

Le Guide du Contrôle Externe de l'Hospitalisation à Domicile (HAD)

SOMMAIRE

Préambule.....	3
I- Pourquoi un contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A)?.....	6
II- Quelles sont les spécificités du contrôle de l'HAD ?.....	6
III- Qui pilote le dispositif du contrôle externe ?.....	8
IV- Qui met à disposition les outils du contrôle ?	8
V- Comment se décline la priorité nationale HAD ? Qui informe les fédérations hospitalières sur les priorités nationales, régionales et sur les contrôles ?.....	9
VI- Qui peut être contrôlé et sur quelles prestations?.....	10
VII- Qui décide du programme régional de contrôle ?.....	10
VIII- Comment sont avisés les établissements de santé ?	10
IX- Sur quelles périodes porte le contrôle ?	11
X- Qui réalise les contrôles, où et comment ?.....	11
XI- Que se passe-t-il à l'issue des opérations de contrôle ?	13
XII- Quelles sont les suites liées au contrôle et les voies de recours possibles pour les établissements concernés ?.....	15
Fiches méthodologiques du contrôle externe de la tarification.....	17

Préambule

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés procèdent à l'analyse de leur activité médicale et transmettent aux services de l'État et à l'Assurance Maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité¹. 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.

L'hospitalisation à domicile (HAD)¹ est une modalité d'hospitalisation à part entière, portée par des établissements de santé. Les structures d'HAD permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile, par la complexité et la fréquence des actes. Les structures d'HAD sont des établissements de santé soumis aux mêmes obligations que les établissements hospitaliers avec hébergement. L'HAD collabore avec de multiples acteurs, en particulier les professionnels de santé libéraux.

L'offre repose sur des structures de taille et de statut hétérogènes, avec une majorité de petites HAD (moins de 30 places) généralement rattachées à un établissement de santé (public et privé) alors que les « HAD autonomes » sont souvent plus importantes.

Bien que le principe de l'HAD date des années 60 en France, l'offre de soins dans ce domaine a évolué à partir des années 2000, marquant ainsi une maturité aussi bien en terme de développement et d'organisation que de financement. Au cours de l'année 2004, un recueil d'informations médicalisé systématique a été défini, fondé sur les résultats d'une étude conduite par l'Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé. Ce recueil s'applique à tous les établissements de santé, publics comme privés, ayant une autorisation pour l'activité d'hospitalisation à domicile, à compter du 1er janvier 2005. Le modèle de tarification combine des modes de prise en charge, le degré de dépendance du patient et la durée du séjour, permettant de classer ce dernier dans un groupe homogène de tarifs (GHT). Ce dispositif a contribué au développement de l'HAD.

Les établissements de santé disposant d'une autorisation pour une activité HAD la déclarent aux Agences Régionales de Santé (ARS) et à l'Assurance Maladie. Les informations, transmises aux tutelles par les établissements sont utilisées pour le financement et pour l'organisation de l'offre de soins et la planification.

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

Le guide du contrôle externe, publié en octobre 2004 (révisé en 2007) par l'Etat et l'Assurance Maladie, a été conçu à l'usage des contrôleurs et des établissements de santé ; son objectif était de définir la méthode de contrôle et d'explicitier les modalités pratiques de sa mise en œuvre pour les établissements de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO).

L'évolution réglementaire² et la jurisprudence ont rendu nécessaire la refonte du guide du contrôle externe et une déclinaison spécifique pour l'activité HAD.

Cette édition est le fruit d'échanges entre l'Etat, l'Assurance Maladie et les Fédérations des établissements de santé. Elle constitue un outil de communication entre les établissements, l'ARS et les équipes de contrôle ; elle accorde une place prépondérante à la procédure contradictoire qui se voit renforcée par les nouveaux textes réglementaires.

Ce guide rappelle les principes fondamentaux du contrôle externe de la T2A, effectué par l'Etat et l'Assurance Maladie, et basé sur l'analyse approfondie et détaillée des données médico-administratives produites à des fins de facturation.

Conçu comme un outil au service tant des Etablissements de santé que de l'Etat et de l'Assurance Maladie, ce guide a pour vocation d'apporter aux équipes de contrôle et aux ARS le soutien nécessaire dans leur démarche de contrôle externe ; il a été pensé pour fournir aux établissements de santé l'accès 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 à " la Charte ³ ", ce guide s'efforce de garantir l'équité et la sécurité juridique aux établissements de santé mais également aux équipes de contrôle et concourt à l'harmonisation des pratiques du contrôle.

Ce guide présente les dispositions mises en oeuvre en matière de contrôle par les organismes de sécurité sociale et les ARS. Il est décliné en deux parties :

La première est une présentation synoptique du dispositif du contrôle externe de la T2A dans les HAD,

La seconde est consacrée à la description des différentes étapes du contrôle externe de la tarification à l'activité par le biais de fiches méthodologiques.

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

PREMIÈRE PARTIE

La présentation de la procédure du contrôle externe de la T2A en HAD

I- Pourquoi un contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A)?

Le financement des établissements de santé exerçant des activités d'HAD, repose sur la déclaration de leurs activités.

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

Le contrôle externe de la tarification est un outil de régulation de la facturation ; il vise à inciter les établissements de santé à être attentifs et vigilants quant à la qualité de l'application des règles de codage et de facturation, conduisant à la valorisation des tarifs.

Le contrôle de la T2A permet de qualifier les faits qui expliquent la situation statistiquement atypique en matière de facturation, à l'origine du ciblage ; il compare les données de codage et de la facturation aux éléments présents dans les dossiers des patients (médicaux, infirmiers et administratifs).

De fait, ce contrôle, réalisé par les ARS et l'Assurance Maladie, permet de garantir la juste application des législations de Sécurité Sociale.

II- Quelles sont les spécificités du contrôle de l'HAD ?

a. Le modèle tarifaire HAD

L'identification de l'activité médicale dans le cadre du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) du champ de l'HAD publique et privée, repose sur le modèle tarifaire, issu de la classification en Groupe Homogène de Prise en Charge (GHPC). Ce modèle tarifaire s'applique à la journée. Il utilise des échelles de pondération associées au mode de prise en charge principal (MP), au mode de prise en charge associé (MPA) et à l'indice d'état général Karnofsky (IK), qui pondèrent un tarif de base. En fonction du résultat de la pondération, ainsi que d'un schéma de dégressivité au cours de chaque séquence de soins, un des 31 groupes homogène de tarif (GHT) est obtenu.

Toute période du séjour pendant laquelle la prise en charge du patient est caractérisée par une combinaison particulière d'un MP, d'un MPA éventuellement, et d'une valeur de l'IK définit une séquence de soins.

Dans le cadre du modèle tarifaire, certaines combinaisons théoriques de ces trois variables ont été jugées impossibles ou non pertinentes. Les combinaisons jugées pertinentes et autorisées dans le cadre du modèle tarifaire actuel, constituent les GHPC.

Chaque GHPC est affecté d'un indice de pondération que l'on appellera indice de pondération intermédiaire (IPI), lui même composé du produit des pondérations individuelles affectées à chacune des trois variables.

Dans le modèle tarifaire, une quatrième variable, la durée de prise en charge au sein de la séquence de soins est prise en compte.

Au sein de chaque séquence de soins, quatre périodes ou tranches de durée de prise en charge ont été définies :

- (1) la première tranche de durée de prise en charge court du 1er au 4ème jour tous deux inclus, elle comprend donc J1, J2, J3 et J4 ;
- (2) la deuxième tranche court du 5ème au 9ème jour, soit de J5 à J9 tous deux inclus ;
- (3) la troisième tranche court du 10ème au 30ème jour, soit de J10 à J30 tous deux inclus ;
- (4) la quatrième tranche commence au 31ème jour des soins (J31) jusqu'à un changement de séquence ou jusqu'à la sortie du patient de la structure d'HAD.

Si les modalités de la prise en charge du patient évoluent et que le patient entre dans une nouvelle séquence de soins, la tarification repart de la première tranche.

Le recueil d'informations standard en HAD, le Résumé Par Sous Séquence, (RPSS) est composé d'informations relatives à la prise en charge administrative et médicale du patient.

Il comporte des informations liées :

- (1) au séjour : ce sont les caractéristiques sociogéographiques du patient et les éléments de sa prise en charge administrative par l'établissement de santé ;
- (2) à la séquence : ce sont les informations médicales susceptibles d'évolution au cours du séjour ;
- (3) à la sous séquence, autorisant un découpage temporel d'une séquence de soins pour la facturation, suivant les modalités de la T2A.

Un séjour en HAD est défini comme la période de soins comprise entre le jour de l'admission et le jour de la sortie; le jour de la sortie donne lieu à facturation d'une journée, sauf si le séjour s'achève par un transfert du patient.

Une séquence de soins pouvant durer plusieurs semaines, la sous séquence autorise un découpage temporel permettant un rythme de facturation compatible avec le fonctionnement de l'établissement. Une facture sera produite pour chaque sous séquence.

Chaque mois, et sous la responsabilité du médecin responsable du département de l'information médicale (DIM), un fichier de RPSS groupés doit être produit par l'établissement HAD ; Il est constitué par tous les RPSS dont la date de fin est comprise dans le mois civil considéré.

Par groupage, on entend le classement du RPSS dans un groupe homogène de prise en charge (GHPC) et le classement de chacune des journées de la sous séquence dans un groupe homogène de tarif (GHT).

b. Le contrôle externe HAD

Le contrôle externe de la tarification à l'activité de l'hospitalisation à domicile vise à vérifier la conformité des informations colligées dans le Résumé par sous séquence, qui aboutissent au classement en GHPC.

L'avis des médecins contrôleur porte sur les séquences d'un séjour. Cet avis peut conclure à une validation de la séquence, à un sous codage, à un sur codage ou à une séquence qui ne relève pas d'une prise en charge en HAD.

III- Qui pilote le dispositif du contrôle externe ?

Au niveau national

L'Etat et l'Assurance Maladie pilotent le dispositif du contrôle externe de la T2A. Chaque année, le Conseil de l'Hospitalisation (CH) définit les priorités nationales du contrôle externe de la T2A.

Un groupe technique, émanation du CH, a été mis en place pour assurer le suivi des contrôles externes de la T2A. Ce groupe de suivi national est composé de représentants de la DSS, la DGOS, l'ATIH et l'Assurance Maladie.

Au niveau régional

Le directeur général de l'ARS (DGARS) pilote le contrôle externe de la T2A ; il joue un rôle décisionnel en matière de programme régional de contrôle externe et des sanctions.

