôle propose le programme de contrôle régional au directeur général de l'ARS.

MODALITES DE PREPARATION DU PROGRAMME DE CONTROLE

Les principes

Le choix des établissements et des champs contrôlés

Au vu des résultats du ciblage, l'UCR procède à une sélection des établissements à contrôler et des champs à contrôler dans chacun de ces établissements. Cette sélection tient compte à la fois des priorités nationales et régionales, des enjeux financiers et des débouchés contentieux envisagés.

Dans l'hypothèse où les recherches menées à la phase de ciblage feraient apparaître une forte suspicion de fraude ou de pratique dangereuse, l'inscription au programme de contrôle T2A devra être abandonnée au profit de contrôles hors article L.162-22-18 du CSS, selon les prérogatives propres à l'Assurance Maladie.

La rédaction du projet de programme de contrôle

Le projet de programme de contrôle est rédigé par l'UCR.

Le modèle du programme régional de contrôle de la T2A n'est pas réglementairement défini. Cependant un plan structuré comme décrit ci après peut être adopté.

Ce plan du projet comprend deux parties :

1. Le préambule

Destiné à rappeler l'environnement du programme de contrôle régional de la T2A, il mentionne :

- les textes réglementaires régissant le contrôle de la T2A,
- la composition de l'UCR et la date de sa nomination par la commission de contrôle,

- la période sur laquelle porte le programme de contrôle,
- les priorités nationales de ciblage,
- la méthodologie appliquée par l'UCR pour le ciblage des établissements et des activités,
- la liste des établissements inclus dans le projet de programme,
- le calendrier de mise en œuvre.

2. Les fiches « établissements »

Pour chaque établissement inclus dans le programme de contrôle il est réalisé deux fiches :

- une fiche récapitulative relative à l'établissement,
- une fiche pour chacun des champs à contrôler au sein de l'établissement.

La fiche établissement récapitulative mentionne les informations suivantes :

- le FINESS, la raison sociale et l'adresse de l'établissement,
- les autorisations d'activité,
- l'historique des contrôles externes réalisés dans cet établissement,
- la période soumise au contrôle,
- la période prévue pour la réalisation du contrôle sur site,
- le nombre attendu de séjours qui seront contrôlés,

La fiche par champ de contrôle mentionne les informations suivantes :

- un libellé de champ de contrôle compréhensible, précis et univoque,
- la modalité de sélection : activité totale, activité en particulier, prestation ou séjours ayant des caractéristiques communes,
- les critères qui ont permis de constituer le champ notamment les caractéristiques communes,
- le libellé de la priorité à laquelle se rattache le champ en rappelant qu'il s'agit d'une priorité régionale ou nationale,
- le nombre total de séjours répondants aux critères de sélection,
- le nombre attendu de séjours qui seront contrôlés,
- les modalités de sélection des séjours (RSA ou bases de l'Assurance Maladie, exhaustivité ou tirage au sort).
- le caractère sanctionnable ou non du champ.

Exemple :

Champ de contrôle n°1 : Séjour sans nuitée avec un acte pouvant relever de soins externes

Catégorie : Priorité Nationale « Séjour sans nuitée avec un acte, relevant de soins externes »

Avec les caractéristiques suivantes : Durée de séjour = 0,

Mode d'entrée = mode de sortie = domicile (8)

Absence d'acte d'anesthésie

Présence d'au moins un des actes suivants : BAFA013, CAFA002, DKRP004, EBGA001, EBHA001, FEJF003, GAME001, HJQE001, JQQP001, QZFA002, QZFA004

Activité potentiellement sanctionnable

Nombre total de séjours du champ de contrôle n° 1: 456

Nombre de séjours à contrôler dans le champ de contrôle n° 1 : 300

Echantillon par tirage au sort sur la base PMSI 2011

Les contraintes particulières relatives à la mise en oeuvre des sanctions financières

Contrainte portant sur le type de champ du contrôle

En raison de contraintes techniques, les champs de contrôle passibles de sanction sont actuellement limités à :

- pour les établissements ex-DG :
 - la totalité de l'activité (si l'établissement ne facture que des GHS et leurs suppléments⁶),
 - des séjours ayant des caractéristiques communes.
- pour les établissements ex-OQN :
 - la totalité de l'activité (si l'établissement ne facture que des GHS et leurs suppléments⁷),
 - au titre d'une activité en particulier,
 - une prestation.

Contrainte portant sur le libellé du champ du contrôle

- Le libellé du champ doit explicitement **mentionner le caractère sanctionnable** ou non de l'activité ou prestation ou séjours contrôlés.
- Le libellé du champ de contrôle doit être **compréhensible, précis et univoque**. Il doit préciser l'ensemble **des critères** qui ont permis de constituer le champ notamment les caractéristiques communes. Il doit explicitement mentionner **la priorité régionale ou nationale** de contrôle à laquelle il se rattache. Sa précision doit en tout état de cause permettre à l'établissement de **calculer l'assiette** sur laquelle sera calculée une éventuelle sanction.
- Le libellé du champ de contrôle doit pouvoir être énoncé de façon précise et constante à toutes les étapes de la procédure de contrôle, dans le projet soumis à la Commission de contrôle dans le programme régional de contrôle, dans le courrier du Directeur général de l'ARS informant

⁶ Pour les ex DG, il faut vérifier sur MAT2A l'absence de facturation d'autres prestations

⁷ Pour les ex OQN, le problème des actes et consultations externes ne se pose pas. En revanche, il faudra vérifier l'absence de facturation de forfaits techniques

l'établissement de l'engagement du contrôle, lors des notifications, lors du calcul de l'assiette de la sanction, lors de contentieux ultérieurs.

Contrainte liée à la constitution de l'échantillon contrôlé sur site

- les règles de constitution de la population des dossiers à contrôler sur site, lorsque le champ de contrôle est potentiellement sanctionnable :
 - o Le contrôle sera exhaustif pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable de moins de 300 séjours.
 - o La taille de l'échantillon ne sera pas inférieure à 150 séjours pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable constitué de 300 à 1500 séjours.
 - o Le taux de sondage sera d'au moins de 10% pour tout champ de contrôle potentiellement sanctionnable de plus de 1500 séjours.

Effectif du Champ	Nombre de séjours à contrôler
< 300 séjours	Contrôle exhaustif
de 300 à 1 500 séjours	≥ 150 séjours
> 1 500 séjours	10% du champ

Contrainte liée à l'outil LAMDA

Les établissements ex DG ont la possibilité d'adresser, après la clôture de la base PMSI nationale, des éléments rectificatifs permettant la valorisation de séjours via l'appliquatif LAMDA.

LAMDA permet, après clôture de la base nationale, de transmettre des éléments modifiant la valorisation des séjours initialement valorisés avant clôture de la base nationale.

Il est donc possible qu'un séjour sélectionné sur certaines caractéristiques ne remplisse plus ces caractéristiques au moment du contrôle sur site.

Pour ce qui concerne les établissements ex-OQN, les modalités de constitution des bases de données et de facturations font que les données contenues dans la base de RSA peuvent ne pas correspondre aux facturations.

Dans ce cas, les séjours contrôlés pourraient ne pas présenter les caractéristiques ciblées si ils ont été sélectionnés dans la base de RSA.

Si une telle anomalie est suspectée, il est nécessaire de sélectionner les séjours à contrôler à partir des bases de liquidation de l'Assurance Maladie et d'importer dans DATIM les numéros de RSS correspondants, fournis sur demande par l'établissement.

Contrainte portant sur la nature des anomalies

Sont soumises à sanction les anomalies suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- les manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6,
- les erreurs de codage,
- l'absence de réalisation d'une prestation facturée.

NB : la vérification de la réalisation d'une prestation se fera à l'aide de tout document ou support d'informations mis à la disposition des médecins contrôleurs dans les conditions prévues à l'article R 166-1 CSS.

Exemple : Pour un séjour de chirurgie ambulatoire, la présentation d'un document unique « lettre de sortie » relatant l'intervention chirurgicale et les consignes de retour à domicile permettront d'authentifier la réalisation de l'intervention.

Contrainte liée au calcul des montants financiers

Le calcul du montant de la sanction fait intervenir la recette d'Assurance Maladie afférente au champ contrôlé pour une année civile. La définition du champ contrôlé retenu comme sanctionnable doit donc être choisie de façon à ce que cette recette soit calculable.

Pour les établissements ex-DG, ce calcul est réalisé par un utilitaire mis au point par l'ATIH selon les mêmes règles de valorisation que MAT2A, l'outil de VALorisation des COnt rôles (VALCO). La définition du champ du contrôle pourra donc utiliser toutes les variables du RSA.

Pour les établissements ex-OQN, le calcul de la recette d'Assurance Maladie ne peut être réalisé que sur SNIREP dans SNIIRAM. Dans cette base de données, la seule variable utilisable est le code prestation.

Contraintes en rapport avec des potentiels chevauchements

Pour un même établissement, le programme de contrôle peut comprendre plusieurs champs de contrôle sanctionnables. Dans ce cas, il conviendra de s'assurer qu'ils ne comportent pas de zones de chevauchement (risque d'inclusion d'un même dossier dans plusieurs champs). Dans cette situation, un seul champ devra être retenu comme passible de sanction.

Dans le cas où des RSA identiques seraient sélectionnés dans plusieurs champs de contrôle, l'outil DATIM met en œuvre une sécurité supplémentaire : lors de la génération de la feuille d'extraction, les RSA communs à plusieurs champs de contrôle sont détectés et un seul RSA est conservé.

Contrainte procédurale

- Après un contrôle externe, tout établissement doit disposer du temps nécessaire à la modification de sa pratique tarifaire
- Tout nouveau contrôle ne doit être réalisé que sur les facturations produites dans l'année qui suit celle de la notification des indus.
- **La sanction doit être motivée, l'établissement doit recevoir du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé les éléments d'information légalement requis et les précisions nécessaires pour lui permettre de connaître la date, la nature, la cause des faits reprochés.**
- La sanction doit être prononcée dans le respect des délais imposés par les textes.

Les outils

Une fois le programme de contrôle établi par le directeur général de l'agence régionale de santé, il est nécessaire de vérifier sur les bases définitives de sélection que le nombre de séjours à contrôler répondants aux critères correspond à ce qui était attendu.

La sélection des séjours à contrôler se fait par requêtes dans l'applicatif OSCT-DATIM ; cet applicatif génère une feuille d'extraction qui est récupérée par l'établissement pour générer la liste nominative des séjours à contrôler.

CALENDRIER OU CONTRAINTE DE DELAI

Dans l'optimum, cette phase de préparation peut démarrer au cours du 1er trimestre de l'année N.

Le projet de programme de contrôle régional doit être transmis à la commission de contrôle de l'ARS à une date permettant une décision du directeur général de l'ARS dans des délais compatibles avec une mise en œuvre des contrôles sur site à compter du mois de mai.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-9. « La commission de contrôle propose au directeur général de l'agence régionale de santé le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'unité de coordination régionale du contrôle externe placée auprès d'elle. Cette unité coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-42-8 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants. »

II. PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE

II.1. Echanges avec l'établissement

ACTEURS CONCERNES

1. L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).
2. Etablissement contrôlé (directeur et médecin responsable du Département d'Information Médicale (DIM)).

Selon l'organisation définie en région, les différentes étapes sont réalisées variablement par l'équipe médicale appartenant à l'UCR ou par le médecin responsable du contrôle sur site. Dans la suite de l'exposé, le terme générique "contrôleur" sera utilisé.

MODALITES DES ECHANGES

Les courriers

① Courrier informant l'établissement du contrôle

Dès lors que le programme de contrôle a été établi par le directeur général de l'ARS (DG ARS), chaque établissement concerné est informé par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, d'une lettre signée du DG ARS, précisant les modalités du contrôle et notamment :

- les activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels portent le contrôle,
- le caractère sanctionnable ou non d'un champ
- la période concernée par le contrôle,
- le nom et la qualité du médecin responsable du contrôle⁸,
- la date du début du contrôle.

② Suite des contacts précisant à l'établissement les modalités de contrôle

Une fois l'établissement informé par le DG ARS, les contacts avec l'établissement préalables au contrôle sur site sont réalisés par le médecin chargé de l'organisation du contrôle :

- Contact informel (téléphonique) avec le directeur et avec le médecin du DIM pour déterminer, par concertation préalable, la date de début et la durée prévisible du contrôle sur site. Cette date est fixée dans un délai compatible avec la mise à disposition pour les contrôleurs des dossiers de patients dont les séjours auront été tirés au sort⁹ pour être contrôlés au terme des échanges électroniques décrits ci après. Ce délai, fixé dans une fourchette indicative de 2 à 4 semaines sera modulable en fonction des contraintes particulières de l'établissement et de l'équipe de contrôle.

⁸ Praticiens conseils de l'assurance maladie et, le cas échéant, inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin. Si les praticiens conseils sont accompagnés d'agents administratifs du service médical, il est nécessaire de le mentionner.

⁹ L'étape de tirage au sort est obligatoire au niveau d'OGC au cours des échanges de fichiers (cette étape est formelle si l'exhaustivité des dossiers du champ est à contrôler).

Lors de ce premier contact avec l'établissement, il est nécessaire, après un rappel de la réglementation et de la méthodologie de contrôle, de convenir de quelques aspects pratiques tels que la salle où les contrôleurs seront installés, les modalités de mise à disposition des dossiers (informatique ou papier ? selon quel classement ?), et de définir très précocement les modalités de la concertation (par étape et/ou en fin de contrôle, participation des médecins cliniciens responsables du patient ?).

- Courrier adressé au directeur de l'établissement. Une copie de ce courrier est adressée au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et au médecin du DIM de l'établissement.

Ce courrier reprend les éléments arrêtés lors des contacts téléphoniques et précis :

- pour les contrôles en MCO : les modalités de téléchargement de la feuille d'extraction, de LEDDA ainsi que des échanges de fichiers préalables au contrôle sur site, la date limite d'envoi du fichier de n° de RSS candidats généré par LEDDA (SecRssCand.zip),
- les documents demandés à l'établissement (dossiers médicaux, bordereaux de facturation...)
- les dates du contrôle sur site,
- les éléments nécessaires et le format à adopter pour la fiche de liaison avec les organismes d'Assurance Maladie ("fiche n° 5"), ainsi que la date limite de son envoi,
- la possibilité pour les médecins contrôleurs sur site de réaliser des photocopies de pièces des dossiers médicaux consultés dans l'établissement.

Les outils et les échanges électroniques dans le cas d'un contrôle en MCO

❶ Echanges électroniques : constitution de la feuille d'extraction

Cette étape est réalisée avec le logiciel OSCT-DATIM.