L'unité de coordination régionale (UCR), instance technique composée de membres de l'Etat et de l'Assurance Maladie, est placée auprès de la commission de contrôle ; elle est chargée d'élaborer un projet de programme de contrôle, de coordonner la programmation et la réalisation des contrôles; elle est également missionnée pour réaliser la synthèse, l'interprétation des résultats des contrôles, le calcul du montant des sanctions selon les modalités réglementaires et de transmettre les informations nécessaires aux différentes instances ou organismes (commission de contrôle, DG ARS, CPAM du régime général, RSI et MSA).

La commission de contrôle, instance régionale où l'Etat et l'Assurance Maladie sont représentés à parité, est placée auprès du DGARS. Cette commission propose le programme régional de contrôle au DGARS sur la base d'un projet élaboré par l'UCR. Elle donne également un avis motivé sur la gravité des manquements constatés et sur le montant de la sanction envisagée.

IV- Qui met à disposition les outils du contrôle ?

Les outils de contrôle sont mis à disposition par l'ATIH et l'Assurance Maladie.

L'outil DATIM HAD (Détection des ATypies de l'Information Médicale) est disponible en ligne depuis le 13 janvier 2012 ; l'outil OSCT (Outil de sélection des séjours pour les contrôles) est en phase de développement.

Dans le cadre du ciblage, les membres de l'UCR (médecins conseils et représentants de l'ARS) utilisent des outils développés par l'ATIH.

Ces outils, DATIM HAD MAT2A (Mesure de l'Activité hospitalière - Tarification A l'Activité) exploitent les résumés anonymes par sous séquence (RAPSS) du PMSI. À ces résumés s'ajoutent des recueils d'informations relatifs à la facturation de l'activité. Les requêtes SNIIR-AM (Système National d'Informations Inter-Regimes de l'Assurance Maladie) et Erasme exploitent les données de la liquidation à partir des bordereaux S3404 transmis par les établissements privés.

L'outil OSCT

OSCT est en cours d'élaboration par l'ATIH et sera mis à disposition des ARS et des contrôleurs. OSCT est un outil de composition de requêtes informatiques, il permet de sélectionner les séjours.

Le Logiciel d'Extraction Des Données de DATIM (LEDDA)

LEDDA HAD permet à l'établissement de créer, à la demande du médecin chargé de l'organisation du contrôle, un fichier de séjours à contrôler.

LEDDA HAD est développé par l'ATIH et mis à disposition des établissements pour la mise en œuvre du programme de contrôle validé par le DG ARS.

L'outil de gestion de contrôle (HAD CONTROLER)

Cet outil est mis à disposition des contrôleurs par l'Assurance Maladie. A partir de la liste de séjours constituée via LEDDA, HAD CONTROLER affiche , pour chaque séjour, le codage établissement des séquences qui doivent être contrôlées et permet la saisie parallèle d'un codage contrôleur ainsi que la détermination du GHPC selon ce codage. Une comparaison des deux codages est faite à l'écran avec visualisation des divergences.

Cet outil permet en fin de contrôle :

- d'éditer les rapports (rapport de synthèse et rapports de détail par séjour, par séquence et par jour) qui seront adressés à l'établissement
- de générer une archive anonymisée des données du contrôle qui sera transmise à l'ATIH; à ce niveau, l'outil VALCO calculera la valorisation avant et après contrôle des séjours contrôlés et déterminera le montant maximal d'une éventuelle sanction financière.

L'outil de suivi des sanctions notifiées par les ARS (SUSANA)

Susana est un outil de suivi annuel des sanctions et contentieux qui en découlent. Cet outil est développé par l'ATIH et mis à disposition des ARS.

V- Comment se décline la priorité nationale HAD ? Qui informe les fédérations hospitalières sur les priorités nationales, régionales et sur les contrôles ?

La priorité nationale de contrôle HAD est apparue en 2009, suite à un accord entre le ministère de la santé, l'UNCAM et les Fédérations des établissements de santé. Depuis, cette priorité est reconduite chaque année par le CH.

Chaque année, l'ATIH publie un rapport de saisines dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'information médicale produite par les établissements.

L'Etat et l'Assurance Maladie présentent, chaque année, aux Fédérations des établissements de santé, les priorités nationales fixées par le CH. Le DGARS quant à lui, expose aux représentants régionaux des fédérations les priorités régionales qu'il a définies ainsi que les priorités nationales du CH.

VI- Qui peut être contrôlé et sur quelles prestations ?

Tout établissement de santé public ou privé, autorisé pour des activités HAD, bénéficiant de la tarification à l'activité, peut faire l'objet d'un contrôle.

Toute activité HAD ayant donné lieu à l'élaboration d'un résumé de sortie au cours de l'année N est susceptible d'être contrôlée au cours de l'année N+1 (y compris quand la structure d'HAD dispense des soins à un patient hébergé dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées, cela est aussi valable pour les établissements sociaux et médico-sociaux à compter de la date de parution du décret n°2012- 1030, le 6 septembre 2012).

Le contrôle de la T2A HAD porte sur tout ou partie de l'activité d'un l'établissement. Le nombre de séjours ciblés sera fonction du volume total d'activité, mais aussi du nombre moyen de séquences réalisées dans chacun des établissements. Le contrôle se fera sur des séquences, des sous séquences, et des GHT.

VII- Qui décide du programme régional de contrôle ?

Le DGARS établit le programme annuel de contrôle externe de la T2A, sur la base d'un projet, élaboré par l'UCR et présenté par la commission de contrôle.

L'UCR, placée auprès de la commission de contrôle, analyse :

- (1) les bases du PMSI,
- (2) les données contenues dans les tableaux MAT2A HAD de mesure de l'activité hospitalière de la T2A,
- 3- celles contenues dans DATIM HAD,
- 4- et les données du système informationnel de l'Assurance Maladie dans le respect des autorisations accordées par la CNIL.

L'UCR sélectionne, à l'aide de MAT2A HAD et de l'outil DATIM HAD, les établissements d'HAD les plus atypiques.

Cette détection prend en compte les spécificités des établissements liées aux types d'activités exercées et en référence à la base de données nationale.

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. Ce projet est soumis à l'avis de la commission de contrôle de l'ARS avant d'être présenté au DGARS.

VIII- Comment sont avisés les établissements de santé ?

Le contrôle externe de la T2A est encadré par une procédure réglementaire.

Le DGARS est tenu d'adresser au représentant légal de l'établissement un avis de contrôle par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. L'avis de contrôle informe des activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels porte le contrôle, la période concernée par le contrôle, les débouchés contentieux potentiels (indus, sanctions financières), et de l'identité de la personne chargée de l'organisation du contrôle.

Après concertation avec l'établissement sur les modalités pratiques de mise en œuvre du contrôle sur site, le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site adresse la confirmation de l'avis de contrôle par lettre ou voie électronique avec accusé de réception. Cet avis rappelle les informations de l'avis du DGARS et précise les dates de début et de fin de contrôle décidées après concertation avec l'établissement, les modalités de mise à disposition du fichier informatique du contrôle, les documents et supports à préparer (fiche de liaison avec les organismes de sécurité sociale, dossiers médicaux, bordereaux de facturation,..) ainsi que les modalités de concertation en cas de désaccord. D'autres documents nécessaires au contrôle pourront ultérieurement être demandés.

Ce courrier mentionne expressément les engagements respectifs de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements de santé figurant dans la Charte du contrôle de la T2A.

En cas d'empêchement majeur⁴ de l'établissement, le responsable du contrôle peut être contacté pour convenir de nouvelles dates.

L'établissement de santé est tenu de mettre à la disposition des personnes en charge du contrôle tous les moyens pour réaliser leurs missions; les oppositions ou obstacles à ces contrôles sont passibles de sanctions financières.

Après réception de l'avis de contrôle, l'établissement ne peut plus, pour les séjours concernés par la période de contrôle, modifier son codage à l'aide de LAMDA HAD (ex DGF) ou transmettre des factures rectificatives (ex OQN).

IX- Sur quelles périodes porte le contrôle ?

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 [Annexe 1].

Pour les prestations HAD, le contrôle porte sur les prestations versées au cours de l'année civile antérieure au contrôle. En cas de séjours à cheval sur deux années, seuls sont pris en compte les GHT réalisés sur l'année contrôlée.

X- Qui réalise les contrôles, où et comment ?

Le contrôle de la T2A est réalisé par une équipe composée de praticiens conseils et d'agents administratifs du service du contrôle médical éventuellement associés à des médecins de l'ARS. Le contrôle est réalisé sous la responsabilité du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site. Le contrôle débute par un entretien préalable avec le représentant légal de l'établissement de santé assisté du médecin responsable du DIM.

Lors du contrôle, le responsable du DIM sera le principal interlocuteur du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site, notamment lors de la phase de concertation.

Conformément au guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisés de l'hospitalisation à domicile 2011 (pages 24 et 25) et aux articles R. 6113-1 à R. 6113-8 du CSP, « Le recueil, la circulation et le traitement des données médicales, est placé sous la responsabilité d'un médecin ».

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

« Le médecin responsable de l'information médicale est désigné par le directeur ou la directrice de la structure d'HAD, selon des modalités définies en concertation avec le médecin coordonnateur de l'HAD (le médecin coordonnateur a vocation à être le médecin responsable de l'information médicale) ».

« Les données sont recueillies pour chaque patient par l'équipe soignante sous la responsabilité du médecin coordonnateur qui les transmet au médecin responsable de l'information médicale pour la structure. Dans la perspective des contrôles prévus par les articles L. 162-22-17 et L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il doit en outre être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et le numéro de RPSS correspondant ».

« S'agissant de la responsabilité des acteurs de la structure en cas de défaut de qualité de l'information, il convient de rappeler que le directeur ou la directrice est responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement de santé ».

Le médecin coordonnateur, en lien avec le médecin responsable du DIM, assure un rôle dans la préparation du contrôle en réunissant l'ensemble des données relatives à chacune des séquences à contrôler. Cette préparation est primordiale pour la vérification, la modification ou la justification du codage.

Où se déroule le contrôle ?

Le contrôle se déroule sur site dans les locaux de l'établissement de santé HAD. Le lieu dédié doit permettre l'examen des dossiers et la tenue de la concertation dans de bonnes conditions pour toute la durée prévisible du contrôle. Les documents nécessaires au contrôle (dossiers médicaux et administratifs, bordereaux de facturation, etc.) sont examinés sur place par l'équipe des contrôleurs.

Comment se déroule le contrôle ?

Le contrôle est basé sur des échanges entre le médecin responsable du DIM ou le médecin coordonnateur de l'activité HAD et le médecin conseil chargé de l'organisation du contrôle sur site. Ces échanges concourent à la prise en compte de l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation du contrôle.