Le contrôleur alimente dans le logiciel OSCT-DATIM un "panier" comportant la totalité des séjours susceptibles d'être contrôlés et répartis en champs de contrôle selon des critères de sélection différents.

Pour le choix des activités à contrôler, OSCT-DATIM permet 5 modalités de sélection :

- sélection d'un ensemble de RSA référencés par un test,
- sélection un par un de certains RSA référencés par les tests, regroupement éventuel de ceux-ci dans un même champ de contrôle,
- réalisation d'une requête libre par choix de valeurs des données des RSA,
- sélection des séjours contigus (séjours d'hospitalisation complète séparés, chez un même patient, par moins de 48 heures),
- séjours modifiés au moyen de LAMDA,
- entrée de n° de RSS fournis par l'établissement sur demande spécifique (par exemple à partir de facturations de séjours identifiées sur les bases informatiques de l'Assurance Maladie cf. N.B. ci-dessous).

Le module "contrôleur" du logiciel OSCT- DATIM permet alors, après validation du panier, de rendre accessible à l'établissement la "feuille d'extraction".

Cette feuille d'extraction comporte tous les critères de sélection utilisés (elle rend donc visible pour l'établissement les critères de ciblage sous forme de langage de requête).

N.B. : Lorsque les séjours à contrôler ont été ciblés à l'aide de requêtes sur les bases de l'Assurance Maladie, une étape préalable est nécessaire qui consiste :

- à transmettre à l'établissement les éléments lui permettant d'identifier les factures (numéro d'entrée, numéro de facture, date d'entrée, date de sortie, NIR, nom, prénom,...)
- à demander au DIM de l'établissement les numéros de RSS correspondants aux séjours ainsi identifiés¹⁰
- les numéros de RSS sont ensuite importés dans OSCT-DATIM par les contrôleurs pour la constitution du champ de contrôle du panier.

② Echanges électroniques : constitution de la liste de N° de RSS candidats au contrôle

Cette étape est réalisée avec le logiciel **LEDDA** (Logiciel d'Extraction des Données de DAtIM).

LEDDA est un utilitaire réalisé par l'ATIH ayant deux modules :

- le Module A permet de générer un fichier de numéros de RSS candidats (SecRssCand.zip)
- le Module B intervient après le tirage au sort réalisé par le contrôleur (qui a produit le fichier SecRssDef.zip) et permet de générer le fichier de RSS groupés à contrôler (SecRssCtl.zip).

L'établissement télécharge LEDDA sur le site de l'ATIH et l'installe sur le poste informatique sur lequel il réalise les transmissions e-pmsi (où se trouve le fichier de sauvegarde des RSS issus d'AGRAF ou de GENRSA).

Le module A utilise :

- la feuille d'extraction générée à partir du panier DATIM que l'établissement télécharge dans DATIM,
 - le fichier de sauvegarde du fichier de RSS initial (ayant servi à produire les RSA transmis),
- pour produire une liste de numéros de RSS correspondant aux critères de ciblage et candidats au contrôle, regroupés par "champ".

Le fichier de numéros de RSS candidats au contrôle (SecRssCand.zip) ne doit en aucun cas être ouvert, ni par le médecin du DIM, ni par le médecin contrôleur, sous peine de ne plus être utilisable pour la suite des opérations. Ce fichier "SecRssCand.zip" est transmis par messagerie (ou tout autre moyen) par le médecin du DIM au contrôleur.

Par l'outil OGC et l'utilisation du module utilitaire de tirage au sort, (voir point 3 échantillonnage), le contrôleur peut visualiser la liste des numéros de RSS fournis. Il confronte son effectif à l'effectif des RSA issus des critères sélectionnés dans le panier de DATIM.

Après vérification de la correspondance des effectifs, l'échantillonnage peut être réalisé.

③ Echantillonnage

Cette étape est réalisée avec l'outil **OGC**.

Dans OGC, le passage par le module de tirage au sort est obligatoire pour obtenir la génération du fichier préalable au contrôle sur site.

¹⁰ Dans le respect des préconisations de la CNIL, cette démarche doit être réalisée par chacun des organismes autorisés à réaliser ces requêtes.

L'algorithme utilisé par OGC :

- Écriture dans une table temporaire des RSS candidats (et de leurs attributs) issus du fichier SecRssCand.zip,
- Pour chacune des activités (champs de contrôle) :
- Taille échantillon = Nombre de RSS à tirer au sort, saisi au niveau d'OGC pour cette activité
- Tirage au sort : Exécution de la requête « "SELECT * FROM <Table temporaire> WHERE CodActiv=<Code Activité> AND LibActiv=<Libellé activité> ORDER BY RAND(),NLRE LIMIT <taille échantillon>; »,
- Dans le cadre d'une activité à 0, récupération complémentaire du RSS contigu.
- Récupération des RSS tirés au sort pour construire le fichier de sortie.

Pour rappel, la fonction de tirage au sort utilisée (« ORDER BY RAND()») est celle de MySQL .

Le contrôleur importe dans le module "Tirage au sort" le fichier SecRssCand.zip, sans l'avoir ouvert. L'utilisateur sélectionne éventuellement chaque champ de contrôle justifiant un échantillonnage aléatoire et détermine la taille de cet échantillon.

Si le programme prévoit, pour un champ de contrôle, le contrôle de la totalité des séjours ciblés, il suffit de simplement cocher ce champ de contrôle sans passer par la phase de sélection aléatoire.

La création du fichier de sortie inscrit la liste des n° de RSS répondants aux critères de ciblage et finalement retenus pour le contrôle sur site dans un fichier dénommé SecRssDef.zip. Ce fichier, comme le précédent, ne doit en aucun cas être ouvert sous peine de devenir inutilisable pour la suite des opérations.

Le contrôleur transmet le fichier SecRssDef.zip au médecin du DIM, par messagerie (ou tout autre moyen).

C'est à partir de la transmission du fichier SecRssDef.zip, que le délai de deux à trois semaines imparti habituellement à l'établissement pour la sortie des dossiers est engagé.

④ Echanges électroniques : constitution du fichier de contrôle

A l'aide du module B de LEDDA et du fichier SecRssDef.zip, le médecin de DIM :

- génère le fichier de RSS à contrôler (SecRssCtl.zip). Ce fichier ne doit en aucun cas être envoyé au médecin contrôleur, mais lui être remis sur tout support adapté le jour du contrôle sur site,
- visualise la liste des numéros des RSS à contrôler, permettant à l'établissement la sortie des dossiers médicaux et administratifs.

Les échanges dans le cas particulier des contrôles sans OGC

L'utilisation d'OGC n'est pas possible lorsque les prises en charge facturées à l'Assurance Maladie ne correspondent pas à des RSS.

Dans ce cas, le contrôle est préparé comme suit :

- chaque organisme réalise pour son propre compte les requêtes sur les bases AM (services médicaux du RG, MSA, RSI) et transmet à l'établissement les éléments permettant d'identifier les dossiers (numéro d'entrée, numéro de facture, date d'entrée, date de sortie, numéro d'inscription au registre (NIR)),
- l'établissement vérifie la concordance des informations et adresse en retour (soit directement à l'UCR, soit à chaque organisme qui l'adresse à l'UCR selon l'organisation régionale retenue) la liste des numéros de facture sur laquelle l'UCR effectuera s'il y a lieu le tirage au sort,
- l'UCR transmet la liste des dossiers tirés au sort à l'établissement,
- à réception de cette liste, l'établissement dispose de 2 à 4 semaines pour sortir les dossiers médicaux et administratifs, les bordereaux S3404.

CALENDRIER OU CONTRAINTE DE DELAI

Les contrôleurs doivent planifier les dates des échanges avec l'établissement et déterminer la date de début de contrôle en tenant compte de la contrainte habituellement admise des 2 à 3 semaines dont l'établissement dispose pour sortir les dossiers.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. – « L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent... »

Référentiels

Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé

II. PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE

II.2. Préparation des contrôleurs

ACTEURS CONCERNES

- Assurance Maladie :
 - les services médicaux du régime général, de la MSA et du RSI,
 - le responsable du contrôle sur site et son équipe.

MODALITES DE PREPARATION DES CONTROLEURS

Programmation régionale des contrôles

Au début de chaque campagne annuelle, après que le Directeur Général de l'ARS aura établi le programme de contrôle, le médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM), chargé de l'organisation régionale du contrôle externe, prend contact avec ses homologues de la MSA et du RSI pour planifier la mise en oeuvre du programme de contrôle régional de la T2A.

Cette planification comprend au moins :

- la réalisation d'un calendrier prévisionnel des contrôles sur site,
- la désignation du responsable et des membres de l'équipe de contrôle pour chacun des établissements inscrits au programme,
- l'organisation d'au moins une réunion regroupant la DRSM, l'UCR et la totalité des membres des équipes de contrôle. Cette réunion permet la présentation du programme de contrôle régional, des étapes successives de la procédure de contrôle T2A, des référentiels actualisés et des outils indispensables au contrôle sur site.

Constitution des équipes

Le contrôle sur site est un travail d'équipe : elle comporte des médecins contrôleurs et des agents administratifs du service du contrôle médical.

Il est nécessaire que les contrôles soient réalisés par une équipe composée au minimum de trois à quatre médecins et d'un agent administratif du service du contrôle médical.

Ce minimum est à adapter en fonction du nombre de dossiers prévus au contrôle et de la nature des champs contrôlés, de façon à assurer :

- un contrôle efficace dans un laps de temps limité,
- une harmonisation médicale des avis des contrôleurs.

Selon la nature des dossiers contrôlés, les médecins contrôleurs pourront être accompagnés par des pharmaciens ou des chirurgiens-dentistes conseils.

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle est le responsable du contrôle sur site.

Préparation du contrôle sur site par le médecin contrôleur responsable du contrôle

Dans les jours qui précèdent le contrôle sur site, le médecin responsable du contrôle doit :

- s'assurer que la totalité des outils et documents nécessaires au contrôle a été mise à la disposition des médecins contrôleurs, notamment les arrêtés relatifs à la classification des prestations correspondant à l'année des séjours contrôlés,
- confirmer à l'établissement les dates et les modalités pratiques du contrôle sur site (un contact téléphonique suffit),
- informer par courrier la direction de l'établissement des noms et qualités de personnes de l'équipe de contrôle
- faire éventuellement pré remplir les fiches recueil "papier" de tous les éléments connus des séjours contrôlés,
- organiser si nécessaire une réunion de l'équipe de contrôle pour mise en commun des référentiels médicaux et de codage, dans un objectif d'harmonisation des avis.
- prendre connaissance de l'ensemble des informations disponibles sur l'établissement (autorisations, résultats des précédents contrôles T2A, rapport de certification et IPAQSS, actions Assurance Maladie en cours : MMH, MSAP, contentieux en cours, ...)
- préparer les éléments qui lui seront nécessaires le jour du contrôle sur site :
 - pour les contrôles en MCO le fichier de numéros de RSS à contrôler (SecRssDef.zip), pour le cas où celui précédemment adressé à l'établissement aurait été rendu inutilisable,
 - la liste des numéros de RSS et/ou des dossiers à contrôler, issue de la fiche de liaison avec les caisses ("fiche n°5"),
 - la liste des autorisations ou reconnaissances délivrées par l'ARS à l'établissement pour la période contrôlée,
 - un micro-ordinateur portable équipé de la dernière version disponible du logiciel de contrôle, testé à l'aide des fichiers disponibles sur Médi@m
 - le manuel d'utilisation du logiciel de contrôle,
 - des supports informatiques : clé USB,
 - un ou plusieurs exemplaires « papier » et « informatique » des référentiels valides pour la période contrôlée (Guide méthodologique de production des résumés de sortie, Manuel des groupes homogènes de malades, classification internationale des maladies, dixième révision (CIM10) et codes étendus, CCAM, arrêté de prestations ...),
 - des fiches recueil papier pré remplies
 - des fiches de concertation vierges
 - du matériel utile à la réalisation du contrôle : rallonges, effaceurs, rames de papier, photocopieurs,

Pour les contrôles portant sur un nombre important de séjours, il est conseillé de disposer de plusieurs micro-ordinateurs afin d'en réserver un exclusivement à la saisie sur le logiciel de contrôle.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. – « L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

*Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous facturations.
L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent... »*

III. CONTROLE SUR SITE

III.1. Vérification des informations transmises par l'établissement sur les bases PMSI

Cette étape fondamentale du contrôle de la tarification à l'activité, nécessite de mettre à disposition du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et de son équipe, les dossiers médicaux et administratifs correspondants aux séjours ciblés et tirés au sort, par l'équipe du Département de l'Information Médicale (DIM) sous la direction du médecin responsable.

ACTEURS CONCERNES

- le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe,
- le directeur de l'établissement
- l'équipe du Département de l'Information Médicale (DIM) représentée par le médecin responsable et ses collaborateurs.

MODALITES DU CONTROLE SUR SITE

Les principes

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe vont s'assurer que les informations portées dans les documents qui sont transmis par l'établissement, RSA et facture, sont conformes aux éléments contenus dans le dossier médical et administratif du patient.

Les conditions pratiques nécessaires pour le déroulement du contrôle

Les dossiers

En règle générale, l'examen des dossiers, en rapport avec les séjours à contrôler, se déroule dans l'établissement de santé concerné, en un lieu unique mis à disposition des personnes en charge du contrôle.

Ce lieu doit permettre, pour toute la durée prévisible du contrôle, l'examen des dossiers (dossiers médicaux et administratifs, bordereaux de facturation, ...) et la tenue de la concertation dans de bonnes conditions.

Le médecin responsable du DIM organise le portage en ce lieu dédié des dossiers médicaux et administratifs correspondant aux numéros des séjours tirés au sort lors de l'étape préparatoire du contrôle. Si l'établissement dispose d'un dossier patient informatisé, l'accès sera organisé par le DIM de manière adaptée à ce support. La facture¹¹, correspondant à chacun des séjours tirés au sort, sera également mise à disposition des contrôleurs.

Les dossiers de patients présents dans l'établissement durant la période de contrôle seront traités mais nécessiteront une organisation spécifique dès lors qu'ils seront signalés au médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site par le médecin du DIM. L'examen de ces dossiers sera réalisé de façon à prévenir tout impact sur le fonctionnement habituel de l'établissement.

Cas particulier

Lorsqu'un établissement est implanté sur plusieurs sites géographiques, le contrôle pourra s'organiser sur un ou deux site(s) supplémentaire(s) si le nombre de dossiers à contrôler sur ce site est supérieur à 300 dossiers. Le nombre de sites de contrôle par établissement est limité à 3.