Au début du contrôle sur site, le médecin conseil chargé de l'organisation du contrôle sur site présentera à l'établissement, la situation atypique de celui-ci

Tous les documents et supports nécessaires au bon déroulement du contrôle doivent être mis à disposition de l'équipe de contrôle, par l'établissement. Il s'agit :

- (1) du fichier SecRPSSCtl.zip généré par LEDDA HAD,
- (2) de la fiche de liaison avec les organismes de sécurité sociale dûment renseignée,
- (3) des dossiers administratifs et médicaux contenant les informations décrivant la mobilisation des ressources et moyens concourant à la prise en charge du patient,
- (4) les bordereaux de facturation,
- (5) et la liste des séjours modifiés et leurs justificatifs, accompagnée des courriers d'approbation de l'ARS en cas d'utilisation du logiciel LAMDA HAD ou de l'édition des factures rectificatives auprès des CPAM.

Cette liste n'est pas exhaustive ; le médecin conseil chargé de l'organisation du contrôle sur site peut être amené à demander à l'établissement tout document ou support d'information supplémentaires, dans les conditions de l'article R. 166-1 du code de la sécurité sociale, notamment, les conventions liant ces structures aux EPHAD, établissements médico sociaux et sociaux.

Si nécessaire, et afin de documenter les avis émis, des photocopies de documents et supports seront faites par l'équipe de contrôle après en avoir informé l'établissement. Ces

copies à caractère personnel sont ensuite conservées dans les locaux du service du contrôle médical, sous la responsabilité des médecins de l'UCR. Elles permettront de constituer un dossier, pour chacune des séquences contrôlées et serviront d'éléments de preuve en cas de contentieux.

Le contrôle comprend de façon obligatoire une phase de concertation entre le responsable du contrôle, le responsable du DIM. Le médecin coordonnateur et les autres médecins de l'équipe de contrôle y participeront autant que de besoin. Dans les délais définis préalablement à la phase de préparation du contrôle, l'équipe de contrôleurs peut être amenée à consulter les médecins en charge des patients dont la prise en charge fait l'objet du contrôle afin de préciser la nature de celle-ci.

Dans un souci de respect du secret médical, les représentants non médecins de la direction de l'établissement ne peuvent assister à cette concertation.

XI- 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 médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site adresse un rapport à l'établissement.

Ce rapport, qu'il a daté et signé, est constitué de 4 documents :

- (1) un rapport de synthèse,
- (2) un rapport établi par séjour,
- (3) un rapport établi par séquence,
- (4) un rapport établi par GHT.

Sont précisés :

- (1) la période contrôlée,
- (2) la date de début et de fin du contrôle,
- (3) le nombre des anomalies détectées, leur nature avec, le cas échéant, la mention de recalcul de la facture
- (4) 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 renvoyer le rapport de contrôle signé de son directeur et faire part de ses observations et demandes d'avis d'expert 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.

Dans tous les cas, après examen des éléments du contrôle, l'UCR adresse à l'établissement un courrier recommandé avec demande d'avis de réception, comportant :

- (1) la réponse aux observations de l'établissement,
- (2) la mention du maintien des constats ou du rejet de certains avis, avec prise en compte de la facturation initiale de l'établissement (dans ce cas, les raisons de ce rejet sont explicitées),
- (3) la mention de la saisie ou du refus argumenté de la saisine de l'ATIH pour expertise.

En cas d'expertise, l'UCR doit informer du résultat l'établissement et le responsable du contrôle sur site.

Dans un délai de 15 jours après réception de la décision de l'UCR sur le refus de saisine de l'ATIH, l'établissement peut solliciter le DG ARS. Celui ci dispose d'un délai de un mois, à réception de la demande de saisine, pour décider ou non de le transmettre à l'ATIH. L'ATIH dispose d'un délai d'un mois pour adresser sa réponse au DGARS et à l'UCR.

L'ATIH est systématiquement saisie par l'UCR. En effet, c'est l'UCR qui saisit l'ATIH sur son initiative ou sur demande du DG ARS.

A l'issue de cette procédure contradictoire et le cas échéant, après retour des avis d'expert, l'UCR transmet aux caisses le rapport de contrôle ainsi que 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. L'UCR transmet également ce rapport de contrôle à la cellule de calcul.

Les sommes à payer par l'établissement sont calculées en tenant compte des sur et sous facturations.

Précision importante :

La sélection pour le contrôle se fait au sein des séjours dont la date de fin se situe au cours de l'année précédant celle du contrôle (année n - 1).

L'échantillon de séjours peut donc contenir des séjours dont la date d'entrée se situe en année n - 2 par rapport au contrôle et certaines séquences peuvent être à cheval sur les années n - 2 et n - 1.

Dans ce cas, en cas de modification du codage induisant une variation des GHT, seuls les GHT correspondant à l'année n - 1 feront l'objet d'une modification de valorisation. La valorisation d'un tel séjour reprendra donc la partie située en année n - 2 inchangée et la partie située en année n - 1 éventuellement recalculée selon le codage du contrôleur. Le modèle tarifaire HAD sera appliqué depuis le début de la séquence quelle que soit l'année où elle se situe.

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 CSS.

L'UCR adresse à la commission de contrôle et au DGARS (1) le rapport de contrôle, (2) le cas échéant, les avis d'expert, (3) les observations de l'établissement de santé ainsi qu'un avis sur ces observations, (4) 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, et (5) si des 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.

Il est important de noter que les éléments transmis par l'UCR ne contiennent aucune information couverte par le secret médical.

Selon la circulaire du 20 octobre 2011 : « 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 ».

XII- Quelles sont les suites liées au contrôle et les voies de recours possibles pour les établissements concernés ?

Le contrôle externe de la T2A peut aboutir au constat d'une bonne application des règles de codage et de facturation.

Mais lorsqu'il met en évidence une inobservation des règles de tarification, de codage et ou de facturation, les CPAM concernées adressent à l'établissement un courrier de notification qui précise les sommes à payer, tenant compte des sur et des sous facturations. L'établissement dispose d'un délai d'un mois pour apporter ses observations.

Si les séjours ciblés, correspondants aux séquences et sous séquences contrôlées, ont été annoncés comme sanctionnables par le DGARS, une notification de sanction financière, après avis de la commission de contrôle, pourra être adressée à l'établissement.

1 - L'engagement d'une notification des sommes à payer et le recours à la Commission de Recours à l'Amiable (CRA) et au Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale (TASS)

Sur le fondement de l'article L.133-4 du CSS, 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. Les sommes à payer tiennent compte des sous facturations et des sur facturations. De plus, l'action de notification des sommes à payer peut se cumuler avec l'engagement de sanction financière par le DGARS.

Le courrier de notification adressé par le directeur de la caisse mentionne la date la nature et la cause des manquements constatés ainsi que le montant des sommes réclamées. Le règlement devra intervenir dans le mois qui suit la réception de la notification.

Dans ce courrier, le directeur de la CPAM propose à l'établissement de formuler ses observations. A réception de ces arguments, s'ils sont rejetés par la CPAM, celle-ci adresse à l'établissement un courrier de mise en demeure dans un délai de un mois ; ce courrier ouvre la voie de recours à la CRA. Si l'établissement de santé entend contester la notification de sommes à payer, il doit saisir la (les) CRA près de la ou des caisse(s) d'Assurance Maladie concernée(s), dans le délai d'un mois suivant la réception de la mise en demeure.

La décision de la CRA sera portée à la connaissance de l'établissement de santé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Si la CRA rejette le recours, l'établissement de santé peut contester la décision devant le TASS dans le délai de deux mois à compter de la réception du procès verbal de la CRA. Au-delà, la décision de la CRA 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 ».

En cas de contestation, les sommes indûment perçues et la majoration de 10% sont à échéance de la mise en demeure.

2 - L'engagement d'une notification de sanction financière et le recours auprès du Tribunal Administratif (TA)

L'engagement d'une notification de sanction financière ne peut être envisagée que si le programme régional de contrôle a octroyé un caractère sanctionnable à un ensemble de séjours et que cette information a été portée à la connaissance de l'établissement dans l'avis de contrôle adressé par le DGARS.

Une copie du courrier de notification de la décision finale du DGARS est adressée à la CPAM centralisatrice qui sera chargée du recouvrement.

A réception du dossier de l'UCR, le DGARS adresse à l'établissement en cause, en recommandé avec avis de réception, une notification comportant la date, la nature, la cause et le montant des manquements constatés, le montant de la sanction maximale encourue.

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 DGARS 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 un délai de deux mois à compter de sa saisine par le DGARS, la commission de contrôle transmet au DGARS son avis motivé sur les résultats du contrôle, notamment sur le caractère réitéré ou non des manquements et leur gravité ainsi que sur le montant de la sanction financière envisagée. Dans ce délai, la commission de contrôle peut entendre l'établissement.

Dans un délai d'un mois à réception de l'avis motivé de la commission de contrôle, le DGARS adresse à l'établissement un courrier en recommandé avec avis de réception valant décision administrative de prononcé de sanction financière.

Ce courrier 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 et le cas échéant, les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle.

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

Si l'établissement de santé entend contester la décision du DGARS, il doit saisir le TA 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 sanction, sauf obtention en référé d'un sursis à exécution par le président du TA.

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

Deuxième PARTIE

Fiches méthodologiques du contrôle externe de la tarification

I. ELABORATION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE

I.1. Le ciblage et ses modalités en HAD

Acteurs concernés

L'UCR est l'acteur principal de cette étape. 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.

Modalités du ciblage

1- Les principes généraux

Le ciblage des établissements est réalisé en fonction des priorités nationales de l'année, des priorités régionales, et des atypies décelées par les membres de l'UCR.

2- Les principes spécifiques à l'HAD

La réalisation des contrôles T2A HAD dans le cadre du plan de contrôle 2009-2010 a permis d'objectiver un taux élevé d'anomalies de facturation parmi les GHT contrôlés. Cependant, la mise en œuvre encore récente de ces contrôles n'a pas autorisé le développement de requêtes complexes élaborées avec l'ATIH. Par ailleurs, la spécificité du mode de tarification de la T2A HAD retenant un caractère dégressif selon la durée des soins, impose une approche globale.

Dès lors, il est proposé le recours à des modalités de ciblage simples, facilement accessibles, fiables et intégrant la spécificité tarifaire propre à l'HAD. La méthode vise à comparer les résultats d'un établissement aux moyennes nationales.

3- Les outils

Pour l'HAD, le ciblage est réalisé à partir de l'interrogation des bases de données, à savoir les Tableaux MAT2A HAD, DATIM HAD, et les données des bases de facturation de l'Assurance Maladie.