¹¹ Pour les établissements ex OQN (les établissements ex DG ne fournissent pas encore de factures individuelles)

Cependant, les séjours multiRUM générés par des hospitalisations sur des sites géographiques différents, seront contrôlés sur un même site afin de permettre une organisation plus efficiente aux contrôleurs.

Il est souhaitable que l'organisation multisite soit planifiée, entre le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et le médecin responsable du département d'information de l'établissement (DIM), dès la prise de contact initiale.

Le médecin responsable du DIM mettra à disposition de l'équipe de contrôle, en tant que de besoin, le fichier de sauvegarde, lors du passage d'un site à l'autre, afin de garantir l'intégrité des fichiers RSS contrôlés et la saisie de toutes les données sur un seul et unique support.

Les outils du contrôle

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe seront munis d'ordinateurs portables sur lesquels est installé le logiciel de contrôle (Outil de Gestion du Contrôle) sur site.

A l'arrivée dans l'établissement et après présentation des équipes, le médecin chargé du contrôle sur site et ou un membre de son équipe intègre dans le logiciel de gestion du contrôle (OGC) le fichier électronique de RSS, fourni par le DIM, et généré par le logiciel LEDDA.

OGC permet au médecin chargé du contrôle sur site et à son équipe de visualiser les informations codées par l'établissement relatives à chacun des séjours à contrôler et les autorise à saisir si nécessaire, en regard, d'autres codages.

Le fichier de RSS est fourni par le médecin du DIM sur un support informatique (disquette, CR ROM, clé USB). Le médecin chargé du contrôle sur site peut proposer de fournir un support.

Ce fichier comprend, pour les contrôles en MCO, la liste et la nature des unités médicales déclarées par l'établissement et l'ensemble des informations contenues dans le RSS ; ces informations sont :

(1) 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, les modes d'entrée et de sortie, code postal du lieu de résidence du patient et nombre de séances s'il y a lieu.

(2) 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 pour les nouveau-nés.

La préparation de la concertation

Dès la mise en route du contrôle, le médecin chargé du contrôle sur site confirmera au médecin responsable du DIM les modalités de la concertation déjà envisagées lors des premiers contacts

2-3 Les informations soumises au contrôle

Les points à contrôler, par le médecin responsable de l'organisation du contrôle et son équipe, sont les suivants :

Vérification de concordance des informations et dossiers mis à disposition par le médecin responsable du DIM.

Avant de s'intéresser aux informations contenues dans le dossier médical, le contrôleur s'assure que les documents qui sont mis à sa disposition correspondent bien aux séjours tirés au sort. Pour cela, il va s'assurer :

- i. de l'exhaustivité des dossiers mis à disposition,
- ii. de la cohérence entre le numéro de la facture papier et celui porté sur le fichier liant numéro de séjour et numéro de facture (fiche de liaison numéro 5),
- iii. en MCO, de la correspondance entre les numéros de RSS du fichier fourni par l'établissement et ceux tirés au sort par le médecin responsable de l'organisation du contrôle.

Contrôle de la facture

Parmi les données contenues dans la facture, seules les suivantes peuvent donner lieu au contrôle:

- (1) le numéro de GHS, et le tarif,
- (2) le nombre de suppléments pour réanimation, soins intensifs, surveillance continue,
- (3) le nombre de suppléments de néonatalogie,
- (4) la modulation du tarif du GHS (extrêmes bas, supplément pour extrêmes hauts)

Contrôle du codage du séjour

Pour les séjours en MCO, le contrôleur s'intéressera à la validité des éléments médicaux et administratifs saisis par l'établissement dans le RSS, ayant abouti à la création d'un GHM donné et d'un GHS donné.

Si les contrôleurs constatent une discordance entre le GHM contrôlé et le GHS porté sur la facture, dans les établissements ex OQN, pour un ou plusieurs séjours, il conviendra d'en rechercher la cause. En effet, il peut s'agir d'une facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur ou d'une modification du RSS après envoi de la facture à l'Assurance Maladie.

Si les contrôleurs constatent une discordance entre le GHM remis par le médecin DIM et celui ciblé et tiré au sort, il conviendra d'en rechercher la cause. En effet, il peut s'agir de séjours transmis par l'applicatif LAMDA dans les établissements ex DG.

Dans chacun des dossiers mis à sa disposition, l'équipe médicale chargée du contrôle recherchera les documents correspondant au(x) séjour(s) ciblé(s) tels les observations médicales, les comptes rendus opératoires, les comptes rendus d'hospitalisation, les résultats des examens radiologiques, biologiques et tout autre élément médical lui permettant de vérifier les informations portées dans le RSS.

Cette étape abouti au codage du séjour. Pour ce faire, l'équipe médicale chargée du contrôle s'appuiera sur les référentiels mis à sa disposition ; ce sont le guide méthodologique de production des informations relative à l'activité médicale et à sa facturation en MCO, la CIM-10 et la liste des codes diagnostics spécifiques du PMSI (extensions CIM-10) pour le codage des diagnostics et la CCAM pour les actes. (cf liste des références documentaires)

Le médecin responsable du contrôle s'assurera de l'harmonisation des avis au sein de son équipe, pour chacun des champs contrôlés. En cas de difficulté, une consultation des médecins conseils de l'UCR est conseillée.

Le contrôle en pratique

Le contrôle dossier par dossier se matérialise par un avis du médecin contrôleur sur le codage et la facturation et une saisie sur le logiciel de contrôle.

Le contrôleur peut constituer une fiche de recueil des éléments nécessaires au contrôle. Ce dernier document n'a pas vocation à être diffusé ; il permet aux médecins contrôleurs de vérifier à tout moment le respect des référentiels et facilite également la saisie des données dans le logiciel de contrôle par les agents administratifs de l'équipe participant au contrôle.

La saisie sur le logiciel de contrôle

Le logiciel OGC de contrôle permet d'afficher à l'écran le résumé de l'unité médicale (RUM) produit par l'établissement, et de saisir en regard, le résumé issu des informations validées par le contrôleur et de produire les éléments de groupage et de facturation correspondants..

Seules les informations dites médicales sont saisies par le médecin contrôleur. Les informations "administratives" apparaissent automatiquement sur l'écran une fois que le fichier de RSS fournis par le médecin responsable du DIM est introduit dans le logiciel OGC sur l'ordinateur de l'équipe chargée du contrôle. Cependant, leur conformité sera vérifiée par le médecin contrôleur : les modes d'entrée et de sortie, les dates d'entrée et sortie notamment sont à valider. Le cas échéant, les informations administratives peuvent être modifiées.

Les séjours pour lesquels les patients ont été hospitalisés dans plusieurs unités médicales (exemple : 4 RUM pour médecine, chirurgie puis réanimation et enfin médecine) en continu, en MCO, font l'objet de plusieurs RUM aboutissant à la production finale d'un seul GHM et d'un seul GHS. Tous les RUM sont validés par l'équipe de contrôle avant l'activation du groupage des informations du séjour.

Toutes les versions des outils employées pour un contrôle donné doivent être adaptées à la date de sa réalisation et à celle des séjours à valider ; en effet, qu'il s'agisse de l'outil de groupage, de la CIM, de la CCAM ou des règles de codage, le contrôleur utilise les versions en application au moment de la création du résumé de séjour du patient dans l'établissement.

OGC procède automatiquement à la comparaison des informations produites par l'établissement et celles codées par le contrôleur. Cette comparaison automatisée conduit à identifier les divergences (signalées en rouge à l'écran) lorsque les informations portées dans les champs respectifs du contrôleur et de l'établissement ne sont pas strictement superposables.

Il est nécessaire que l'équipe chargée du contrôle procède régulièrement à une sauvegarde de session, dans les conditions indiquées sur le manuel d'utilisation du logiciel de contrôle, garantissant ainsi la conservation des données traitées.

Il convient de préciser les modes de traitement de certaines situations lors du contrôle des séjours :

- (1) une situation de prise en charge exclue du champ de production du résumé de séjour¹² conduit à une non justification du ou des RSS réalisés dans ces conditions,
- (2) 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 OGC permet de mettre "à blanc" tous les items du résumé et par suite, à considérer le séjour comme ne pouvant être valorisé.

12 Situation ne correspondant pas aux critères de l'article 6 I.-3° et 9° de l'arrêté du 19 février 2009 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.

(3) une information portée dans le RUM 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.

(4) dans la situation où un séjour a été produit en MCO alors qu'il ne correspond pas à une situation de production de séjour (actes externes) en établissements ex DG, il conviendra de valoriser tous les actes réalisés selon les règles de facturation des actes (CCAM, NGAP, NABM).

Lors du contrôle sur site, l'équipe de contrôle analyse le codage appliqué par l'établissement à chaque séjour sélectionné et saisit en regard son propre codage dans le logiciel OGC qui détermine ultérieurement si la valorisation doit être recalculée sans préciser si la valeur après contrôle du séjour est inférieure ou supérieure à la valeur calculée initialement d'après le codage de l'établissement.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. –« L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent... »

III. CONTROLE SUR SITE

III.2. Concertation

ACTEURS CONCERNES

- le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe,
- le médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM),
- les praticiens de l'établissement responsables des patients dont les dossiers sont contrôlés.

MODALITES DE LA CONCERTATION

Les principes

La concertation a pour objet d'exposer au médecin responsable du DIM, à l'issue de la phase d'analyse et de recueil par les contrôleurs, les avis portés sur les facturations et les codages, les divergences retenues dans le logiciel de contrôle et de formaliser l'argumentaire de chacun.

L'organisation

La concertation doit être organisée dès la période de préparation et planifiée entre le médecin chargé de l'organisation du contrôle et le médecin responsable du DIM.

La phase de concertation est réglementaire et obligatoire. Elle a lieu au terme du contrôle de l'ensemble des séjours, ou après contrôle d'un champ donné selon la convenance des deux parties et le nombre total de dossiers contrôlés.

A la date fixée, l'équipe de contrôle aura harmonisé les décisions concernant les séjours examinés pour chacun des champs contrôlés.

Un tableau récapitulant les avis des médecins contrôleurs, sera remis au médecin responsable du DIM avant la tenue de la réunion de concertation.

Cette concertation réunit d'une part :

(1) Le médecin responsable du DIM, accompagné éventuellement d'un autre médecin du DIM et du ou des médecins cliniciens responsables des séjours contrôlés ; un technicien de l'information médicale peut également y assister.

Et d'autre part,

(2) Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site, assisté d'un ou de deux médecin(s) contrôleur(s) et d'un agent administratif de l'équipe.

Afin de permettre le déroulement de cette phase dans des conditions optimales et confortables pour tous, le principe de l'égalité de représentation entre les deux parties est fortement préconisé sous condition du respect du principe suivant :

Dans tous les cas,

- la présence du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et/ou celle du médecin ayant contrôlé les séjours est indispensable.
- la présence du médecin responsable du DIM, régulièrement nommé est obligatoire.

Dans un souci de respect du secret médical, les représentants de l'établissement non médecins et les médecins exerçant des fonctions administratives au sein de l'établissement, ne sont ni habilités ni autorisés à participer à la réunion de concertation médicale.

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, cette information sera mentionnée dans le rapport de contrôle et le codage du contrôleur sera retenu.

Les modalités de la concertation

Préalablement à la concertation, le médecin chargé de l'organisation du contrôle se sera assuré, en lien avec les autres contrôleurs, de la cohérence des avis rendus pour chacun des champs contrôlés, de la validité des référentiels choisis et des argumentaires retenus pour chacun des séjours.

Pour chaque dossier il est constitué une fiche argumentaire qui sera le support écrit de la concertation :

Le remplissage des fiches argumentaires

Pour tout dossier contrôlé, une fiche argumentaire contradictoire (fiche numéro 6) doit être établie. Cette fiche comprend une partie destinée aux médecins contrôleurs dans laquelle sont consignés toutes les informations notamment **la liste des documents contrôlés et photocopiés et les arguments justifiant de la modification de codage** ; une seconde partie est réservée aux médecins de l'établissement, DIM et ou praticien responsable de patients. Cette fiche sera **renseignée et signée systématiquement par les deux parties qu'il y ait ou non un impact sur la tarification**.

« Pour chaque dossier le contrôleur constitue une fiche argumentaire.

Cette fiche comprend :

- les identifiants du séjour (n° OGC), du patient et de l'assuré
- les éléments de facturation avant et après contrôle
- l'avis du contrôleur
- le cas échéant, l'argumentaire justifiant la modification de la facturation par le contrôleur
- la mention de l'accord ou du désaccord du responsable du DIM avec l'avis porté
- le cas échéant, l'argumentaire justifiant le désaccord du responsable du DIM.

Cette fiche ne comprend aucun élément d'ordre médical et pourra figurer dans le rapport de contrôle Elle est signée du contrôleur et du responsable du DIM.

Cette fiche répond au **double objectif** d'apporter la preuve de la **réalité de la concertation** et de **recueillir, pour les éventuels contentieux, les argumentaires** des contrôleurs et de l'établissement. Elle doit donc être complétée pour tous les dossiers, y compris dans les cas où le médecin du DIM et le praticien responsable sont en accord avec les médecins contrôleurs. Elle conserve, le cas échéant, la trace du changement de position du contrôleur au cours de la concertation.

La constitution d'un dossier argumentaire

Pour tous les séjours dont le montant de la facture devra être recalculé (sur ou sous facturation), le médecin contrôleur constitue un dossier argumentaire. Ce dossier contient tous les éléments (copies) pertinents du dossier médical permettant de justifier l'avis porté.

Un dossier argumentaire pourra également être constitué pour tout séjour pour lequel il est noté une divergence sans impact sur la facture, dès lors qu'une saisine de l'ATIH peut être envisagée.

Ce dossier argumentaire doit contenir les éléments de preuve nécessaires et suffisants au traitement du dossier après la fin du contrôle sur site :

- coordination des contrôles par l'UCR
- saisines de l'ATIH
- actions contentieuses

Les éléments probants doivent être cohérents avec l'avis porté.

La concertation est proposée au médecin du DIM pour tous les séjours contrôlés avec ou sans anomalie et sans tenir compte de l'impact sur la facturation.

Au cours de la concertation, en fonction des éléments apportés par le médecin du DIM et ou les médecins cliniciens, le médecin contrôleur peut être conduit à modifier son avis initial et à accepter le codage de l'établissement ou proposer un autre codage. A défaut de modification de l'avis du médecin contrôleur, les divergences observées sont confirmées et les étapes suivantes s'appliquent :

(1) pour chaque dossier examiné lors de la concertation, une fiche argumentaire contradictoire doit être complétée, elle comprend une partie destinée à recueillir les argumentaires des médecins contrôleurs, et une partie destinée à recueillir les argumentaires du médecin DIM et ou du praticien responsable du patient.