4- La démarche de ciblage

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 T2A. Elles sont, d'autre part, menées sur les thèmes des priorités nationales, réalisées pour analyser les divers signalements dont l'UCR a connaissance, 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...) et, orientées par les résultats des contrôles antérieurs.

L'outil DATIM HAD, mis en ligne depuis le 13 janvier 2012, permet d'affiner le ciblage limité jusque là à l'analyse des tableaux MAT2A 1B à 11.

Certains tableaux MAT2A revêtent un intérêt plus particulier ; ce sont la synthèse annuelle (1B), la Synthèse des codes retours non bloquants du groupage et comptabilisation des RAPSS en erreur (1C), le tableau relatif aux modes de prises en charge principal (5),

l'analyse des combinaisons de mode de prise en charge principal et mode de prise en charge associé (tableau 6A), les durées des séquences (tableau 11).

Ces tableaux permettent le calcul de valeurs moyennes du GHT, de durées moyennes des séquences, de proportions de séquences avec un mode de prise en charge associé, de répartitions des séquences selon leurs durées, et de proportions de combinaisons MPP x MPA inhabituelles engendrant, lors du groupage, l'émission d'un message d'alerte ne bloquant pas la valorisation (code retour de la fonction groupage supérieur à 500)⁵.

C'est la comparaison des résultats obtenus aux valeurs moyennes nationales qui permettra d'orienter le ciblage. Cette comparaison prendra en compte une segmentation qui identifie les établissements ayant des activités spécifiques de périnatalité (MPP19 à 22) et ceux qui n'en ont pas.

L'analyse des résultats des travaux des acteurs impliqués dans le ciblage est faite au sein de l'UCR.

5- Les précautions

L'outil MAT2A HAD est mis à disposition de l'ensemble des membres de l'UCR disposant d'une habilitation de lecteur PMSI délivrée par l'ARS.

En revanche, les bases RAPSS et les bases de l'Assurance Maladie ne sont pas totalement accessibles à l'entité « UCR » ; seules certaines de ses composantes sont autorisées.

La mise en œuvre des requêtes sur les bases RAPSS 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 (CNIL).

Les résultats de ces requêtes à des fins de ciblage sont transmis à l'UCR sous forme agrégé et anonyme.

Seuls les médecins conseils des services médicaux et les agents administratifs des caisses ont accès aux données individuelles contenues dans les bases de liquidation de l'Assurance Maladie.

Référentiels

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.

Références autorisations CNIL :

Pour le ciblage sur les RAPSS 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) ».

⁵ *Appendice J du guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'hospitalisation à domicile*

I. Elaboration du projet de programme de contrôle

I.2. La préparation et la rédaction du projet de programme de contrôle

Acteurs concernés

L'UCR élabore un projet régional qu'elle transmet à la Commission de contrôle de l'ARS. Après validation, la Commission de contrôle propose le programme régional de contrôle au DG ARS.

Modalités de préparation du programme de contrôle

1- Les principes

Sur la base des résultats du ciblage, l'UCR procède à la sélection des établissements d'HAD à contrôler.

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.

2- 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 peut être adopté.

Ce plan du projet comprend deux parties :

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

- (1) les textes réglementaires régissant le contrôle de la T2A,
- (2) la composition de l'UCR et la date de sa nomination par la commission de contrôle,
- (3) la période sur laquelle porte le programme de contrôle,
- (4) les priorités nationales de ciblage,
- (5) la méthodologie appliquée par l'UCR pour le ciblage des établissements et des activités,
- (6) la liste des établissements inclus dans le projet de programme,
- (7) le calendrier de mise en œuvre.

Des fiches établissements : Pour chaque établissement inclus dans le programme de contrôle il est réalisé deux fiches, l'une récapitulative relative à l'établissement, et l'autre fiche pour chacun des champs à contrôler au sein de l'établissement.

La fiche établissement récapitulative mentionne:

- (1) le FINESS, la raison sociale et l'adresse de l'établissement,
- (2) les autorisations d'activité,
- (3) l'historique des contrôles externes réalisés dans cet établissement,
- (4) la période soumise au contrôle,
- (5) le nom du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et l'organisme auquel il appartient,
- (6) la période prévue pour la réalisation du contrôle sur site,
- (7) le nombre de séjours à contrôler.

(8) le ou les débouchés à envisager à l'issue du contrôle.

3- Critères pour la mise en oeuvre des sanctions financières

3-1- Critères liés au champ du contrôle :

En raison de contraintes techniques, la sélection des séjours à contrôler se fait au sein de l'activité globale de l'établissement.

3-2- Nature des anomalies :

Les anomalies soumises à sanction sont (1) les manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, (2) les erreurs de codage et (3) l'absence de réalisation d'une prestation facturée.

3-3- Calcul des montants financiers :

Le calcul du montant de la sanction fait intervenir la recette d'Assurance Maladie afférente à la totalité de l'activité de l'année contrôlée.

4- Les outils

Une fois le programme de contrôle établi par le DGARS, la sélection des séjours à contrôler se fait dans l'appliquatif LEDDA. Cet applicatif sélectionne aléatoirement un certain nombre de séjours parmi l'ensemble des séjours produits par l'établissement sur l'année contrôlée ; il génère un fichier (SecRPSSCtl.zip) contenant les séquences à contrôler récupérable par l'établissement.

Avec l'outil LEDDA HAD, ce sont des séjours et non des séquences qui sont sélectionnés.

Le nombre de séjours sélectionnés peut être adapté en fonction du nombre moyen de séquences produites par séjour et par établissement contrôlé de manière à prévoir un nombre de séquences donné.

Si on prend pour exemple un établissement ayant un nombre moyen de séquences par séjour de 5, et que l'on prévoit d'en contrôler 500, on paramètre LEDDA HAD à 100 pour obtenir de manière aléatoire 100 séjours et un nombre de séquences proche de 500.

Calendrier ou contrainte de délai

Dans l'optimum, cette phase de préparation peut démarrer au cours du 1er trimestre de l'année N+1, pour un contrôle de l'activité de l'année N. Le projet de programme de contrôle régional sera 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.

Référentiels

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 ».

II. Préparation du contrôle sur site

II.1. Echanges avec l'établissement

Acteurs concernés

L'UCR et l'établissement contrôlé (directeur et médecin responsable du DIM) sont les principaux acteurs de cette phase.

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.

Modalités de préparation du programme de contrôle

1- Les courriers et échanges

Dès lors que le programme de contrôle a été établi par le DGARS, chaque établissement concerné est informé par lettre recommandée avec demande d'avis de réception signée du DGARS, précisant les modalités du contrôle et notamment :

- (1) la période concernée par le contrôle,
- (2) le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site,
- (3) la date prévisible du début du contrôle,
- (4) l'objet précis du contrôle,
- (5) les suites possibles du contrôle, à savoir notification des sommes indûment perçues et sanction

Une fois l'établissement informé par le DGARS, les contacts avec l'établissement, préalables au contrôle sur site, sont réalisés par le médecin chargé de l'organisation du contrôle. Celui-ci établit un contact informel téléphonique avec le directeur et le médecin du DIM pour convenir de la date de début et la durée 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 ont été tirés au sort. 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.

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 le local où les contrôleurs seront installés, les modalités de mise à disposition des dossiers (informatique, papier, type de classement), et de définir les modalités de la concertation (par étape et ou en fin de contrôle), et enfin la participation éventuelle des médecins coordonnateurs en charge des dossiers contrôlés.

Un courrier est adressé au directeur de l'établissement, avec copie au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et au médecin responsable du DIM.

Ce courrier reprend les éléments arrêtés lors des contacts téléphoniques ; il précise :

- (1) les modalités de mise en œuvre de LEDDA HAD qui générera directement le fichier de contrôle (SecRPSSCtl.zip),
- (2) les documents demandés à l'établissement (dossiers médicaux, bordereaux de facturation...) à mettre à la disposition des contrôleurs,
- (3) les dates du contrôle sur site

- (4) 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,
- (5) la possibilité pour les médecins contrôleurs de réaliser des photocopies de pièces des dossiers médicaux consultés dans l'établissement.

Il sera également rappelé au médecin du DIM l'importance pour l'équipe de contrôle de recevoir la fiche 5 avant le début du contrôle.

Le responsable de contrôle précisera également qu'il sera accompagné d'agents administratifs et de praticiens conseils. Les agents du service du contrôle médical exercent leurs missions sous la responsabilité des médecins conseils. Ils sont soumis aux règles du secret médical.

2- Les outils d'un contrôle en HAD

Ce contrôle ne sélectionne pas de champ au sein de l'activité HAD.

La procédure est simplifiée. Aucun panier ne doit être constitué, aucune feuille d'extraction n'est créée. Il est fait appel à l'appli LEDDA HAD mis au point par l'ATIH pour sélectionner aléatoirement un nombre préalablement défini de séjours au sein de l'activité annuelle de l'établissement contrôlé.

L'établissement est invité par courrier à télécharger l'appli sur le site de l'ATIH. Cet appli lui permet de générer le fichier SecRPSSCtl.zip ainsi que la liste des séquences et séjours dont il tiendra les dossiers médicaux et administratifs à disposition de l'équipe de contrôle.

Conformément à la circulaire N° DSS/SD1/MCGR/2011/3 95 « le contrôle d'un établissement sur la même activité ou sur le même type de prestations ou ensembles de séjours ayant des caractéristiques communes ne peut intervenir que sur les facturations et le codage produits dans l'année qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu la notification des griefs ».

Calendrier ou contrainte de délai

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 4 semaines dont l'établissement dispose pour sortir les dossiers.

Référentiels

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... »

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. Préparation du contrôle sur site

II.2. Préparation des contrôleurs

Acteurs concernés

Les équipes du service du contrôle médical de l'Assurance Maladie, du régime général, de la MSA et du RSI, et plus spécifiquement le médecin conseil chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe.

Modalités de préparation des contrôles sur site

1- Programmation régionale des contrôles

Au début de chaque campagne, après validation du programme de contrôle par le DGARS, le médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) chargé de l'organisation régionale du contrôle prend contact avec ses homologues de la MSA et du RSI pour planifier la mise en oeuvre du programme.

Cette planification comprend au moins :

- (1) la réalisation d'un calendrier prévisionnel des contrôles sur site,
- (2) la désignation du responsable et des membres de l'équipe de contrôle pour chacun des établissements inscrits au programme,
- (3) 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.

2- Constitution des équipes

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

Le contrôle sur site est réalisé par des équipes constituées au minimum de deux médecins contrôleurs et d'agents administratifs qui sont sous la responsabilité des médecins.