(2) en cas de désaccord persistant après la concertation, la case ad hoc est cochée dans le logiciel OGC de contrôle et signalée sur la fiche argumentaire.

(3) les fiches argumentaires contradictoires signées par le contrôleur et le médecin responsable du DIM, et le médecin clinicien s'il y a lieu, sont mises à disposition des deux parties à l'issue de la concertation, dans le respect du secret médical; le médecin du DIM est invité à en garder une copie.

Chaque fiche argumentaire est validée par le médecin conseil responsable du contrôle.

Un entretien avec le directeur de l'établissement de santé ou son représentant, assisté du responsable du département de l'information médicale est organisé en fin de contrôle pour restituer les résultats du contrôle notamment les manquements aux règles de facturation (les séjours contigus, les prestations inter établissements).

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. –« L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les

activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent... »

Référentiels

Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé

III. CONTROLE SUR SITE

III.3. Elaboration du rapport

ACTEURS CONCERNES

- Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe.

MODALITES D'ELABORATION DU RAPPORT

Les principes

Le rapport est en partie élaboré par le logiciel de contrôle sur site Il est transmis à l'établissement qui y appose ses observations. Le rapport définitif est constitué des résultats du contrôle et des observations de l'établissement.

Les modalités d'élaboration du rapport de contrôle

A l'issue de la concertation, les conclusions du contrôle sur site peuvent être formulées. Il est alors possible, pour les séjours contrôlés de comptabiliser les divergences, de les qualifier, et d'identifier et de compter les séjours pour lesquels le contrôle conduit à un changement de la valorisation.

Rapport de contrôle MCO

Le logiciel de contrôle sur site en **MCO** (OGC) permet d'élaborer des fiches de synthèse qui constituent, par compilation, le rapport de contrôle. Ces fiches sont remplies de manière automatique, à la suite de la finalisation du contrôle.

La fiche numéro 1 : constitue la synthèse globale des divergences observées pour la totalité des champs contrôlés.

La fiche numéro 2 : représente la synthèse des divergences observées pour chacun des champs contrôlés.

La fiche numéro 3 : se présente comme une fiche par champ contrôlé sous forme de tableau comportant des colonnes. Son format dépend de celui du RSA et peut donc varier à chaque changement de format du RSA.

Une ligne est produite pour tout séjour contrôlé, que le résumé ou la facture soit porteur de divergence ou non, que cette divergence corresponde à une sur ou à une sous facturation. Une ligne et une seule est produite pour chaque séjour.

Toutes les colonnes de cette fiche sont renseignées de manière automatique par OGC, en fonction des informations saisies au cours des étapes précédentes (saisie du RUM, concertation...).

La fiche numéro 4 : fiche de synthèse, rédigée par le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site.

Le rapport final

Ce rapport est constitué des fiches 1 à 4 ; il est élaboré en trois exemplaires, l'un étant destiné à l'établissement, un autre à l'unité de coordination régionale, le dernier étant gardé par le médecin chargé de l'organisation du contrôle.

En pratique le rapport de contrôle précise

- la période vérifiée ;
- la date de début et de fin du contrôle ;
- les activités, prestations et ensemble de séjours contrôlés : leur libellé, le nombre total de séjours répondants aux critères de définition, le nombre de séjours soumis au contrôle et le nombre de séjours contrôlés ;
- les anomalies détectées, leur nombre leur nature et leur cause avec le cas échéant la mention de « facture à recalculer » pour l'ensemble des activités, prestations et séjours contrôlés ;
- une synthèse des anomalies, de leur cause et nature par activités, prestations et séjours contrôlés ;
- la mention éventuelle de la constatation d'un incident ou d'une obstruction à

NB : lors de la transmission du rapport de contrôle à l'établissement il convient de rappeler à l'établissement « *Comme prévu dans la réglementation, le présent rapport de contrôle et vos observations seront transmis à la commission de contrôle, au DGARS et aux caisses d'Assurance Maladie. En conséquence, je vous rappelle que dans vos observations, et conformément aux préconisations de la CNIL, vous ne devez pas faire figurer d'informations médicales nominatives, ni des numéros de RSS qui sont considérées comme des informations indirectement nominatives.* »

Devenir du rapport de contrôle (MCO)

A l'issue du contrôle externe sur site, un rapport de contrôle est rédigé par l'équipe de contrôle sous la responsabilité du médecin chargé de l'organisation du contrôle. Trois exemplaires de ce rapport, tous signés exclusivement par le médecin chargé de l'organisation du contrôle, sont adressés dans les jours suivants la fin du contrôle sur site, sous forme papier, au directeur de l'établissement avec copie au médecin responsable du Département de l'Information Médicale, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Cette transmission se fait dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives, ni le n° de RSS ni le n° de GHM¹³ ne doivent être transmis, le médecin responsable du département de l'information médicale de l'établissement peut demander la communication du tableau de concordance entre les n^{os} OGC et les n^{os} RSS au médecin chargé de l'organisation du contrôle.

¹³ Le n° de GHM est considéré comme un élément de nature médical, au contraire du n° de GHS qui est un élément de facturation.

CALENDRIER ET DELAI REGLEMENTAIRES

Le rapport doit être adressé par le médecin responsable de l'organisation du contrôleur, sous forme papier, au directeur de l'établissement avec copie au médecin responsable du DIM, dans les jours suivants la fin du contrôle sur site.

L'établissement dispose de 30 jours, à compter de la date de réception, pour y apposer ses observations et le retourner au médecin responsable du contrôle sur site

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. –« L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence. Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous facturations. L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent... »

III. CONTROLE SUR SITE

III.4. Transmission du rapport à l'UCR

ACTEURS CONCERNES

- le médecin chargé de l'organisation du contrôle,
- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

MODALITES DE TRANSMISSION DU RAPPORT

Les principes

Le médecin responsable de l'organisation du contrôle adresse le rapport de contrôle à l'UCR dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives.

Les modalités de transmission du rapport de contrôle à l'unité de coordination régionale

Dès réception des observations de l'établissement ou, à défaut, à l'expiration du délai de 30 jours courant à partir de la date de réception, le médecin responsable de l'organisation du contrôle, transmet un exemplaire au responsable du contrôle externe de la Direction Régionale du Service Médical.

Le responsable régional s'assure de l'harmonisation des avis et des argumentaires et transmet l'exemplaire à l'UCR. Cette transmission se fait dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives.

Le médecin responsable de l'organisation du contrôle communique également à l'équipe médicale de l'UCR, sous pli confidentiel pour garantir le respect du secret médical, les éléments suivants :

(1) la fiche de liaison avec les caisses d'Assurance Maladie. Cette fiche comporte des informations administratives (identité des patients, numéro d'entrée, de facture, date de naissance, régime d'Assurance Maladie, taux de prise en charge, caisse gestionnaire...), mais aucune information médicale n'y est consignée.

(2) les fiches argumentaires contradictoires établies au cours du contrôle sur site. Chacune des fiches argumentaires comporte le numéro OGC du séjour associé aux avis et argumentaires du médecin contrôleur et du responsable du département de l'information médicale de l'établissement.

Le médecin responsable de l'organisation du contrôle reste associé au suivi du contrôle ; il peut être consulté lors du traitement du rapport par l'unité de coordination, il sera informé des avis d'expert s'il y a lieu, et sera destinataire du bilan annuel d'exécution du programme élaboré par l'unité de coordination.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art. R 162-42-10. : « .. A l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, le médecin chargé de l'organisation du contrôle transmet à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre.

Circulaire n° DSS/SD1/MCGR/2011/395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

IV. OBSTRUCTION AU CONTROLE

ACTEURS CONCERNES

- le directeur de l'établissement,
- le médecin responsable du DIM,
- le médecin chargé de l'organisation du contrôle et son équipe,
- le médecin conseil DRSM de l'UCR,
- le DG ARS.

DEFINITION DE L'OBSTACLE AU CONTROLE

L'obstacle au contrôle concerne toute pratique qui empêchera le médecin responsable du contrôle et son équipe de remplir leurs missions. Il peut s'agir (1) de la non transmission des données d'activité, ou (2) d'un obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle.

Cette obstruction au contrôle, quel qu'en soit le motif, peut donner lieu à une sanction financière, prononcée par le directeur général de l'ARS, et dont le montant ne peut excéder 5% des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement.

L'annexe 2 de la circulaire DHOS/ATIH du 18 juillet 2008 cite des exemples de situations de non transmission d'information ou d'obstruction au contrôle. Ces exemples ne constituent pas une liste exhaustive de ces cas de figure.

DESCRIPTION DE QUELQUES SITUATIONS

Situations de non transmission des informations d'activité

Absence de transmission d'information : l'absence de transmission des données d'activité dans un délai de deux mois après le délai réglementaire de transmission de la période, ou la transmission de données comportant des défauts importants de qualité, notamment pour ce qui concerne les clés de chaînage anonyme prévues au premier alinéa de l'article 6 de l'arrêté dit PMSI, du 22 février 2008, peuvent être considérées comme un défaut de transmission d'information.

Modification des fichiers transmis:

Pour les établissements ex DG, la modification d'un fichier de données antérieurement transmis (notamment fichier d'activité de type RSA) doit être autorisée par l'ARS.

Ainsi la modification de fichiers antérieurement transmis sans information et accord préalable de l'ARS peut être considérée comme un défaut d'application des dispositions réglementaires.

Pour les établissements ex-OQN, lorsqu'une modification des données de facturation¹⁴ a été validée par l'Assurance Maladie (facture liquidée), l'accord de l'ARS n'est pas requis pour modifier les données d'activité correspondantes à l'occasion de la transmission des données lors de la période suivante.

Cette modification reste toutefois impérative afin que les données d'activité et de facturation restent cohérentes.

¹⁴ Ceci concerne actuellement les seuls établissements ex-OQN

Ainsi, le constat d'un défaut de rectification des données d'activité à la suite d'une rectification de facturation dans les deux mois qui suivent peut être considéré comme un manquement aux conditions de transmission des données d'activité.

Situations traduisant des obstacles au contrôle

Obstacles à la préparation du contrôle : la non conservation ou dégradation du fichier de sauvegarde prévu à l'article 6 II de l'arrêté du 22 février 2008, la non transmission dans les délais indiqués dans le courrier introductif du contrôle des numéros de RSS permettant la sélection des séjours à contrôler, ou la non transmission dans les délais indiqués dans le courrier introductif du contrôle du fichier d'informations administratives concernant les patients dont les séjours font l'objet du contrôle.

Obstacles à la réalisation du contrôle : (1) l'absence de désignation par le responsable de l'établissement du médecin responsable de l'information médicale, (2) le report répété de la date de contrôle sur site par rapport à la date initialement fixée, (3) la non communication, le jour fixé pour le début du contrôle sur site, du fichier de RSS permettant l'utilisation par les contrôleurs de l'outil de gestion du contrôle (OGC), (4) des dossiers médicaux non préparés ou non communiqués, (5) la non communication des informations permettant de faire le lien entre le numéro de RSS et le dossier médical, (6) les dossiers administratifs et ou des facturations non communiqués, (7) l'absence de mise à la disposition des contrôleurs d'un local unique dédié et adapté au contrôle (confidentialité, accès aux dossiers patients informatisés, conditions techniques d'utilisation du matériel informatique...), (8) tout obstacle rencontré par les contrôleurs pour la réalisation de copies des éléments médicaux ou administratifs à l'appui de leurs avis.

Démarche à suivre en situation d'obstacle au contrôle

Avant d'engager la démarche à suivre en cas d'obstacle au contrôle, il est indispensable d'en confirmer l'existence par un entretien entre le médecin responsable du contrôle et le directeur de l'établissement ainsi que le médecin responsable du DIM.

Démarche en cas d'obstacles en amont du contrôle sur site :

Lorsque l'une des situations traduisant un obstacle au contrôle se présente, l'équipe chargée du contrôle ne peut pas remplir sa mission.

S'il s'agit d'une impossibilité de préparer le contrôle, le médecin responsable du contrôle consigne, dans un procès verbal d'incident, les faits ou situations qu'il transmet au médecin conseil DRSM de l'UCR pour coordonner le contrôle T2A. Celui-ci tente une conciliation avec les responsables de l'établissement concerné.

Si la tentative est fructueuse, la procédure de contrôle reprend son cours. Si les tentatives de conciliation demeurent vaines, le médecin chargé du contrôle sur site, rédige un rapport d'obstacle au contrôle qui sera adressé au médecin conseil DRSM de l'UCR, avec copie au directeur de l'établissement. Ce rapport, dans des termes factuels, décrit la situation ; il proposera une éventuelle résolution de la situation et précisera les textes réglementaires à l'origine de la procédure de contrôle.

A réception du rapport, le médecin conseil DRSM de l'UCR informe cette instance. L'UCR en informe le directeur général de l'ARS ; celui-ci informe la commission de contrôle et adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un délai de quinze jours. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, le directeur général de l'ARS peut lui infliger une sanction. La procédure de notification de la sanction est strictement conforme à celle décrite dans la fiche VI.

Démarche en cas d'obstacles au cours du contrôle sur site

La situation d'obstacle au contrôle peut se présenter à l'occasion d'un contrôle sur site ; elle peut survenir entre le premier jour et le dernier jour du contrôle, ou pendant les phases de concertations. En cas de difficultés, le médecin responsable du contrôle en informe le médecin conseil DRSM de l'UCR. Il appartient dès lors au médecin conseil DRSM de l'UCR d'identifier ce qui relève de l'incident et ce qui relève de l'obstacle conduisant à une interruption de tout ou partie du contrôle sur site, sur la base du PV d'incident (annexe 5) rédigé et transmis par le médecin responsable du contrôle sur site.

Si les tentatives de conciliations menées par le médecin conseil DRSM de l'UCR sont demeurées vaines, il est préconisé la rédaction, par le médecin responsable du contrôle sur site, d'un rapport (annexe 6) d'obstacle au contrôle qui sera adressé au médecin conseil DRSM de l'UCR avec copie au directeur de l'établissement. Ce rapport comprend un descriptif des éléments factuels, une éventuelle proposition de résolution de la situation ainsi qu'un rappel des textes réglementaires en lien avec le contrôle.

A réception dudit rapport, le médecin conseil DRSM de l'UCR en informe les membres de l'UCR et recueille leurs avis.

Si l'UCR reconnaît la matérialité de l'obstacle à contrôle, elle en informe l'ARS dans le respect de l'article R 162-42-14.