La composition de l'équipe de contrôle sera à adapter en fonction du nombre de dossiers, de façon à assurer un contrôle efficace dans un laps de temps limité, et une harmonisation médicale des avis des contrôleurs.

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

3- Préparation du contrôle sur site par le médecin chargé de l'organisation du contrôle

Dans les jours qui précèdent le contrôle sur site, le médecin responsable du contrôle doit (1) s'assurer que les médecins contrôleurs disposent de la totalité des outils et documents nécessaires au contrôle; (2) confirmer à l'établissement les dates et les modalités pratiques du contrôle sur site, par un contact téléphonique ; (3) vérifier que le courrier d'information de la direction de l'établissement a été adressé avec les noms et qualités de personnes de l'équipe de contrôle ; (4) faire éventuellement pré remplir les fiches recueil "papier" de tous les éléments connus des séquences et séjours à contrôler ; (5) organiser si nécessaire une réunion de l'équipe de contrôle; (6) prendre connaissance de l'ensemble des informations

disponibles sur l'établissement (autorisations, résultats des précédents contrôles T2A, rapport de certification et IPAQSS, actions de l'Assurance Maladie en cours telles la maîtrise médicalisée à l'hôpital, la mise sous accord préalable, les contentieux); (7) préparer les éléments qui lui seront nécessaires pour le contrôle sur site :

- la liste des numéros de séquences et séjours 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 et le manuel d'utilisation du logiciel de contrôle,
- des supports de stockage informatiques : clé USB,
 - le Guide méthodologique de production des recueils d'informations standardisées de l'HAD,
 - des fiches recueil papier pré remplies
 - des fiches de concertation vierges
 - le matériel utile à la réalisation du contrôle.

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

Référentiels

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. Contrôle sur site

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

Cette étape fondamentale du contrôle de la T2A, nécessite que l'équipe du DIM sous la responsabilité du médecin, mette 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.

Acteurs concernés

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe, le directeur de l'établissement et l'équipe du DIM représentée par le médecin responsable et ses collaborateurs, sont concernés par cette étape.

Modalités du contrôle sur site

1- 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, RPSS et facture, sont conformes aux éléments contenus dans le dossier médical et administratif du patient.

2- Les conditions pratiques et nécessaires pour le bon déroulement du contrôle

Le contrôle se déroule dans un local dédié, situé à l'intérieur de l'établissement et mis à la disposition du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe pour toute la durée de la mission, par le directeur de l'établissement et le médecin responsable du DIM.

Le médecin du DIM remettra au médecin responsable du contrôle sur site tous les documents nécessaires au bon déroulement de sa mission ; en effet, le médecin responsable du contrôle sur site peut être amené à demander les contrats d'objectif et de moyens concernant la structure HAD, les conventions éventuelles qu'elle aurait signé avec des partenaires, et en cas de convention avec des EPHAD, établissements médico sociaux et sociaux, savoir si ces derniers disposent d'une autorisation de soins conjointe.

Le médecin responsable du DIM organise le portage dans les locaux de l'établissement HAD des dossiers médicaux et administratifs correspondant au listing issu du tirage au sort. Si l'établissement dispose d'un dossier patient informatisé, l'accès sera organisé de manière adaptée à ce support. Les factures⁶ seront également mises à disposition des contrôleurs.

Les dossiers de patients, pris en charge par 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.

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe, seront munis d'ordinateurs portables sur lesquels sera installé le logiciel HAD CONTROLER.

⁶ Pour les établissements ex OQN (les établissements ex DG ne fournissent pas encore de factures individuelles)

A l'arrivée dans l'établissement et après présentation des différents protagonistes, le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site, ou un membre de son équipe, intègre dans le logiciel HAD CONTROLER le fichier électronique fourni par le DIM, et généré par le logiciel LEDDA HAD. Ce fichier, SecRPSSCtl.zip, servant de base au contrôle sur site, constitue le fichier d'entrée du logiciel de contrôle de la T2A en HAD. Il contient, par sous séquence, les RPSS.

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

3- La préparation de la concertation

Dès la mise en route du contrôle, le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site confirmera au médecin responsable du DIM les modalités de la concertation déjà envisagées lors des premiers contacts (voir fiche III.2).

4- Les informations soumises au contrôle

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

4-1 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 au listing. Pour cela, il va s'assurer de l'exhaustivité des dossiers mis à disposition et de la cohérence entre le numéro de la facture papier et celui porté sur le fichier liant numéro de séquence, de séjour et numéro de facture (fiche de liaison numéro 5 transmise par le médecin DIM au médecin conseil responsable du contrôle sur site au cours de la phase préparatoire).

4-2 Contrôle de la facture :

Parmi les données contenues dans la facture, seul le numéro de GHT, et le tarif peuvent donner lieu à contrôle.

4-3 Contrôle du codage de la séquence :

Dans chacun des dossiers mis à sa disposition, l'équipe médicale chargée du contrôle recherchera les documents correspondant aux séquences dans les observations médicales, le protocole de soins, les comptes rendus d'hospitalisation, les comptes rendus des intervenants para médicaux, les résultats des examens radiologiques, biologiques et tout autre élément médical lui permettant de vérifier les informations portées dans le RPSS.

Cette étape aboutit au codage de la séquence qui repose sur les référentiels mis à la disposition de l'équipe chargée du contrôle.

Les éléments à rechercher dans les dossiers médicaux sont :

- (1) Les éléments permettant de définir les modes de prises en charge (MPP + MPA) et l'évaluation de l'indice de Karnofsky,
- (2) Les éléments datés permettant de définir les modifications éventuelles de ces trois critères,
- (3) La réactualisation du protocole de soins lors de changements de séquences de soins.

L'avis du contrôleur porte sur la séquence qui est l'unité de mode de prise en charge, et l'unité intellectuelle de codage et de contrôle.

Le calcul de valorisation porte sur le jour. Seuls les jours de l'année civile antérieure au contrôle font l'objet d'un avis et d'un recalcul éventuel.

Cependant, les séquences sélectionnées peuvent débuter ou finir hors des bornes de l'année civile contrôlée. On peut prendre pour exemple un séjour débuté le 01/06/2010 et terminé le 30/11/2011 ; ce séjour pourra être sélectionné au titre de la campagne 2012, mais seules les séquences comportant des journées en 2011 seront contrôlées et justifieront d'une concertation au sujet du codage ; seules les journées entre le 01/01/2011 et le 30/11/2011 pourront faire l'objet d'un recalcul.

Si une séquence débute le 29/12/2010 et se termine le 03/01/2011 elle pourra faire l'objet d'un recodage éventuel (et d'une concertation) mais seules les valeurs des journées du 1, 2 et 3 janvier seront calculées sous forme de GHT dans le rapport.

Pourtant, le séjour sera considéré comme faisant l'objet d'un recalcul, puisque la séquence est à cheval sur 2 années civiles.

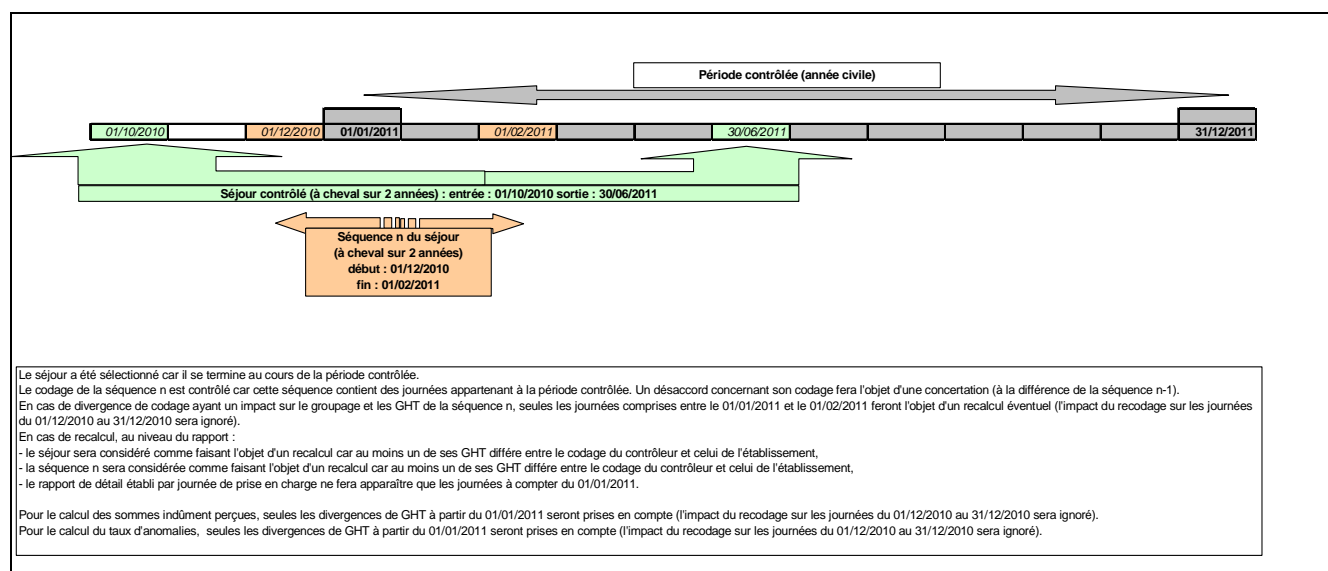


Figure 1 : Traitement des séquences

Toutes les spécificités sus citées sont gérées par HAD Contrôler. Pour les sous séquences, en cas de recodage, HAD Contrôler constitue au moins une sous séquence par séquence et, au sein d'une même séquence, une sous séquence par mois civil.

Le médecin chargé de l'organisation du contrôle s'assurera de l'harmonisation des avis au sein de son équipe. En cas de difficulté, une consultation des médecins conseils de l'UCR est recommandée.

4-4 Le contrôle en pratique :

Le contrôle dossier par dossier se matérialise par le remplissage de fiches de recueil, par la constitution d'un dossier argumentaire et par la saisie sur HAD Contrôler.

Le remplissage des fiches argumentaires :

Pour tous les dossiers contrôlés, 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 et les arguments justifiant de la modification de codage ; une seconde partie est réservée aux médecins de l'établissement, DIM et ou

médecin coordonnateur. Elle est signée du contrôleur et du responsable du DIM, et validée par le responsable du contrôle sur site.

La constitution d'un dossier argumentaire :

Pour toutes les séquences 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 et administratif permettant de justifier l'avis porté.

Un dossier argumentaire pourra également être constitué pour toute séquence pour laquelle 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. Il pourra être analysé par les médecins de l'UCR chargée de la coordination des contrôles, constitué en vue des saisines de l'ATIH ou pour les actions contentieuses. Les éléments probants doivent être cohérents avec l'avis porté.

a saisie sur HAD Controler :

Ce logiciel est destiné à la saisie du codage des médecins contrôleurs, à la comparaison avec le codage de l'établissement puis à la production et à l'impression du rapport de contrôle. Il servira aussi à l'envoi des données du contrôle vers le site de l'ATIH une fois la mission terminée.

Le logiciel HAD Controler permet :

- (1) à partir du fichier contenant les résumés d'hospitalisation ciblés pour le contrôle, de visualiser, pour chaque séquence les données saisies par l'établissement,
- (2) d'intégrer le codage du contrôleur,
- (3) d'analyser les codages réalisés par les contrôleurs avec comparaison des divergences de codage établissement/contrôleur, mise en évidence d'une modification de valorisation de la séquence et motivation de la divergence de codage (fait reproché).
- (4) de finaliser le contrôle par la création du rapport de contrôle, l'archivage des données du contrôle et transmission des archives sur le site de l'ATIH.

Toutes les versions des outils nécessaires à un contrôle donné doivent être adaptées à la période de production des séquences contrôlées; en effet, qu'il s'agisse de l'outil de groupage ou des règles de codage, le contrôleur utilise les versions en application au moment de la création du RPSS dans l'établissement.

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 séquences:

- (1) une situation de prise en charge exclue du champ de l'HAD7 ne peut justifier le ou les RPSS réalisés dans ces conditions,

7 Situation ne correspondant pas aux critères de l'article R6121-4-1 du code de la santé publique..

(2) la non présentation par l'établissement, du dossier du patient, conduit à considérer la séquence comme non valorisable.

Dans ce deuxième cas de figure, un item spécifique de l'écran de saisie HAD CONTROLER permet de mettre "à blanc" tous les items du résumé et par suite, de considérer le séjour comme ne pouvant être facturé.

(3) une information portée dans le RPSS 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.

Lors du contrôle sur site, l'équipe de contrôle analyse le codage appliqué par l'établissement à chaque séquence sélectionnée et saisit en regard son propre codage, dans un logiciel qui détermine ultérieurement au niveau du rapport de contrôle si la facture doit être recalculée sans préciser si la valeur après contrôle est inférieure, égale, ou supérieure à la valeur calculée initialement par l'établissement.

Référentiels

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 juridiques : Code de la santé publique

Art R. 6121-4-1 - « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes »

Références autorisations CNIL

Pour le ciblage 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) ».

III. Contrôle sur site

III.2. Concertation

Acteurs concernés

La concertation est une étape importante qui se déroule habituellement au terme de la phase de contrôle sur site. Elle fait intervenir le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe, le médecin responsable du DIM, le médecin coordonnateur des soins et, le cas échéant, les praticiens responsables des patients dont les dossiers sont contrôlés.

Modalités de la concertation

1- 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 ; cette étape permet de formaliser l'argumentaire de chacun.

2- 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 ou le médecin coordonnateur responsable des activités HAD.

Le nombre de médecins contrôleurs participant à cette concertation sera adapté en fonction de l'organisation préalablement définie.

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.

3- 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, de la validité des référentiels choisis et des argumentaires retenus pour chacun des séjours.

La concertation est proposée au médecin du DIM pour toutes les séquences contrôlées 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 le médecin coordonnateur, le médecin contrôleur peut modifier son avis initial et 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 pour chaque séquence examinée lors de la concertation dans une fiche argumentaire contradictoire complétée, qui 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 médecin coordonnateur.

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 est en accord avec le médecin contrôleur. Elle conserve, le cas échéant, la trace du changement de position du contrôleur au cours de la concertation.

En cas de désaccord persistant après la concertation, la case ad hoc est cochée dans le logiciel HAD CONTROLER et signalée sur la fiche argumentaire.

Les fiches argumentaires contradictoires signées par le contrôleur et le médecin responsable du DIM, 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.

Référentiels

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... ».

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. Contrôle sur site

III.3. Elaboration du rapport

Acteurs concernés

Seul le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et son équipe sont concernés par l'élaboration du rapport de contrôle.

Modalités d'élaboration du rapport

1- 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.

2- Les modalités d'élaboration du rapport de contrôle

A l'issue de la concertation, les conclusions du contrôle sur site peuvent être formulées. Pour les séquences contrôlées, les divergences sont comptabilisées, qualifiées ; il sera nécessaire d'identifier et de compter les séquences et GHT pour lesquels le contrôle conduit à un changement de la facturation.

Lors de la transmission du rapport de contrôle il convient de rappeler à l'établissement que « 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 de numéros de RPSS qui sont considérées comme des informations indirectement nominatives».

HAD Contrôler génère un fichier de synthèse générale et des fichiers de détail de trois types :

- (1) un détail par séjour permettant de visualiser rapidement les séjours faisant l'objet d'un recalcul de la valorisation d'au moins une journée, ainsi que l'accord/désaccord du DIM,
- (2) un détail par séquence reprenant les codages comparés de l'établissement et du contrôleur (date de début et de fin de séquence, MPP, MPA, IK, ainsi que le fait reproché éventuel, l'accord/désaccord du DIM et la notion de recalcul de la valorisation de la séquence,
- (3) un détail par jour illustrant, pour chaque jour faisant l'objet du contrôle, le GHT facturé, la séquence à laquelle appartient ce GHT selon l'établissement, le GHT retenu associé à la séquence définie par le contrôleur ainsi que le fait reproché éventuel, l'accord/désaccord du DIM et la notion de recalcul de la valorisation du jour de prise en charge,
- (4) une fiche conclusive, rédigée par le médecin responsable du contrôle sur site.

3- Devenir du rapport de contrôle HAD

A l'issue du contrôle externe sur site, le médecin chargé de l'organisation du contrôle rédige le rapport. Trois exemplaires de ce rapport, tous signés par ses soins, sont adressés en recommandé avec avis de réception, sous forme papier, au directeur de l'établissement avec copie au médecin responsable du DIM.

L'établissement dispose alors d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. Le directeur garde l'exemplaire qui lui est destiné, et retourne au médecin chargé de l'organisation du contrôle les deux autres exemplaires signés. A défaut d'un retour dans les délais fixés par les textes, le rapport de contrôle est réputé approuvé par l'établissement.

Référentiels

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. Contrôle sur site

III.4. Transmission du rapport à l'unité de coordination régionale

Acteurs concernés

Seuls le médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site et les médecins de l'UCR sont concernés par cette étape.

Modalités d'élaboration du rapport

1- 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.

2- 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 adresse à l'UCR son rapport de contrôle avec les observations éventuelles de l'établissement.

Ce rapport communiqué à l'UCR sous pli confidentiel pour garantir le respect du secret médical, sera accompagné:

(1) de la fiche de liaison avec les caisses d'Assurance Maladie. Cette fiche ne comporte que 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...).

(2) des fiches argumentaires contradictoires établies au cours du contrôle sur site, avec pour chacune le numéro du séjour, de la séquence associé à des données médicales nominatives et tous les documents permettant de justifier les avis émis par l'équipe de contrôle.

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'UCR, 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.

Référentiels

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 ».

IV. Obstruction au contrôle

Acteurs concernés

Cette situation, concernera le directeur de l'établissement, le médecin responsable du DIM, le médecin chargé de l'organisation du contrôle et son équipe, le médecin conseil désigné par l'UCR pour coordonner le contrôle T2A dans la région, le DG ARS.

Définition de l'obstacle au contrôle :

L'obstacle au contrôle concerne toute pratique qui empêche le médecin responsable du contrôle et son équipe de remplir leur mission. 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 DG 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 :

1- 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: la modification au moyen de LAMDA d'un fichier de données 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 facturation 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.

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.

2- 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 production du fichier

SecRPSSCtl.zip au moyen de LEDDA HAD, ou la non transmission dans les délais indiqués dans le courrier introductif du contrôle du fichier d'informations administratives concernant les patients dont les séquences et séjours font l'objet du contrôle., sont des situations traduisant des obstacles à la préparation au contrôle.

Obstacles à la réalisation du contrôle : (1) l'absence de désignation par le responsable de l'établissement du médecin responsable du DIM, (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 (4) des dossiers médicaux non préparés ou non communiqués, (5) la non communication des informations permettant de faire le lien entre le numéro de RPSS 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 désigné par 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 adressé au médecin conseil de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A, avec copie au directeur de l'établissement. Ce rapport, dans des termes factuels, décrit la situation ; il propose une éventuelle résolution de la situation et précise les textes réglementaires à l'origine de la procédure de contrôle.

A réception du rapport, le médecin conseil de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A informe l'UCR. Si l'UCR reconnaît la matérialité de l'obstacle à contrôler, elle en informe le DG ARS ; celui-ci, informe la commission de contrôle et 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. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, le DG 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 désigné par l'UCR pour coordonner le contrôle T2A.

Il appartient dès lors au médecin conseil de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A 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 avec l'établissement, menées par le médecin conseil de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A 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 de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A, 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 de l'UCR chargé de coordonner le contrôle T2A 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 séquences à contrôler, les séquences non affectés pourront faire l'objet des investigations et traitements habituels. Le contrôle des séquences faisant l'objet de l'obstacle sera ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

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

En tout état de cause, il conviendra d'attendre la décision du DGARS avant de procéder à la finalisation du contrôle sur site.

Les incidents ou obstacles devront être consignés dans la fiche de suivi de la charte du contrôle T2A.

Référentiels

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

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. Les suites du contrôle sur site

V.1. Traitement du rapport de contrôle

Acteurs concernés

Seules l'UCR et les caisses primaires sont concernées par cette étape.

Modalités de traitement du rapport

1- 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.

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

L'UCR adresse à l'établissement un courrier, en recommandé avec demande d'avis de réception, l'informant de la prise en compte ou non de ses remarques et 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.

Au retour de l'avis d'expert, l'UCR informe l'établissement et le médecin responsable du contrôle ; et elle transmet aux caisses les éléments nécessaires au calcul des sommes dues, modifiés s'il y a lieu en fonction de l'avis donné.

A l'issue du traitement du rapport de contrôle, et si les séjours ciblés et contrôlés sont établis comme sanctionnables, l'UCR rédige une note de synthèse, telle que prévue à l'article R 162-42-12 CSS, à l'attention de la commission de contrôle et du DGARS.

Dans ce cas, le calcul du montant maximal de la sanction doit être conforme au mode de calcul figurant à l'article R 162-42-12 CSS.

Si le champ de contrôle n'est pas sanctionnable, la note de synthèse comprend a minima les résultats du contrôle et la mention de la transmission aux caisses des éléments permettant la notification des sommes à payer.