Si l'obstacle ainsi reconnu ne porte que sur une partie des séjours à contrôler, les séjours non affectés pourront faire l'objet des investigations et traitements habituels. Le contrôle des séjours faisant l'objet de l'obstacle sera ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

Si l'obstacle ainsi reconnu porte sur la totalité des séjours, le contrôle sera ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

En tout état de cause, il conviendra d'attendre la décision de l'ARS avant de procéder à la finalisation d'OGC ; cette finalisation marquant la fin du contrôle sur site.

Les incident ou obstacle devront être consignés dans la fiche de suivi de la charte du contrôle T2A.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Article R. 162-42-14 : « Lorsque l'établissement fait obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle prévu à l'article L. 162-22-18 et exercé dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-10, l'unité de coordination en informe le directeur général de l'agence régionale de santé, qui adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un délai de quinze jours et en informe la commission de contrôle. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, la commission exécutive peut lui infliger la sanction prévue à l'article L. 162-22-18, dans les conditions fixées à l'article R. 162-42-13 ».

Article R. 6113-29 : « Lorsque l'établissement ne transmet pas les informations mentionnées à l'article L. 6113-8 dans les conditions définies en application des dispositions de l'article R. 6113-27, le directeur général de l'agence régionale de

santé lui adresse, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une mise en demeure de s'exécuter dans le délai de quinze jours. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, le directeur de l'agence régionale peut lui infliger la sanction prévue à l'article L. 6113-8. La sanction envisagée et les motifs qui la justifient sont notifiés à l'établissement par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour présenter ses observations. Au terme de ce délai, le directeur de l'agence régionale arrête la sanction, la notifie à l'établissement par tout moyen permettant de déterminer la date de réception et lui indique le délai et les modalités de paiement des sommes en cause. La sanction est comptabilisée et recouvrée dans les conditions prévues à l'article R. 162-42-13 du code de la sécurité sociale.

Circulaire DHOS/ATIH 2008 du 18 juillet 2008.

Référentiels

Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé

V. SUITE DU CONTROLE SUR SITE

V.1. Traitement du rapport de contrôle

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).
- Les caisses primaires

MODALITES DE TRAITEMENT DU RAPPORT

Les modalités de traitement du rapport de contrôle par l'unité de coordination régionale

A réception du rapport, l'équipe médicale de l'UCR s'assure qu'il est complet, cohérent et comporte les signatures nécessaires. Elle prend connaissance du contenu du rapport de contrôle, des divergences entre les contrôleurs et l'établissement, des remarques de l'établissement et de ses éventuelles demandes d'avis d'expert.

Dans les cas où la position de l'établissement lui apparaît fondée et en contradiction avec celle des contrôleurs, l'UCR prend contact avec le responsable du contrôle sur site pour en débattre. La modification de la position des contrôleurs **ne peut se faire qu'en faveur de l'établissement**, pour respecter la procédure de concertation avec l'établissement.

En cas de divergence persistante entre l'UCR et les contrôleurs, l'UCR emporte la décision, qui, pour rappel, ne peut se faire qu'en faveur de l'établissement.

L'UCR adresse à l'établissement par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, un courrier l'informant ¹⁵:

- de la prise en compte ou non de ses remarques,
- de la demande d'avis d'expert, le cas échéant.

En cas de demande d'avis d'expert, la transmission aux caisses des éléments nécessaires au calcul de l'indu et de la sanction n'interviendra qu'à réception de cet avis.

Pour ce qui concerne les divergences portant sur les règles de codage, l'expert consulté est l'ATIH¹⁶.

L'UCR doit apprécier la pertinence de la saisine; elle doit s'assurer préalablement que la divergence n'a pas été traitée antérieurement (rapport des saisines de l'ATIH, forum AGORA sur le site de l'ATIH).

Au retour de l'avis d'expert, l'UCR :

- informe l'établissement et le médecin responsable du contrôle de l'avis donné,

¹⁵ L'établissement ainsi informé pourra saisir le directeur de l'Agence Régionale de Santé d'une demande de saisine de l'ATIH si elle n'a pas été jugée nécessaire par l'UCR.

¹⁶ Les saisines de l'ATIH seront traitées intégralement dans un autre chapitre.

- transmet aux caisses les éléments nécessaires au calcul des sommes dues, modifiés s'il y a lieu en fonction de l'avis donné.

Important :

A l'issue du traitement du rapport de contrôle, l'UCR rédige une note de synthèse.

Il n'appartient pas à l'UCR de contourner l'éventuelle sévérité de cette sanction par un abandon des sanctions avant toute proposition à la commission de contrôle.

A l'exception des contrôles sur site n'ayant pas révélé d'anomalie, toute activité établie comme sanctionnable au niveau du programme régional de contrôle doit être associée au calcul du montant maximal de la sanction déterminé selon les modalités décrites à l'article R 162-42-12 CSS.

Si le champ de contrôle n'est pas sanctionnable (selon le programme régional de contrôle), la note de synthèse comprend a minima les résultats du contrôle et les actions mises en œuvre par les caisses.

Cette note de synthèse est rédigée à l'attention de la commission de contrôle de l'ARS et du DGARS.

Les modalités de traitement du rapport de contrôle par les caisses

L'organisation étant variable selon les régimes concernés, les choix opérés dans les régions, l'appellation générique de caisse sera utilisée ci après pour désigner aussi bien la caisse en charge des calculs ou cellule régionale de calcul que la caisse référente ou la caisse gestionnaire.

L'UCR adresse aux caisses l'ensemble des éléments nécessaires au calcul du montant de la facture contrôlée, le rapport de contrôle et la fiche de liaison avec les caisses, dans le respect des autorisations données par la CNIL. Les informations médicales indirectement nominatives (n° RSS, GHM) doivent être supprimées du rapport de contrôle.

Les caisses procèdent aux opérations permettant à la caisse référente, en lien avec la caisse gestionnaire, de calculer les valeurs avant et après contrôle de l'ensemble des séjours contrôlés. Les surfacturations et les sous facturations sont ainsi mises en évidence.

Les caisses prennent en compte le taux réel de prise en charge par l'Assurance Maladie des séjours, et appliquent aux données d'activité contrôlées les tarifs nationaux complétés, le cas échéant, de suppléments, minorations ou majorations.

Les modalités propres au calcul des sommes à payer

Après comparaison des montants payés et des montants dus, et en cas de surfacturation ou de sous facturation constatée, la caisse engage une procédure de notification des sommes à payer. Cette notification des sommes ne peut être réalisée que sur chaque dossier effectivement contrôlé par le médecin contrôleur.

En retour, et dans le cadre de la procédure de notification des sommes à payer, la caisse transmet à l'UCR, pour chaque séjour:

- le montant initial de la facture,
- le montant de la somme indûment perçue (sur ou sous facturation).

Lors de la procédure de notification des sommes à payer, les caisses procèdent, le cas échéant, à la compensation entre les sommes indûment versées et celles dues par les caisses au titre des sous facturations constatées.

Par combinaison des articles L.133-4, R.133-9-1 et R.133-9-3 du CSS, les notifications des sommes à payer doivent être envoyées par tout moyen permettant de déterminer leurs dates de réception et comporte impérativement les mentions suivantes :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition,
- la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous facturations,
- l'existence d'un délai d'un mois à partir de la réception de la notification, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées,
- l'information du débiteur qu'à défaut de paiement dans le délai d'un mois, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %,
- la possibilité pour le débiteur de présenter des observations écrites à l'organisme d'Assurance Maladie.

Par ailleurs, la notification des sommes à payer précise qu'en présence d'un **accord écrit de l'établissement**, la caisse référente procédera à la **compensation entre les sommes dues au titre des surfacturations et celles dues au titre des sous facturations**.

Cette mention répond à l'obligation posée par le nouvel article R.133-9-3 du CSS qui prévoit l'extinction des dettes réciproques à concurrence de la plus faible, par un commun accord entre les parties. Le montant des sommes à payer, dans cette hypothèse, est alors égal à la différence entre le montant des surfacturations et le montant des sous facturations.

Afin de matérialiser cette compensation dite conventionnelle, il est indispensable de recueillir l'accord écrit de l'établissement. Cet accord sur le principe de la compensation ne prive pas l'établissement de sa capacité à contester la somme à payer.

En cas de saisine de l'ATIH, il convient :

- dans l'attente de la réponse de l'ATIH, de mettre en œuvre la procédure de calcul des sommes à payer en excluant les dossiers concernés par la saisine en cours,
- dès réception de la réponse de l'ATIH, de compléter éventuellement cette procédure par le calcul des sommes à payer sur les dossiers concernés par la saisine.

Les modalités propres au calcul des sanctions

Dans la perspective d'éventuelles sanctions envers l'établissement, l'UCR doit également disposer d'informations concernant le montant des sous facturations éventuelles et des dossiers sans anomalies pour la totalité des séjours de chacun des champs contrôlés.

Les modalités en sont détaillées au point VI.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

« **Art. R. 133-9-3.** - Lorsqu'à la suite d'un contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 les caisses adressent une notification de payer des sommes indûment perçues au regard des dispositions de l'article L. 162-22-6, elles procèdent, avec l'accord de l'établissement, à la compensation entre les sommes indûment perçues par l'établissement et les sommes dues par la caisse au titre des sous-facturations, le cas échéant, constatées à l'occasion du contrôle, en précisant la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous-facturations. » ;

« **Art. R. 162-42-11.** - Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, à l'origine de sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées. Simultanément, l'unité de coordination procède de même pour les sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Les caisses transmettent ces informations à l'unité de coordination dans un délai de deux mois à compter de sa demande.

« La caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 fait connaître à l'unité de coordination, dans un délai de deux mois à compter de sa demande, le montant des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle et, si le contrôle porte sur des activités, des prestations en particulier ou des ensembles de séjours présentant des caractéristiques communes, les recettes annuelles d'Assurance Maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle afférentes à ceux-ci.

« Sur la base de ces éléments, l'unité de coordination adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'agence régionale de santé le rapport mentionné à l'article R. 162-42-10, le cas échéant les observations de l'établissement, le montant maximum de la sanction encourue, déterminé conformément à l'article R. 162-42-12 et un avis sur les observations présentées par l'établissement. » ;

« **Art. R. 162-42-12.** –« Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

« Le directeur général de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalies défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon, et, d'autre part, des sommes dues par l'Assurance Maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

« La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'Assurance Maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

« Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5 % de la totalité des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

« Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'Assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. »

Circulaire n° DSS/SD1/MCGR/2011395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

V. SUITE DU CONTROLE SUR SITE

V.2. Saisine de l'ATIH

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).
- L'ATIH.

MODALITES DE SAISINE DE L'ATIH

Les instances compétentes pour saisir l'ATIH

La saisine de l'ATIH ne peut émaner que de l'UCR, soit à sa propre initiative, soit à celle du directeur général de l'ARS, lui même saisi par un établissement.

Les situations pour lesquelles il est possible de saisir l'ATIH

L'UCR peut décider de recourir à l'expertise de l'ATIH, au vu du rapport de contrôle, devant la nature des divergences médecins contrôleurs/établissement et des remarques de l'établissement.

L'UCR doit examiner toute demande d'un établissement souhaitant une saisine de l'ATIH. Elle appréciera la pertinence de cette saisine; elle s'assurera préalablement que la divergence n'a pas été traitée antérieurement (rapport des saisines de l'ATIH, forum AGORA sur le site de l'ATIH).

L'UCR informe l'établissement des suites données de sa demande de saisine et la motive.

L'ATIH ne peut être saisie par l'UCR que pour les divergences portant sur les règles de codage de toutes les variables du résumé de sortie du séjour.

L'ATIH ne doit pas être saisie par l'UCR en revanche pour les questions relevant :

- des définitions médicales d'une affection,
- de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic,
- des honoraires médicaux,
- du bien fondé du classement d'un séjour dans un GHM ; l'ATIH ne peut que vérifier et valider le groupage au vu des informations contenues dans le résumé de sortie du séjour.

Pour les cas sus cités, il appartient à l'UCR, si nécessaire, de recourir à tout autre expert qu'elle jugera compétent.

Pour lui permettre de pouvoir répondre dans des délais satisfaisants, l'ATIH a instauré depuis la campagne 2009 des quotas régionaux¹⁷ de saisines adressées par les UCR.

17 Circulaire n° DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009

Les UCR doivent scrupuleusement respecter ces quotas sous peine de ne pas recevoir de réponse pour les saisines en sus.

La procédure de saisine

Les éléments transmis à l'expert sont anonymisés (patients, professionnels de santé et établissement) par les médecins de l'UCR.

La demande d'expertise est adressée par l'UCR au directeur de l'ATIH, par courrier signé du président de l'UCR. A ce courrier, l'UCR joint les pièces suivantes :

- 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 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 du rapport de contrôle pour les cas en cause (celle qui comporte les observations du contrôleur et du DIM en cas de divergence).
- f) les éléments du dossier médical photocopiés par le contrôleur.

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, pour une même situation clinique concernant 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 si ce dernier comporte des variantes pouvant modifier la hiérarchisation ou le codage, alors il convient de distinguer les fiches.

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.

Dans la mesure du possible il sera procédé à des demandes d'avis groupées en respectant toutefois la limite des quotas

La saisine sur demande du directeur général de l'ARS

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, un établissement peut demander au directeur général de l'ARS la saisine de l'ATIH contre l'avis de l'UCR.

L'établissement peut adresser au directeur général de l'ARS (DGARS) 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 DGARS.

Cette demande, par l'établissement, au DGARS est à produire dans les 15 jours après réception de la décision de l'UCR de ne pas saisir l'ATIH.

Après réception de la demande de l'établissement, le DGARS décide ou non de l'opportunité de la saisine de l'ATIH, après avoir consulté le président de l'UCR. Cette décision doit intervenir dans un délai d'un mois suivant la demande de l'établissement.

Si le DGARS décide de recourir à l'avis de l'ATIH et demande à l'UCR de saisir l'ATIH .

L'avis de l'ATIH

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

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

La réponse est adressée par courrier au président 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 DGARS, la réponse lui est également adressée. Dans tous les cas, la case identifiant l'origine de la saisine – DGARS ou UCR – doit être renseignée sur la grille de saisine.

Suites données à l'avis de l'ATIH

L'UCR informe les établissements concernés des cas soumis à expertise et de la réponse apportée par l'ATIH. L'UCR transmettra annuellement les résultats des saisines de l'ATIH au COTRIM.

A des fins d'amélioration de la qualité et de la compréhension des règles de codage, l'ATIH publie sur son site Internet les situations cliniques ayant fait l'objet d'une saisine, sans référence aux établissements concernés. 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.