2- Les modalités de traitement du rapport de contrôle par les caisses

L'organisation étant variable selon les régimes concernés et les choix opérés dans les régions, l'appellation générique de caisse sera différente ; elle sera désignée

caisse en charge des calculs ou cellule régionale de calcul, caisse référente ou 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, annexes 1 et 1bis) dans le respect des autorisations données par la CNIL. Les informations médicales indirectement nominatives (numéro RPSS,) sont supprimées du rapport de contrôle.

Les caisses procèdent aux opérations permettant à la caisse référente, en lien avec la caisse gestionnaire, de calculer le montant des séjours présentant une sur ou sous facturation. Elles déterminent le taux réel de prise en charge par l'Assurance Maladie, et appliquent aux données d'activité contrôlées les tarifs nationaux complétés, le cas échéant, de minorations ou majorations.

3- Les modalités propres au calcul des sommes indûment perçues

Après comparaison des montants payés et des montants dus, et en cas de surfacturation ou de sous facturation constatée, les caisses procèdent, le cas échéant, à la compensation entre les sommes indûment versées et celles dues au titre des sous facturations constatées.

La caisse engage une procédure de récupération des sommes indûment perçues. Cette procédure ne peut être réalisée que sur chaque dossier effectivement contrôlé et ne peut porter que sur les journées de prise en charge appartenant à l'année civile faisant l'objet du contrôle.

Lors de la procédure de répétition de l'indu, les caisses procèdent, le cas échéant, à la compensation entre les sommes indûment versées et celles dues 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 d'indu T2A doivent être envoyées par lettre recommandée avec demande d'avis de réception et comporte impérativement les mentions suivantes :

- (1) la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements donnant lieu à répétition,
- (2) la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre de ces sous facturations,
- (3) 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,
- (4) 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 %,
- (5) la possibilité pour le débiteur de présenter des observations écrites à l'organisme d'Assurance Maladie.

La notification adressée par la caisse précise, le cas échéant, qu'à réception 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 notifié, 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.

A défaut d'accord dans le délai d'un mois, la somme à recouvrer sera celle correspondant au seul montant des surfacturations.

En cas de saisine de l'ATIH, il convient, dans l'attente de la réponse, de mettre en œuvre la procédure de calcul des sommes indûment perçues en excluant les dossiers concernés par la saisine en cours ; dès réception de la réponse de l'ATIH, un complément éventuel de cette procédure sera réalisé.

4- 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 séquences contrôlées.

Référentiels

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 ».

V. Suite du contrôle sur site

V.2. Saisine de l'ATIH

Acteurs concernés

L'UCR, le DG ARS, l'ATIH et les établissements de santé, sont les acteurs concernés par cette étape.

Modalités de saisine de l'ATIH

1- Les instances compétentes pour saisir l'ATIH

La saisine de l'ATIH émane de l'UCR, soit à son initiative, soit à celle du DGARS, lui-même saisi par un établissement.

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

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

L'UCR doit apprécier la pertinence de cette 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).

L'ATIH ne peut être saisi par l'UCR que pour les divergences portant sur les règles de codage de toutes les variables du RPSS.

L'ATIH ne doit pas être saisi par l'UCR en revanche pour les questions relevant des définitions médicales d'une affection, de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic, de la pertinence des soins, des honoraires médicaux, du bien fondé du classement d'un RPSS dans un GHPC, d'une journée dans un GHT.

L'ATIH ne peut que vérifier et valider le groupage au vu des informations contenues dans le RPSS.

Pour lui permettre une équité de traitement de l'ensemble des régions et répondre dans les délais réglementaires, l'ATIH a instauré depuis la campagne 2009 des quotas régionaux de saisines adressées par les UCR. Les UCR doivent scrupuleusement respecter ces quotas sous peine de ne pas recevoir de réponse pour les saisines en sus.

3- La procédure de saisine de l'ATIH

L'ATIH est saisi par l'UCR. 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, sont joint (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 RPSS), (c) le codage proposé par le contrôleur ou l'UCR et son argumentaire identifiant les différents types d'informations (MPP, MPA, IK, diagnostic principal, actes, et éventuellement les autres informations pertinentes, comme les dates de début et de fin de séquence, la

durée de séjour, le mode d'entrée ou de sortie), (d) le type d'information sur lequel l'avis est sollicité (hiérarchisation, MPP, MPA, codage de diagnostics, d'actes), (e) la fiche argumentaire du rapport de contrôle pour les cas en cause comportant les observations du contrôleur et du DIM en cas de divergence, (f) les éléments du dossier médical photocopiés par le contrôleur.

Une fiche spécifique 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 séquences, 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.

4- La saisine sur demande du directeur général de l'ARS

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 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, l'UCR saisit l'ATIH dans les mêmes conditions qu'habituellement.

5- 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.

6- 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. Une diffusion de l'ensemble des cas au COTRIM est par ailleurs recommandée afin d'homogénéiser les pratiques de codages et de limiter les recours.

A des fins d'amélioration de la qualité 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.

Calendrier ou contrainte de délai

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, et le délai de l'avis de l'ATIH est d'un mois à réception de la demande de l'UCR.

Référentiels

Référentiels juridiques Code de la sécurité sociale

Art. R. 162-42-10. –« ...; le médecin chargé de l'organisation 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. Procédure de sanctions

VI.1. Préparation du dossier de sanction

Acteurs concernés

Seule l'UCR est concernée par cette étape.

Modalités de préparation du dossier de sanctions

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 contrôle, réunir les éléments financiers nécessaires au calcul de la sanction et de son montant maximal.

1. Confirmation du caractère sanctionnable

L'UCR doit vérifier que la totalité des contraintes réglementaires a été respectée :

- (1) le programme de contrôle a été formellement établi par le DGARS,
- (2) l'ARS a informé l'établissement du contrôle par courrier recommandé avec demande d'avis de réception contenant : (a) l'intitulé des champs contrôlés, libellé comme dans le programme de contrôle ; (b) le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site ; (c) la date à laquelle débutent les opérations de contrôle (cette date correspond au point de départ des échanges avec l'établissement préalables au contrôle sur site),
- (3) le courrier du DGARS a été reçu avant le 31 décembre de l'année suivant celle de production des données,
- (4) le contrôle a eu lieu à une date compatible avec celle fixée dans le courrier de l'ARS,
- (5) 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),
- (6) les anomalies prises en considération pour la sanction sont motivées exclusivement par l'un des griefs suivants (a) manquements aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6 du CSS, (b) erreurs de codage, et (c) absence de réalisation d'une prestation facturée,
- (7) la procédure de concertation a été respectée et formalisée,
- (8) le rapport de contrôle,
- (9) le rapport de contrôle a été signé par le médecin chargé de l'organisation du contrôle, adressé à l'établissement en lettre recommandée avec demande d'avis de réception,

(10) 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.

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

L'UCR confronte les avis des contrôleurs sur site aux observations de l'établissement ; elle peut demander l'arbitrage de l'ATIH.

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

Elle demande les éléments financiers aux caisses qui ont supporté l'indu par courrier recommandé avec avis de réception.

Ces éléments sont :

- (1) l'état des sommes payées au titre des factures contrôlées
- (2) l'état des sommes indûment perçues par l'établissement au titre des surfacturations,
- (3) l'état des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations,
- (4) 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,
- (5) 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.

La date, la cause, la nature et les motifs justifiant la sanction sont également transmis.

A réception de la demande, la caisse a 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 toutes les séquences contrôlées, y compris celles pour lesquelles aucune anomalie n'a été mise en évidence, ou pour lesquelles une sous facturation a été constatée.

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 doit être reconstitué à partir des éléments transmis par l'UCR, dans les mêmes conditions que pour le calcul des sommes dues (cf. infra). Il est égal au montant total des prestations d'hospitalisation remboursé 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.

3. Calcul du montant maximal de la sanction

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

- (1) le taux d'anomalie constaté sur le champ de contrôle,
- (2) le montant maximal de la sanction pour le champ de contrôle,
- (3) le montant maximal de la sanction pouvant être appliquée à l'établissement.

Référentiels

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. Procédure de sanctions

VI.1bis. Préparation du dossier de sanction

Acteurs concernés

Seule l'UCR est concernée par cette étape.

Modalités de calcul de la sanction : utilisation de VALCO⁸

Pour chaque établissement contrôlé, l'UCR soumet à la commission de contrôle un rapport de contrôle accompagné d'une note de synthèse. Le montant maximal de la sanction est précisé dans ces documents. Pour les établissements ex-DGF, ce montant est issu des calculs réalisés par l'outil VALCO (logiciel de VALorisation des COnt rôles) qui applique le cadre réglementaire défini.

Sur cette base, le montant maximal de la sanction est déterminé après caractérisation des trois valeurs précisées ci-dessous :

1. Une première valeur (borne 1) correspond 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 taux d'anomalies, calculé sur l'échantillon, est égal au ratio entre les sommes indûment perçues constatées sur l'échantillon (différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon), et les sommes dues après contrôle par l'Assurance Maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

2. Une seconde valeur (borne 2) correspond aux sommes indûment perçues par l'établissement (déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations) multipliées par dix. Exprimée autrement, cette valeur correspond à dix fois le trop versé par l'Assurance Maladie constaté sur l'échantillon en tenant compte des surfacturations et des sous-facturations.

3. Une troisième valeur (borne 3) correspond à 5 % de la totalité des recettes annuelles d'Assurance Maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Le montant maximal de la sanction est ainsi défini comme la plus petite des valeurs constatées parmi les trois bornes précisées ci-dessus.

Pour illustrer ce propos, un exemple chiffré est proposé.

Considérons un établissement de santé qui fait l'objet d'un contrôle. Son activité comporte 1 000 séjours et le contrôle porte sur un échantillon de 150 dossiers.

Le montant total annuel de recettes de l'Assurance Maladie pour cet établissement est de 2 500 000 €.

Le montant des recettes sur l'échantillon avant contrôle est de 375 000 €.

Le contrôle met en évidence un montant de surfacturations de 95 000 € et un montant de sous-facturations de 20 000 €.

⁸ L'outil VALCO permet, pour les établissements ex-DGF, le calcul de la sanction maximale à partir du résultat des contrôles externes réalisés sur site. Pour les établissements ex-OQN, le calcul de ce montant mobilise d'autres outils qui sont développés par l'Assurance Maladie et qui repose sur l'examen des informations renseignées dans les bordereaux de facturation.