CALENDRIER OU CONTRAINTE DE DELAI

- Le délai de la demande de saisine de l'ATIH adressé par l'établissement au DGARS est de 15 jours après réception de la décision de l'UCR,
- le délai de la décision du DGARS est d'un mois à réception de la demande de l'établissement,
- le délai de l'avis de l'ATIH est d'un mois à réception de la demande de l'UCR.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

Art R162-42-10 : « L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort. Il recherche notamment les surfacturations et les sous-facturations.

L'établissement est tenu de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent. Les personnes chargées du contrôle exercent leur mission dans les conditions prévues à l'article R. 166-1.

A l'issue du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle communique à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'il date et signe mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, le médecin chargé de l'organisation du contrôle transmet à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre »

Circulaire N°DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007

Circulaire N° DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009

VI. PROCEDURE DE SANCTIONS

VI.1. Préparation du dossier de sanction

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

MODALITES DE PREPARATION DU DOSSIER DE SANCTION

L'UCR transmet au DGARS et à la commission de contrôle le rapport de contrôle et une note de synthèse

L'UCR doit, avant cette étape, vérifier le caractère sanctionnable du champ, réunir les éléments financiers nécessaires au calcul de la sanction et calculer le montant maximal de la sanction :

1. Confirmation du caractère "sanctionnable" du champ contrôlé.

L'UCR doit vérifier que la totalité des contraintes réglementaires ont été respectées¹⁸ :

- le programme de contrôle a été formellement établi par le directeur général de l'ARS,
- l'ARS a informé l'établissement du contrôle par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, en précisant :
 - o l'intitulé des champs contrôlés, libellé comme dans le programme de contrôle
 - o le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site,
 - o la date à laquelle l'établissement est informé du contrôle.
- le courrier du DGARS a été reçu avant le 31 décembre de l'année suivant celle de production des données
- le contrôle a eu lieu à une date compatible avec celle fixée dans le courrier de l'ARS
- le respect des règles de constitution du champ de contrôle décrites à la fiche I.2.
- la totalité des séjours contrôlés répond strictement à la définition du champ telle qu'elle figure dans le programme de contrôle et dans le courrier envoyé par l'ARS à l'établissement,
- en cas de contrôle de plusieurs champs, aucun séjour n'est pris en compte dans plus d'un champ,
- la procédure de contrôle a recueilli tous les éléments susceptible d'influer sur le montant des séjours (à la fois les sur et les sous facturations),
- les anomalies prises en considération pour la sanction sont motivées exclusivement par l'un des griefs suivants :

¹⁸ Si une seule des conditions n'est pas remplie, la procédure de mise en oeuvre des sanctions financières prévues à l'article L 162-22-18 du CSS doit être abandonnée au profit d'un autre débouché

- manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6 du CSS,
- erreurs de codage,
- absence de réalisation d'une prestation facturée,
- la procédure de concertation a été respectée et formalisée,
- le rapport de contrôle a été adressé à l'établissement par le responsable du contrôle sur site par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception,
- le rapport de contrôle a été signé par le médecin chargé de l'organisation du contrôle,
- le rapport de contrôle mentionne la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle,
- le rapport de contrôle transmis à l'UCR est accompagné des observations de l'établissement et signé par son représentant légal, sauf si l'établissement n'a pas retourné le rapport de contrôle dans le délai d'un mois suivant sa réception.

L'UCR vérifiera que l'établissement a disposé du temps nécessaire pour modifier sa pratique en matière de codage et de facturation. Tout nouveau contrôle ne doit être réalisé que sur les facturations produites dans l'année qui suit celle de la notification des indus.

2. Instruction du rapport de contrôle par l'UCR

L'UCR confronte les avis des contrôleurs sur site aux observations de l'établissement.

Elle peut demander l'arbitrage de l'ATIH, dans les conditions rappelées à la fiche (V.2).

Une fois les avis rendus définitifs, l'UCR procède au recueil des éléments financiers nécessaires au calcul du montant de la sanction.

3. Recueil des éléments financiers nécessaires au calcul du montant de la sanction

L'UCR demande les éléments financiers aux caisses qui ont supporté l'indu par tout moyen permettant de déterminer la date de réception

Les éléments financiers nécessaires au calcul du montant de la sanction sont :

- l'état des sommes payées au titre des factures contrôlées
- l'état des sommes indûment perçues par l'établissement au titre des surfacturations,
- l'état des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations,
- le montant des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement de l'année antérieure au contrôle pour le champ contrôlé, c'est à dire l'année de production des données contrôlées,
- les recettes annuelles totales d'Assurance Maladie de l'établissement pour l'année antérieure au contrôle, c'est à dire l'année de production des données contrôlées.

A réception de la demande, les caisses qui ont supporté l'indu ont un délai de deux mois pour communiquer à l'UCR l'état des sommes payées au titre des factures contrôlées et des sommes dues. **Cet état doit être communiqué pour tous les séjours contrôlés : ceux pour lesquels aucune anomalie n'a été mise en évidence, ceux pour lesquels une sous facturation a été constatée, ceux pour lesquels existe une surfacturation.**

L'état des sommes payées au titre des factures contrôlées correspond au montant initial de la facture. Pour les établissements ex-OQN, il est connu directement de l'organisme gestionnaire de l'assuré. Pour les établissements ex-DG, il est calculé par VALCO. Il est égal au montant total des prestations d'hospitalisation financé par l'organisme d'Assurance Maladie obligatoire.

L'état des sommes dues au titre des factures contrôlées correspond à la valorisation des données médico-administratives après le contrôle sur site, en tenant compte des règles de facturation et des tarifs en vigueur à la date du séjour, des différents taux de prise en charge modulant le tarif. Cet état prend en compte les surfacturations comme les sous facturations.

4. Calcul du montant maximal de la sanction

A réception des éléments financiers concernant les établissements, l'UCR détermine

- le taux d'anomalie constaté sur le champ de contrôle,
 - le montant maximal de la sanction pour le champ de contrôle,
 - le montant maximal de la sanction pouvant être appliquée à l'établissement.
- et transmet ces éléments à la commission de contrôle et au DG ARS.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

« Art R. 162-42-11. – Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, entraînant des sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet, par tout moyen de rapporter sa date de réception, le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées. Simultanément, l'unité de coordination procède de même pour les sommes dues au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon. Les caisses transmettent ces informations à l'unité de coordination dans un délai de deux mois à compter de sa demande.

« La caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 fait connaître à l'unité de coordination, dans un délai de deux mois à compter de sa demande, le montant des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle et, si le contrôle porte sur des activités, des prestations en particulier ou des ensembles de séjours présentant des caractéristiques communes, les recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle afférentes à ceux-ci.

« Sur la base de ces éléments, l'unité de coordination adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'agence régionale de santé le rapport mentionné à l'article R. 162-42-10, les observations de l'établissement, le cas échéant, le montant maximum de la sanction encourue, déterminée à l'article R. 162-42-12 et un avis sur les observations présentées par l'établissement. » ;

« Art. R. 162-42-12. – Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalie défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous

facturations constatées sur l'échantillon, et d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

« La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

« Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5% de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

« Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

VI. PROCEDURE DE SANCTIONS

VI.1bis Calcul des montants maximum des sanctions

ACTEURS CONCERNES

- l'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

MODALITES DE CALCUL : UTILISATION DE VALCO

L'UCR soumet, à la commission de contrôle, le rapport de contrôle et une note de synthèse

Le montant maximal de la sanction est fixé de la manière suivante :

1. Un taux d'anomalies est calculé sur l'échantillon, égal au pourcentage :
 - des sommes indûment perçues constatées sur l'échantillon résultant de la différence entre les surfacturations et les sous facturations constatées sur l'échantillon ;
 - sur les sommes dues après contrôle par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.
2. Le montant maximal de la sanction doit être inférieur à dix fois le montant du préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon, qui tient compte des surfacturations et des sous facturations ;
3. L'article L. 162-22-18 Code de la sécurité sociale impose en outre un plafond absolu de 5% des recettes annuelles totales de l'assurance maladie de l'établissement en cause.

Exemple : un établissement de santé est contrôlé sur l'activité d'un GHS comportant 500 dossiers à partir d'un échantillon de 200 dossiers :

- montant total annuel de recettes de l'assurance maladie pour l'établissement : 100 M€.
- montant total de recette pour l'activité du GHS : 250 000 €.
- montant des recettes sur l'échantillon avant contrôle : 120 000 € :
 - o montant de surfacturations de : 30 000 € ;
 - o montant de sous facturation de : 10 000 €.

On a donc :

- Le préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon est de :
 $30\,000\text{ €} - 10\,000\text{ €} = 20\,000\text{ €}$;
- Le plafond de dix fois le préjudice subi par l'assurance maladie sur l'échantillon est égal à :
 $10 \times 20\,000\text{ €} = \underline{\underline{200\,000\text{ €}}}$;
- Les montant des recettes sur l'échantillon après contrôle sont de :
 $120\,000 - 20\,000\text{ €} = 100\,000\text{ €}$;
- Le taux d'anomalies constaté sur l'échantillon est donc de :
 $20\,000\text{ €} / 100\,000\text{ €} = 20\%$;

– Le montant maximal de la sanction calculé sur la base du taux d’anomalies est égal à :
 $20 \% \times 250\,000 \text{ €} = \underline{50\,000 \text{ €}}$;

En conséquence, le montant maximal de la sanction est celui imposé par le montant calculé par le taux d’anomalies : 50 000 €.

Ces calculs sont réalisés par des outils.

Le logiciel de gestion des contrôles OGC permet en sortie d'envoyer sur la plateforme e-pmsi de l'ATIH les RSA avant et après contrôle. Ces RSA avant et après contrôle vont servir à VALCO, pour les établissements ex-DGF, à calculer automatiquement le montant maximum de la sanction.

Le logiciel de valorisation des contrôles (VALCO), développé par l'ATIH, permet, à partir des informations transmises au sortir du contrôle sur site, de calculer, pour les établissements ex-DGF, et pour chaque champ de contrôle :

- les montants avant et après contrôle,
- le taux d’anomalies,
- les plafonds de la sanction pour le champ de contrôle

Pour les établissements ex-OQN les montants avant et après contrôle ainsi que les recettes assurance maladie doivent être saisis manuellement. VALCO réalise ensuite les calculs de sanction à partir de ces valeurs saisies.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Art R162-42-12 : « Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur général de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalies défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon, et, d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5 % de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. »

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.

Décret no 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

Circulaire n° DSS/SD1/MCGR/2011/395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

VI. PROCEDURE DE SANCTIONS

VI.2. Constitution du dossier de sanction

ACTEURS CONCERNES

- L'unité de coordination régionale du contrôle externe (UCR).

MODALITES DE CONSTITUTION DU DOSSIER

L'UCR transmet au DGARS et à la commission des contrôles, pour chaque établissement contrôlé dans l'optique de sanction et pour chaque champ sanctionnable, un dossier de sanction accompagné d'une note de synthèse.

1. Elaboration du dossier de sanction.

Ce dossier comporte :

Pour l'ensemble du contrôle :

- la copie du courrier de l'ARS informant l'établissement du contrôle, ainsi que la copie de l'avis de réception,
- le rapport de contrôle, ainsi que son avis de réception, accompagné des observations et/ou réponse de l'établissement, ainsi que d'un avis sur ces observations.

Pour chacun des champs sanctionnables :

- le nombre de séjours total du champ de contrôle,
- le nombre de séjours contrôlés pris en compte pour la détermination de la sanction¹⁹,
- pour chacun des séjours contrôlés intégrés dans le calcul de la sanction :
 - le numéro d'ordre du rapport OGC²⁰ permettant à l'établissement d'identifier le dossier,
 - les éléments issus de la fiche n°3 permettant la valorisation du séjour avant et après contrôle, anonymisés
 - le cas échéant, le motif de l'avis défavorable,
- le cas échéant, les avis d'expert(s) demandés par l'UCR
- les éléments permettant au DGARS et à la commission de contrôle de se prononcer sur la gravité des manquements et le caractère réitéré.

Pour chacun des champs sanctionnables, les éléments financiers suivants :

- le montant total initial des séjours contrôlés,
- l'état des sommes indûment perçues par l'établissement au titre des surfacturations,
- l'état des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations
- le montant après contrôle des séjours contrôlés
- la date, la cause et la nature des sommes indûment perçues

¹⁹ Un séjour présentant une anomalie de facturation n'entre pas dans le champ de détermination de la sanction s'il ne présente pas l'un des 3 griefs suivants : manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, erreur(s) de codage, non réalisation d'une prestation facturée ou si le préjudice supporté par la caisse d'Assurance Maladie n'a pas été notifié.

²⁰ Pour les contrôles réalisés sans OGC, seront transmis les éléments permettant à l'établissement d'identifier le dossier, par exemple le numéro de facture.

- le montant de la recette d'Assurance Maladie afférente au champ contrôlé pour l'année antérieure au contrôle,
- la recette annuelle totale d'Assurance Maladie pour l'année antérieure au contrôle et le plafond de 5 % de cette recette,
- le montant des sommes indûment perçues et le plafond de 10 fois ce montant,
- le taux d'anomalie,
- le montant calculé de la sanction.

Ce dossier est transmis au DGARS et à la commission de contrôle par tout moyen permettant de rapporter la preuve de leur réception, accompagné d'un courrier précisant :

- que le contrôle externe de la T2A a été réalisé conformément à l'article L 162-22-18 du CSS,
- qu'une ou plusieurs sanctions financières étaient prévues dans le programme de contrôle pour cet établissement,
- que l'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder, parallèlement à la procédure de sanction financière, à la récupération des sommes indûment perçues constatées conformément à l'article R.133-9-3 du CSS.

2. Transmission du montant de la sanction.

L'UCR doit transmettre le montant maximal de la sanction prévue par l'art. R 162-42-12 assorti d'éléments de nature technique permettant de moduler éventuellement ce montant.

Le montant maximal de la sanction est fixé de la manière suivante :

1/. Il convient tout d'abord de calculer le taux d'anomalies sur l'échantillon, qui est égal au quotient :

- de la différence entre les surfacturations et les sous facturations constatées sur l'échantillon ;
- sur les sommes dues par l'Assurance Maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon ;

Ce taux d'anomalie est multiplié par le montant des recettes annuelles d'Assurance Maladie afférentes aux activités, prestations ou ensemble de séjours ayant fait l'objet du contrôle. Le résultat fournit une première borne supérieure de la sanction.

2/. Ensuite, il convient de calculer dix fois le montant résultant de la différence entre les sur- et les sous facturations constatées sur l'échantillon ; Il s'agit d'une deuxième borne supérieure.

3/. Enfin, il faut calculer le montant représenté par 5% des recettes annuelles totales de l'Assurance Maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle qui constitue la troisième borne.

Le montant maximum de la sanction est le plus petit des montants trouvés aux 1, 2 et 3.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

« **Art R. 162-42-11.** – Lorsque le rapport fait apparaître des manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, des erreurs de codage ou l'absence de réalisation d'une prestation facturée, entraînant des sommes indûment perçues, l'unité de coordination transmet, par tout moyen de rapporter sa date de réception, le rapport de contrôle aux caisses qui ont supporté l'indu et leur demande la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues et des sommes payées au titre des factures contrôlées. Simultanément, l'unité de coordination procède de même pour les sommes dues au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon. Les caisses transmettent ces informations à l'unité de coordination dans un délai de deux mois à compter de sa demande.

« La caisse mentionnée aux articles L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1 fait connaître à l'unité de coordination, dans un délai de deux mois à compter de sa demande, le montant des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle et, si le contrôle porte sur des activités, des prestations en particulier ou des ensembles de séjours présentant des caractéristiques communes, les recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle afférentes à ceux-ci.

« Sur la base de ces éléments, l'unité de coordination adresse à la commission de contrôle et au directeur général de l'agence régionale de santé le rapport mentionné à l'article R. 162-42-10, les observations de l'établissement, le cas échéant, le montant maximum de la sanction encourue, déterminée à l'article R. 162-42-12 et un avis sur les observations présentées par l'établissement. » ;

« **Art. R. 162-42-12.** – « Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalie défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon, et d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

« La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

« Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5% de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. » ;

Circulaire n° DSS/SD1/MCGR/2011/395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

VII. NOTIFICATION DE LA SANCTION

ACTEURS CONCERNES

- le directeur général de l'ARS (DGARS)
- la commission de contrôle.

MODALITES DE MODULATION DE LA SANCTION

La sanction vise à garantir le respect des règles de codage par les établissements de santé. Sa bonne application appelle une pratique homogène entre les différents établissements et les différentes régions. Les critères de modulation proposés infra visent donc à harmoniser les pratiques des directeurs généraux des ARS dans la fixation du montant des sanctions.

C'est dans cette perspective qu'aux termes de l'article R. 162-42-13 CSS, le directeur général de l'ARS prononce la sanction après avis de la commission de contrôle puis la notifie à l'établissement. Le montant de la sanction est déterminé en fonction de la gravité et du caractère réitéré des faits et en application des dispositions de l'article R. 162-42-12 CSS. Le pouvoir d'appréciation incombe donc au directeur général de l'ARS qui peut prononcer une sanction en deçà du montant maximal.

Le DGARS peut ne pas suivre l'avis de la commission. Dans ce cas, il doit motiver sa décision (art. R.162-42-13).

- Appréciation de la gravité des manquements

Afin d'éviter une trop grande hétérogénéité des pratiques, la gravité des faits pourra être appréciée en fonction des critères suivants :

- importance du taux d'anomalies sur une même activité, prestations ou séjours présentant une caractéristique commune ;
- si le manquement constaté relève de l'absence de réalisation de la prestation ;
- caractère réitéré du manquement sur la même activité, prestation ou des séjours présentant une caractéristique commune.

L'importance du taux d'anomalies pour un champ de contrôle doit s'apprécier en fonction du pourcentage de dossiers en anomalie pour un champ donné.

- Caractère réitéré des manquements

L'article 115 de la LFSS pour 2011 a modifié l'article L. 162-22-18 CSS en ajoutant le « caractère réitéré des manquements » dans les critères de modulation du montant de la sanction.

Il est proposé de considérer qu'un manquement est réitéré dès lors que les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- les deux occurrences du manquement doivent porter sur la même activité, prestation ou les mêmes séjours présentant une caractéristique commune de l'établissement ;

-le manquement doit être constaté sur une autre campagne que celle au cours de laquelle a été constatée la première occurrence du manquement de l'établissement contrôlé ;

L'espace entre ces deux campagnes doit être suffisant pour avoir laissé le temps à l'établissement de corriger ses pratiques de codage : tout nouveau contrôle doit être réalisé sur les facturations émises dans l'année qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu la notification des griefs.

MODALITES DE NOTIFICATION DE LA SANCTION

La notification de la sanction est faite par le DGARS en deux étapes

- la notification de la sanction envisagée (première notification),
- la notification de la sanction prononcée (deuxième notification).

Entre ces 2 étapes, il est laissé à l'établissement la possibilité de faire valoir des observations.

1. La notification de la sanction envisagée (première notification)

Un courrier de notification de la sanction envisagée est adressé par le DGARS à l'établissement.

Ce courrier comprend :

-
- le montant de la sanction envisagée pour chaque champ contrôlé soumis à sanction,
- la date, la cause et la nature et le montant de chacun des sommes indûment perçues
- les motifs justifiant la sanction (type des manquements observés) pour chaque champ contrôlé soumis à sanction,
- le délai dont dispose l'établissement pour présenter ses observations : ce délai est fixé à un mois

2. La notification de la sanction prononcée (ou définitive) (deuxième notification)

Au terme du délai d'un mois (ou après audition de l'établissement), si il décide de poursuivre la procédure, le DGARS sollicite l'avis de la commission de contrôle sur le montant de la sanction.

La commission de contrôle, dès sa saisine par le directeur général de l'ARS informe l'établissement de santé qu'il peut être entendu par elle dans le délai de deux mois à compter de sa date de saisine par le directeur général de l'ARS.

A l'expiration de ce délai ou après avoir entendu l'établissement en cause, la commission de contrôle rend un avis motivé, portant notamment sur la gravité des manquements constatés ainsi que sur le montant de la sanction envisagée.

Elle adresse son avis au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à l'établissement dans un délai de deux mois à compter de sa saisine.

Le DGARS prononce ensuite la sanction.

La notification de la sanction est adressée dans un délai d'un mois suivant l'avis de la commission de contrôle par le DGARS à l'établissement par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception

La notification comprend :

- les motifs justifiant la sanction finalement retenue et son montant
- les modalités et les délais de paiement : fixés à un mois
- la date, la cause et la nature et le montant de chacun des sommes indûment perçues
- le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle.

Une copie de cette notification est adressée par le DGARS à la commission de contrôle et au directeur de la caisse compétente pour le recouvrement de la sanction (caisse mentionnée à l'art. L174-2-1 ou L174-18).

Si le DGARS ne prononce pas de sanction malgré la proposition de la commission de contrôle, il communique dans un délai d'un mois à la commission de contrôle les motifs de cette abstention.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

Code de la sécurité sociale

« Art. R. 162-42-12. – Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalie défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon, et d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

« La sanction est fixée en fonction de la gravité des manquements constatés et de leur caractère réitéré, à un montant au maximum égal au montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensembles de séjours ayant fait l'objet du contrôle multiplié par le taux d'anomalies.

« Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations constatées sur l'échantillon. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5% de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

« Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 du code de la sécurité sociale. »

« Art. R. 162-42-13. – I. - Le directeur général de l'agence régionale de santé adresse à l'établissement en cause, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception, une notification comportant la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le montant de la sanction maximale encourue, en indiquant à l'établissement qu'il dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception pour demander à être entendu, si il le souhaite, ou présenter ses observations écrites.

« À l'issue du délai d'un mois à compter de ladite notification ou après audition de l'établissement en cause, lorsque celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, si le directeur général de l'agence régionale de santé décide de poursuivre la procédure, il saisit la commission de contrôle dans un délai d'un mois et lui communique, le cas échéant, les observations présentées par l'établissement en cause.

« II. - Après que le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, l'établissement en cause dans le délai imparti, la commission de contrôle rend un avis motivé, portant notamment sur la gravité des manquements constatés, ainsi que sur le montant de la sanction envisagée. Elle adresse son avis au directeur général de l'agence régionale de

santé ainsi qu'à l'établissement en cause dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme de ce délai, l'avis est réputé rendu.

« III. - À compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur général de l'agence régionale de santé prononce la sanction, la notifie à l'établissement dans un délai d'un mois par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception en indiquant à l'établissement la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le délai et les modalités de paiement des sommes en cause, les voies et délais de recours, ainsi que, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. Il adresse une copie de cette notification à la commission de contrôle et à la caisse mentionnée à l'article L. 174-2, L. 174-18 ou L. 752-1. Cette caisse recouvre le montant des sommes en cause.

« Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé décide de ne pas prononcer de sanction alors que la commission de contrôle y était favorable, il notifie sa décision à l'établissement dans un délai d'un mois et communique les motifs de son abstention à la commission de contrôle dans le même délai.

« IV. - Lorsqu'une décision juridictionnelle exécutoire aboutit à un montant d'indu inférieur de celui notifié initialement à l'établissement et que la sanction afférente à l'indu contesté a déjà été notifiée, le directeur général de l'agence régionale de santé rectifie le montant de la sanction en fonction du montant d'indu résultant de la décision juridictionnelle. »

Circulaire n° DSS/SD1/MCGR/2011/395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

Circulaire DHOS 2007/303 du 31 juillet 2007

VIII. SUIVI DU CONTENTIEUX DES SANCTIONS

ACTEURS CONCERNES

- le directeur général de l'ARS (DGARS) ;
- les correspondants régionaux de l'ARS pour le contrôle.

OBJECTIFS DU SUIVI DES SANCTIONS

L'objectif de ce suivi est :

- ◆ de disposer d'un état des lieux, régional et national, sur les différents montants des sanctions délivrées par les ARS en fonction des étapes de la procédure ;
- ◆ de recenser l'ensemble des contentieux portant sur les contrôles T2A.

MODALITES DE SUIVI DES SANCTIONS

Recueil des informations sur les sanctions

Le suivi ne s'arrête pas à la première notification de la sanction. Cette notification ouvre en effet droit à contentieux auprès du tribunal administratif. C'est donc l'ensemble du processus qui doit être considéré : notification des sanctions, contentieux qui en découlent, résultat de ces éventuels contentieux.

Saisie des informations

Les données relatives au suivi des sanctions sont recueillies à l'aide du logiciel SUSANA (SUIvi des SANctions Notifiées par les ARS). Cet outil est mis à disposition des ARS pour réaliser le suivi des sanctions et des contentieux qui en découlent.

Cet outil a donc une double fonctionnalité : recueillir des informations sur le montant des sanctions délivrées par les ARS d'une part, et recenser l'ensemble des contentieux portant sur les contrôles T2A d'autre part. Il permet une saisie régionale des informations liées aux sanctions et aux contentieux administratifs (tribunal administratif, appel et Conseil d'état) et propose également des tableaux de synthèse régionale des informations saisies.

Il est complémentaire de l'outil VALCO (valorisation des contrôles) qui a pour objectif le calcul de la sanction en fonction du pourcentage de surfacturation et des recettes assurance maladie de l'activité contrôlée. Les informations renseignées dans VALCO sont donc étroitement liées aux informations de SUSANA ; une bonne qualité de remplissage de VALCO est nécessaire pour l'utilisation de SUSANA.

En effet SUSANA est, dans un premier temps, alimenté par les informations de VALCO, puis ensuite les informations sur le suivi sont saisies.

La saisie de ces informations est réalisée par les membres ayant l'habilitation donnée par l'ARS.

Les informations sont saisies sur le site e-pmsi de l'ATIH.

Les principales informations saisies sont :

- montant et date de la première notification ;
- montant et date de la notification définitive par l'ARS ;
- motif de la sanction (indiqué dans la notification) ;
- sanction contestée ;
- recours gracieux ;
- sanction contestée devant le TA (date de saisine, résultat du contentieux, montant de la sanction après TA, motifs de la décision si modification ou annulation) ;
- sanction contestée en appel (date de saisine, résultat du contentieux, montant de la sanction après appel, motifs de la décision) ;
- sanction contestée en Conseil d'état (date de saisine, résultat du contentieux, montant de la sanction après CE, motifs de la décision)
- pièce(s) jointe(s) de la décision
- montant final de la sanction après contentieux ;
- date de recouvrement notifiée.

Réunion de correspondants régionaux

L'ATIH assure une maintenance de l'outil SUSANA afin de répondre au mieux aux besoins de ses utilisateurs. A cette fin, des réunions régulières sont organisées avec les correspondants régionaux concernés qui visent à identifier des pistes d'amélioration. Ces rencontres sont également l'occasion de communiquer sur les éventuelles évolutions réglementaires et de présenter les résultats nationaux sur ce suivi.

RAPPORT DE SUIVI DES SANCTIONS

Un rapport annuel portant sur les sanctions après contrôle de la T2A est élaboré par l'ATIH sur la base des informations saisies dans SUSANA. Ce rapport permet de faire une synthèse de chaque campagne de contrôle.

Ce rapport est diffusé par l'ATIH pour mettre à disposition de tous les acteurs les informations recueillies. Il est publié sous forme d'annexe à une notice technique.

REFERENTIELS

Référentiels juridiques

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.

Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

Circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

LEXIQUE

ARS : Agence Régionale de santé

ATIH : Agence technique de l'Information sur l'hospitalisation.

Atypie : manque de conformité par rapport à des données de référence

Commission de contrôle : Cette commission instituée par le décret du 31 mars 2010, est composée à parité de représentants de l'agence régionale de santé, désignés par son directeur général et de représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Elle a un pouvoir consultatif.

CRA : Commission de recours amiable : Emanation du conseil de la caisse d'assurance maladie. Elle est composée d'un nombre égal de représentants des salariés et de représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.

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.

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. Le Groupe Homogène de Séjour qualifie la prestation hospitalière facturée.

LAMDA : Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité, outil mis à disposition par l'ATIH, permet aux établissements de santé (ex-DG) de transmettre sur la plateforme e-pmsi en n+1 et n+2 des données d'activité de l'année n, en vue de régulariser un défaut d'exhaustivité des données d'activité, ou des données administratives de prise en charge des patients. Son utilisation est soumise à l'autorisation de l'ARS.

LEDDA : Logiciel d'extraction de données DATIM pour le contrôle externe, outil mis à disposition par l'ATIH

Obstacle à contrôle : infraction caractérisée lorsque le responsable du contrôle sur site est empêché par l'établissement de santé d'accomplir ses missions de vérification et de contrôle.

OSCT : Outil de sélection des contrôles T2A

Procédure contradictoire : Procédure qui permet un dialogue permanent entre la personne contrôlée et celle qui effectue le contrôle.

Réitération : Répétition d'erreurs ou de manquements pour une activité, prestation ou ensemble de séjours donnés et pour lesquels le premier manquement ou erreur a donné lieu à une action en répétition d'indus et/ou une décision de sanction financière.