Sur cette base :

1. les sommes indues versés par l'Assurance Maladie et constatées sur l'échantillon sont de : $95\,000\text{ €} - 20\,000\text{ €} = 75\,000\text{ €}$;
2. le montant des recettes sur l'échantillon après contrôle sont de : $375\,000 - 75\,000\text{ €} = 300\,000\text{ €}$;
3. le taux d'anomalies constaté sur l'échantillon est donc de : $75\,000\text{ €} / 375\,000\text{ €} = 25\%$;
4. le montant maximal (borne 1) de la sanction calculé sur la base du taux d'anomalies est égal à : $25\% * 250\,000\text{ €} = 62\,500\text{ €}$;
5. le plafond de dix fois les sommes indûment perçues (borne 2) sur l'échantillon est égal à :
 $10 * 75\,000\text{ €} = 750\,000\text{ €}$;
6. le plafond de 5 % de la recette totale Assurance Maladie (borne 3) est de :
 $5\% * 250\,000\text{ €} = 12\,500\text{ €}$.

Dans cet exemple, le montant maximal de la sanction est celui imposé par la borne 3 ; il est de 12 500 €.

VALCO HAD permet, à partir des informations saisies au sortir du contrôle sur site, de calculer, pour les établissements ex-DGF, les montants avant et après contrôle, le taux d'anomalies et les montants maximaux de la sanction.

Pour les établissements ex-OQN les montants avant et après contrôle sont saisis manuellement.

Référentiels

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 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/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

VI. Procédure de sanctions

VI.2. Constitution du dossier de sanction

Acteurs concernés

Seule l'UCR est concernée par cette étape.

Modalités de constitution du dossier de sanction

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

1. Elaboration du dossier de sanction.

Ce dossier comporte pour l'ensemble des séjours et séquences contrôlés (1) la copie du courrier de l'ARS informant l'établissement du contrôle, ainsi que la copie de l'avis de réception, et (2) 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.

Ce dossier comporte :

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

Ce dossier comporte pour chacun des champs sanctionnables les éléments financiers suivants :

- (1) le montant total initial des séjours contrôlés,
- (2) l'état des sommes indûment perçues par l'établissement au titre des surfacturations,
- (3) l'état des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations,
- (4) le montant après contrôle des séjours contrôlés,
- (5) la date, la cause et la nature des sommes indûment perçues,
- (6) le montant de la recette d'Assurance Maladie afférente au champ contrôlé pour l'année antérieure au contrôle,
- (7) la recette annuelle totale d'Assurance Maladie pour l'année antérieure au contrôle et le plafond de 5 % de cette recette,
- (8) le montant des sommes indûment perçues et le plafond de 10 fois ce montant,
- (9) le taux d'anomalie,
- (10) le montant maximal de la sanction.

Ce dossier est transmis au DGARS et à la commission de contrôle en recommandé avec avis de réception, accompagné d'un courrier précisant (a) que le contrôle externe de la T2A a été réalisé conformément à l'article L 162-22-18 du CSS, (b) qu'une ou plusieurs sanctions financières étaient prévues dans le programme de contrôle pour cet établissement, (c) 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.

Référentiels

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».

VII. Notification de la sanction

Acteurs concernés

Le directeur général de l'ARS et la commission de contrôle sont les acteurs de cette étape.

Modalités de modulation de la sanction

La sanction vise à garantir le respect des règles de codage par les établissements de santé. Pour une application équitable de cette sanction, d'un établissement à l'autre et d'une région à l'autre, des critères de modulation, sont proposés.

C'est dans cette perspective qu'aux termes de l'article R. 162-42-13 CSS, le DGARS 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 DGARS qui peut prononcer une sanction en deçà du montant maximal.

Si le DGARS ne peut suivre l'avis de la commission, sa décision doit être motivée (art. R.162-42-13).

Afin d'éviter une grande hétérogénéité des pratiques de DGARS, la modulation de la sanction se fera selon :

L'appréciation de la gravité des manquements : La gravité des faits pourra être appréciée en fonction de l'importance du taux d'anomalies sur une même activité, prestations ou séjours présentant une caractéristique commune ; du manquement lié à l'absence de réalisation de la prestation ; du caractère réitéré du manquement sur la même activité, prestation ou des séjours présentant une caractéristique commune.

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 : (1) les deux occurrences du manquement doivent porter sur la même activité, prestation ou les mêmes séjours présentant une caractéristique commune de l'établissement ; (2) 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'intervalle 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 au moins trois mois après notification des sommes indûment perçues.

Modalités de notification de la sanction

La notification de la sanction est faite par le DGARS. La première notification informe l'établissement de la sanction avec montant maximal, et la seconde de la sanction prononcée. L'établissement a la possibilité de faire valoir des observations entre les deux notifications.

La notification de la sanction maximale (première notification) : Un courrier de notification de la sanction maximale est adressé par le DGARS à l'établissement. Ce courrier comprend le montant de la sanction, la date, la cause, la nature, le montant des sommes indûment perçues, les motifs justifiant la sanction (type des manquements observés) et le délai fixé à un mois, permettant à l'établissement de présenter ses observations.

La notification définitive de la sanction prononcée (deuxième notification) : Au terme du délai d'un mois (ou après audition de l'établissement), 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 DGARS informe l'établissement de santé qu'il peut être entendu par elle dans le délai de deux mois.

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 DGARS 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 lettre recommandée avec demande d'avis 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, la nature et le montant de chacun des sommes indûment perçues.

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.

Référentiels

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. »

Référentiels juridiques : Circulaire DHOS 2007/303 du 31 juillet 2007

VIII. Suivi du contentieux des sanctions

Acteurs concernés

Le DGARS et les correspondants régionaux de l'ARS pour le contrôle.

Objectif de 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 et de recenser l'ensemble des contentieux portant sur les contrôles T2A.

Modalités de suivi des sanctions

1- Recueil des informations sur les sanctions

Dans VALCO, les informations renseignées portent sur le montant maximal de la sanction, la notification définitive de la sanction et sa date. Pour réaliser un suivi des procédures de sanctions, ces informations doivent être complétées par des données portant sur (1) la première notification qui ouvre une période contradictoire avec l'établissement avant que la notification définitive ne soit établie, (2) les suites contentieuses éventuellement engagées par l'établissement après la notification définitive.

L'outil SUSANA répond à cet objectif. Il permet de considérer l'ensemble du processus (Notification des sanctions, contentieux et leurs résultats).

2- Saisie des informations

Le logiciel SUSANA est mis à disposition des ARS pour réaliser le suivi des sanctions et des contentieux.

Cet outil a une double fonctionnalité (1) recueillir des informations sur le montant des sanctions délivrées par les ARS, et (2) recenser l'ensemble des contentieux. Il permet une saisie régionale des informations liées aux sanctions (premières notifications et notifications définitives), aux contentieux administratifs (TA, appel et Conseil d'état), et propose des tableaux de synthèse régionale.

Il est complémentaire de l'outil VALCO qui permet 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 liées aux informations de SUSANA ; une bonne qualité de remplissage de VALCO est nécessaire pour l'utilisation de SUSANA.

La saisie dans SUSANA nécessite une habilitation donnée, à chaque membre, par l'ARS. Cette saisie est réalisée sur le site e-pmsi de l'ATIH.

Les principales informations saisies sont :

1- le montant et la date de la première notification,

- 2- le montant et la date de la notification définitive par l'ARS,
- 3- le motif de la sanction (indiqué dans la notification),
- 4- la sanction contestée,
- 5- le recours gracieux,
- 6- la 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),
- 7- la sanction contestée en appel (date de saisine, résultat du contentieux, montant de la sanction après appel, motifs de la décision),
- 8- la sanction contestée en Conseil d'état (date de saisine, résultat du contentieux, montant de la sanction après CE, motifs de la décision),
- 9- la (es) pièce(s) jointe(s) de la décision,
- 10- le montant final de la sanction après contentieux,
- 11- la date de recouvrement notifiée.

3-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 sont organisées régulièrement avec les correspondants régionaux concernés, pour 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.

4-Rapport de suivi des sanctions

L'exploitation de Susana permet à l'ATIH de rendre un rapport annuel sur le suivi des sanctions et des contentieux résultant du contrôle T2A. Ce rapport permet de faire une synthèse de chaque campagne de contrôle. Il est notamment communiqué à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

Référentiels

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.

CH : Conseil de l'hospitalisation.

Commission de contrôle : commission instituée par le décret du 31 mars 2010, composée à parité de représentants de l'ARS, désignés par son directeur général et de représentants des caisses locales d'Assurance Maladie et du service du contrôle médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'Assurance Maladie. Elle a un pouvoir consultatif.

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

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

CSS : Code de sécurité sociale.

DATIM HAD : Outil informatique de Dépistage des Atypies de l'Information Médicale, utilisé pour la préparation du contrôle externe sur site de la T2A ; il permet l'élaboration du programme de contrôle régional.

GHT : le Groupe Homogène de Tarif qualifie la prestation hospitalière facturée. Dans le cadre de la T2A, à chaque GHT est affecté un tarif.

GHPC : Groupe Homogène de Prise en Charge. Toute période du séjour pendant laquelle la prise en charge du patient est caractérisée par une combinaison particulière d'un mode de prise en charge principal (MPP), le cas échéant d'un mode de prise en charge associé (MPA), et d'une valeur de l'indice de Karnofsky (IK), définit une séquence de soins.

IK : Indice de Karnofsky : indicateur d'état de santé global qui s'apparente à une échelle synthétique de qualité de vie. L'IK mesure sur une échelle de 0 (décès) à 100 % (autonomie complète). Les patients pris en charge en HAD ont un IK variant de 10 % (moribond) à 90-100 % (autonomie quasi-totale).

LAMDA : Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité ; cet 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 HAD : Logiciel d'extraction 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.

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.

SOMME A PAYER : montant résultant de la différence entre les surfacturations et les sous facturations constatées.

SUSANA : Outil de Suivi des sanctions notifiées par les ARS.

T2A HAD : Tarification à l'Activité : réforme du financement des établissements de santé, mise en œuvre à partir du 1er janvier 2005 dans les établissements de santé **HAD**. Elle finance les établissements de santé HAD sur la base de l'activité réellement produite, appréciée notamment au travers des GHT et donnant lieu à "forfait au séjour".

TASS : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale : 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.

UCR : placée auprès de la commission de contrôle de l'ARS, l'Unité de Coordination Régionale est composée pour les deux tiers de médecins, de personnels des caisses d'Assurance Maladie désignés par la commission de contrôle et, pour un tiers, de personnels de l'ARS. Elle élabore un projet de programme régional de contrôle, coordonne la réalisation des contrôles décidés par le directeur général de l'ARS et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.

VALCO : Outil de Valorisation des contrôles.