Susana : Outil de Suivi des sanctions notifiées par les ARS

T2A : Tarification à l'Activité : réforme du financement établissements de santé mise en œuvre depuis le 1er janvier 2004 dans les établissements de santé anciennement sous dotation globale, et à compter du 1er mars 2005 dans les établissements de santé privés anciennement sous OQN. Son principe consiste à financer les établissements de santé sur la base de l'activité réellement produite (appréciée notamment au travers des GHM et donnant lieu à "forfait au séjour").

Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) : juridiction spécifique à la Sécurité sociale. Composée d'un magistrat et de deux assesseurs représentant l'un les travailleurs salariés, l'autre les employeurs ou travailleurs indépendants, elle statue uniquement en première instance sur les affaires qui opposent les cotisants aux organismes de Sécurité sociale.

TA : Tribunal administratif : Juridiction du premier degré de l'ordre administratif. Elle résout les litiges opposant les personnes privées (particuliers, sociétés privées, associations...) à des collectivités publiques ou opposant des collectivités publiques entre elles.

Valco : Outil de Valorisation des contrôles

UCR : Placée auprès de la commission de contrôle de l'Agence Régionale de Santé, l'Unité de Coordination Régionale est composée majoritairement de médecins pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. Elle élabore un projet de programme régional de contrôle, coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'agence régionale de santé et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

ANNEXES

- **MODELE DE FICHE DE CONCERTATION**
- **MODELE DE FICHES N°3 ET N°4**
- **MODELE DE FICHE N°5 ET NOTICE DE REMPLISSAGE**
- **FICHE DE SAISINE ATIH**

ANNEXES

- **MODELE DE FICHE DE CONCERTATION**
- **MODELE DE FICHES N°3 ET N°4**
- **MODELE DE FICHE N°5 ET NOTICE DE REMPLISSAGE**
- **FICHE DE SAISINE ATIH**

Modèle de fiche de concertation

N° champ :	Libellé du champ de contrôle :	N° OGC :
------------	--------------------------------	----------

GHS initial :	GHS avant concertation :	GHS final après concertation :
---------------	--------------------------	--------------------------------

Fiche argumentaire du : / / 201x

Document susceptible d'être produit aux services administratifs de l'établissement et des organismes de sécurité sociale, n'inscrire aucun élément couvert par le secret médical.

ARGUMENTAIRE DU MEDECIN CONTROLEUR

AVIS ET/OU ARGUMENTAIRE DU MEDECIN DIM ET/OU DU PRATICIEN RESPONSABLE DU PATIENT

Accord :

Désaccord : (les éléments couverts par le secret médical sont à mentionner sur la fiche annexe)

Nom et signature du médecin du DIM :
Dr

Atteste avoir pris connaissance des éléments du dossier y compris ceux couverts par le secret médical et des arguments soutenus par les médecins contrôleurs et avoir eu l'opportunité d'en débattre contradictoirement

DECISION FINALE APRES CONCERTATION

Maintien de l'avis initial du médecin contrôleur : Oui Retour codage initial : Autre codage :

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN CONTROLEUR AYANT FAIT LA
CONCERTATION
DR

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU DIM
DR

NRSS
RSA: Nb de RUM composant le RSS d'origine (NbRUM)
RSA: Nb de séances
RSA: Nb de journées au-delà de la borne extrême haute
RSA: Type de séjour inférieur la borne extrême basse
RSA: Nb journées EXB
RSA: ****Forfait dialyse (GHS 9500-9503 ou D01-D05 (***)avant SR
RSA: Top UHOD
RSA: Confirmation du codage du séjour
RSA: Nb de suppléments pour hémodialyse hors séances
RSA: Nb de sup entraînements dialyse péritonéale automatisée HS
RSA: Nb de sup entraînements dialyse péritonéale continue ambu
RSA: Nb de suppléments pour les entraînements l'hémodialyse HS
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9610
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9611
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9612
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9619
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9620
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 6523
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9621
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9615
RSA: Nb d'actes menant dans le GHS 9622
RSA: Nb de suppléments caisson hyperbare
RSA: Type de prestation de prélèvement d'organe(1, 2 ou 3)
RSA: Nb de suppléments REA (réanimation)
RSA: Nb de sup soins intensifs provenant de la réanimation
RSA: Nb de suppléments STF (soins intensifs)
RSA: Nb de suppléments SRC (surveillance continue)
RSA: Nb de suppléments NN1
RSA: Nb de suppléments NN2
RSA: Nb de suppléments NN3
RSA: Nb de suppléments REP (réanimation pédiatrique)
RSA: Passage dans un lit dédié de soins palliatifs
RSA: Type de machine en radiothérapie
RSA: Type de dosimétrie
RSA: Nombre de faisceaux
Informations complémentaires
Activ
Libellé activité
Fait reproché - Prestation
Fait reproché - Fait
Fait reproché - Précision
Version de RSS
NRSS
Actes externes

Fiche n°4

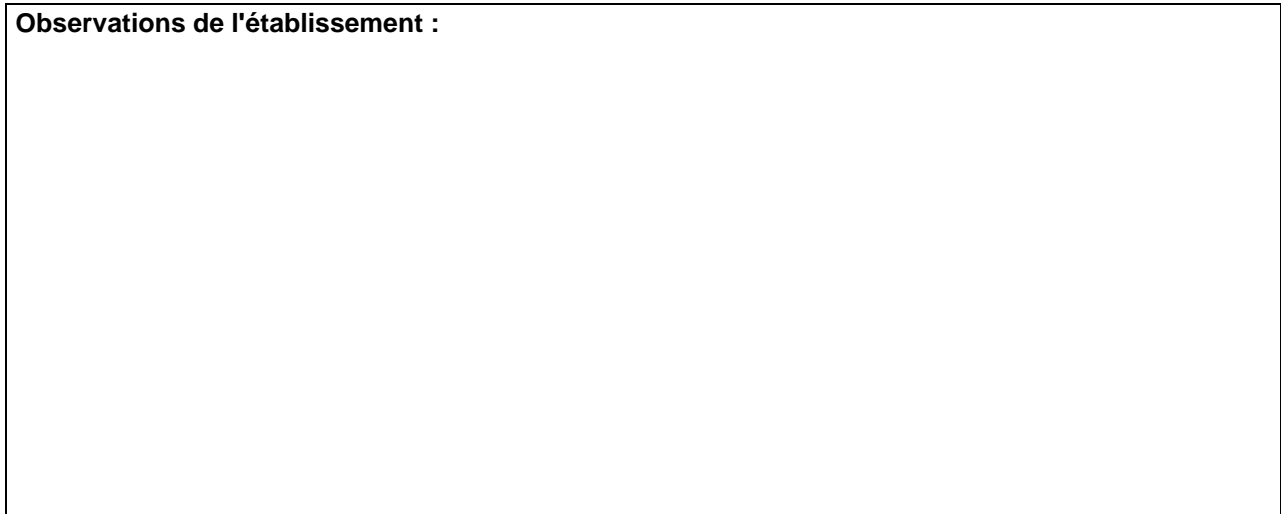
CONCLUSIONS

Date du bordereau : JJ/MM/AAAA

Observations des médecins contrôleurs :

Signature du médecin responsable du contrôle :

Observations de l'établissement :



Signature du médecin responsable du DIM :

Signature du Directeur de l'établissement :

NOTICE REMPLISSAGE FICHE DE LIAISON
--

Dans le cadre du contrôle externe de la tarification à l'activité dont vous faites l'objet, vous êtes destinataire d'une fiche de liaison, fiche n°5. Cette fiche vise à recueillir les informations administratives indispensables à l'identification des séjours et à leur valorisation après contrôle.

Vous trouverez ci-dessous les précisions nécessaires au remplissage.

Les items suivants doivent être renseignés par les établissements

Numéro FINESS : Numéro FINESS juridique

Numéro OGC : à indiquer par l'établissement

Régime AM : régime de l'assuré à la date d'entrée dans l'établissement de santé

Numéro de caisse gestionnaire : correspond à la caisse d'affiliation à la date d'entrée dans l'établissement

Date d'entrée : date d'entrée dans l'établissement

Date sortie : date de sortie de l'établissement

Durée du séjour : calcul automatique

Taux de prise en charge du séjour par l'assurance maladie (Ex OQN) : taux de prise en charge à l'entrée déclaré par l'établissement

Taux de prise en charge VID-HOSP/LAMDA (EX DG) : taux de prise en charge à l'entrée déclaré par l'établissement

Majoration parcours de soins¹ : Il s'agit de la majoration liée à l'absence de recours au médecin traitant.

La majoration du ticket modérateur :

Depuis le 31 janvier 2009, les patients de plus de 16 ans qui n'ont pas choisi de médecin traitant (sauf urgence ou accès direct spécifique) voient leur **taux de remboursement par l'assurance maladie diminuer de 40% et donc leur ticket modérateur majoré de 40%**. Cette majoration du ticket modérateur est applicable aux consultations et actes externes ainsi qu'aux séjours hospitaliers.

Exemple : pour une CS réalisée hors parcours de soins, hors majoration tarifaire, soit un *tarif conventionné de 23€* :

-

Remboursement **assurance maladie** : 30% au lieu de 70% soit **6,60 €**

-

Remboursement **organisme complémentaire** : 30% soit **6,90 €**

¹ **Lorsque le patient est hors parcours de soins.**

Le non respect du parcours de soins coordonnés expose le patient à des majorations tarifaires et à des majorations du ticket modérateur. Ces majorations ne sont pas prises en charge par les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et concernent tous les assurés sociaux et leurs ayants droit, y compris les bénéficiaires de la CMU et de la CMUc et les bénéficiaires d'exonération de ticket modérateur (cf article L.322-3 du code de la sécurité sociale en annexe).

-
Part du patient : **9,50 €** au lieu de 0 €.

Ticket modérateur forfaitaire :

Modalités d'application du ticket modérateur forfaitaire de 18 € en cas d'hospitalisation

Pour mémoire, la participation de 18 € est due quelle que soit la durée du séjour. Toutefois, la règle d'exonération totale du ticket modérateur au delà du 31^{ème} jour d'hospitalisation ⁵⁸ s'applique s'il y a 2 séjours consécutifs et que la durée des 2 séjours dépasse 30 jours (soit au cours du 1^{er} séjour, soit au cours du 2^{ème} séjour) ; l'exonération s'applique au 2^{ème} séjour.

Cas	TM du(s)
Séjour en MCO avec un acte coûteux (>91€ ou d'un coefficient > 50)	1 TM forfaitaire (TMF) de 18 €, quelle que soit la durée du séjour et la date de réalisation de l'acte (même au delà de 30 jours)
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^{ème} séjour en MCO de 5 jours, soit au total 25 jours d'hospitalisation :	
<ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours sont consécutifs et en lien 	2 TMF de 18 €
<ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours ne sont pas consécutifs 	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20%) pour le 2 ^{ème} séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^{ème} séjour).
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un 2 ^{ème} séjour en MCO de 20 jours soit 40 jours d'hospitalisation :	
<ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours sont consécutifs et en lien 	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour, le 2 ^{ème} séjour étant exonéré (le cumul des 2 séjours étant > à 30 jours)
<ul style="list-style-type: none"> Les 2 séjours ne sont pas consécutifs 	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et 1 TM « classique » (20%) pour le 2 ^{ème} séjour (sauf acte coûteux au cours du 2 ^{ème} séjour)
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 10 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR soit 20 jours d'hospitalisation.	2 TMF de 18 €
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 40 jours, suivi d'un séjour de 10 jours en SSR, les 2 séjours étant consécutifs	1 TMF de 18 € pour le 1 ^{er} séjour et pas de TM pour l'hospitalisation en SSR, prise en charge à 100% en vertu de l'exonération due aux 30 jours
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR	1 TMF de 18 € au titre du 1 ^{er} séjour, le 2 ^{ème} étant exonéré (ces 2 séjours sont consécutifs et en lien et leur durée cumulée est > à 30 jours).
Séjour en MCO avec un acte coûteux, d'une durée de 20 jours, suivi d'un séjour de 20 jours en SSR suivi d'un nouveau séjour en MCO	Le 3 ^{ème} séjour est une nouvelle hospitalisation.

Les mêmes règles seraient applicables si, à la place d'un séjour en SSR ou en MCO, les séjours avaient lieu en HAD ou en psychiatrie.

Forfait journalier :

Le FJH **s'applique aux séjours en hospitalisation complète**, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie.

Tous les établissements de santé sont concernés à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Il ne s'applique pas :

-
En hospitalisation à domicile (HAD)

-
Aux séjours de moins de 24 heures (hospitalisation de jour, prises en charge de moins d'une journée, hospitalisation de nuit)

-
Aux séances de chimiothérapie, d'hémodialyse, de radiothérapie et assimilés

-
Aux séjours liés à une IVG non thérapeutique (cf fiche) d'une durée égale ou inférieure à 48 heures

-
En consultations externes.

Il est facturable du jour d'entrée du patient au jour de sortie inclus, quelle que soit l'heure de sortie (circulaire du 26 août 1993), **sauf dans les cas suivants :**

- en cas de décès dans un service de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) conformément à l'arrêté du 19 février 2009 selon lequel "*le forfait journalier est facturé pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie à l'exception des séjours à l'issue desquels le patient décède*" ;
- lorsque le malade est transféré dans un autre hôpital, y compris dans un établissement de long séjour ou un établissement médico-social ;
- lors des permissions de sortie accordées par le directeur sur avis favorable du médecin chef de service, pour une durée maximum de 48 heures (article R.1112-56 du CSP).

Selon le contrat du patient, le FJH peut-être pris en charge par l'assurance complémentaire.

Si, exceptionnellement, le FJ est supérieur au ticket modérateur, le ticket modérateur s'impute sur le forfait, sauf si le patient ne doit que le ticket modérateur forfaitaire de 18 €. **Dans ce cas, le forfait journalier est facturable en sus du TM de 18 €**

Les items suivants sont renseignés par le médecin chargé de l'organisation du contrôle

GHS initial : numéro du GHS avant contrôle

GHS final : numéro du GHS après contrôle



Fiche de saisine de l'ATI pour demande d'expertise
dans le cadre des contrôles de la T2A

Saisine initiée par : l'UCR

le DARS

Région :.....

Responsable de l'UCR :

Année et période des données concernées :

de.....à..... .. FG...

(préciser la version de la classification)

Dossier n° :

Thème :

Résumé du cas clinique :

Codage de l'établissement

(codes et libellés)

DP :

DR :

DAS :

Actes :

Codage du contrôleur ou de l'UCR

(codes et libellés)

DP :

DR :

DAS :

Actes :

Argumentaire de l'établissement

Argumentaire du contrôleur ou de l'UCR

Synthèse de la demande :

Joindre également la fiche n° 6 du rapport de contrôle.