



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
ET DE LA PROTECTION SOCIALE

**Contrôle externe de la production
des informations médico-administratives
des établissements de santé**

dans le cadre de la tarification à l'activité

**en médecine, chirurgie, obstétrique
et odontologie**

guide du contrôle externe régional

Version 1.1 – 1^{er} Octobre 2004

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

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

Ses membres sont les suivants :

DHOS : Dr Joëlle DUBOIS

ATIH : Dr Louis BRUNEL
Dr Patrick JEHAN

DSS : Mme Sonia BEURIER

CNAM-TS : Dr Laurence DI MENZA
Dr Pierre GABACH
Dr Michèle BRAMI

MSA : Dr Martine BINOIS
Mme Danielle LAURENCIN

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

SOMMAIRE

AVERTISSEMENT	p 5
<u>I IMPACT DE LA "TARIFICATION A L'ACTIVITE" SUR LE CONTROLE DES INFORMATIONS PMSI</u>	p 6
I.1. historique du contrôle	p 6
I.2. Principes de la T2A – conséquences sur le contrôle	p 6
<u>II PRINCIPES DU CONTROLE</u>	p 10
II.1 Un contrôle externe	p 10
II.2 Objectifs du contrôle externe	p 10
II.3. Dispositif de contrôle	p 11
II.3.1. Ciblage des établissements et activités	p 11
II.3.2 Contrôle sur site	p 11
II.4. Conséquences du contrôle pour les établissements	p 12
<u>III. LES ACTEURS DU CONTROLE EXTERNE</u>	p 13
III.1. Les établissements	p 13
III.2. Commission exécutive de l'ARH	p 13
III.3. Unité de coordination régionale	p 14
III.3.1. Composition de l'unité de coordination	p 14
III.3.2. Missions de l'unité de coordination	p 14
III.4. Contrôleurs responsables des contrôles sur site	p 15
III.5. COTRIM et ATIH	p 15
III.5. Instances de recours contentieux	p 16
<u>IV PRODUCTION ET CIRCUIT DE L'INFORMATION AU NIVEAU REGIONAL</u>	p 17
IV.1. Production des RSS et RSA par les établissements	p 17
IV.1.1. Cadre réglementaire	p 17
IV.1.2. Champ de production d'un RSS	p 17
IV.1.3. Précisions relatives aux fichiers conservés par les établissements	p 18
IV.2. Production des informations tarifantes	p 18
IV.2.1 Etablissements privés	p 18
IV.2.2. Etablissements publics	p 18
IV.3. Circuit d'information	p 19
IV.3.1. Circuit de l'information concernant les établissements privés	p 19
IV.3.2 Circuit de l'information concernant les établissements publics	p 20
<u>V DISPOSITIF ET OUTILS DU CONTROLE</u>	p 22
V.1 Contrôle a priori	p 23
V.2. Contrôle a posteriori mené au niveau de l'unité de coordination	p 23
V.2.1. Comparaison de casemix	p 23
V.2.2. Ciblage des établissements par analyse des fichiers de RSA	p 25
V.2.3. Ciblage des établissements par analyse des données de la liquidation	p 27
V.3. Programme de contrôle régional	p 28

<u>VI. CONTROLE SUR SITE – MISE EN ŒUVRE – ASPECTS PRATIQUES</u>	p 29
VI.1 Déclenchement du contrôle sur site	p 29
VI.2 Préparation du contrôle sur site	p 29
VI.2.1 Contact avec l'établissement	p 29
VI.2.2. Sélection des dossiers	p 30
VI.3. Déroulement du contrôle sur site	p 34
VI.3.1. Aspects préalables au recodage des dossiers	p 34
VI.3.2 Codage des résumés et de l'information tarifante	p 35
VI.3.3. Comparaison des informations contrôleur/établissement	p 40
VI.3.4 Rapport de contrôle sur site	p 43
VI.3.5. Eléments complémentaires du contrôle sur site	p 47
<u>VII SUITES ET CONSEQUENCES DU CONTROLE SUR SITE POUR LES ETABLISSEMENTS</u>	p 50
VII.1 Rôle du médecin contrôleur	p 50
VII.1.1 Informations disponibles à l'issue du contrôle sur site	p 50
VII.1.2 Elaboration du rapport de contrôle sur site	p 50
VII.1.3 Transmission à l'unité de coordination régionale	p 51
VII.2 Rôle de l'unité de coordination régionale	p 51
VII.2.1 Traitement du rapport de contrôle sur site	p 51
VII.2.2 Synthèse des éléments nécessaires à la définition de sanctions financières	p 52
VII.2.3 Elaboration du rapport de synthèse	p 53
VII.2.4. Elaboration d'un bilan annuel du programme de contrôle	p 54
VII.3 Rôle de la COMEX	p 54
VII.4 Rôle de l'établissement	p 54
BIBLIOGRAPHIE	p 57
ANNEXES	p 60
GLOSSAIRE	p 72

AVERTISSEMENT

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

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

I.1. HISTORIQUE DU CONTROLE

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

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

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

L'objet du présent document n'est pas de revenir sur les procédures de contrôle antérieures¹ : spécifiques à chaque secteur d'hospitalisation, elles étaient en cours de rénovation au moment où le projet de réforme du financement des établissements de santé est apparu. La mise en œuvre en 2004 de la Tarification à l'activité (T2A) a rendu incontournable la rénovation des modalités de contrôle des informations PMSI.

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

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

Outre les textes réglementaires d'application de la loi référencés dans la bibliographie, divers documents explicatifs de la réforme ont été écrits. La plupart figurent sur le site du ministère de la santé et de la protection sociale, dans l'espace réservé à la T2A², ainsi que sur le site de l'assurance maladie³.

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

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

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

¹ Pour mémoire, les textes de référence des procédures antérieures sont les suivants :

- secteur sous DG : annexe à la circulaire du 10 mai 1995 généralisant le dispositif d'allocation budgétaire expérimenté en Languedoc-Roussillon + circulaire du 11 décembre 1995 (portant création des Comités techniques régionaux de l'information médicale – COTRIM)
- secteur sous OQN : guide méthodologique de validation externe de la production des données médicales du PMSI, produit et publié par la CNAMTS – septembre 1998.

² <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/index.ht>

³ <http://www.ameli.fr>

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

Ces modalités de financement concernent les deux secteurs d'hospitalisation⁴, rejoignant ainsi l'objectif d'harmonisation du financement de ces deux secteurs, évoqué de longue date, sans toutefois aller jusqu'à l'unification des modèles de financement. En effet, si pour les deux secteurs, il s'agit désormais d'asseoir le financement des établissements sur l'activité réalisée, les modèles restent encore différents (pour quelques années).

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

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

- le paiement au forfait par séjour :

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

Chaque séjour en hospitalisation pour soins de courte durée (MCO) (le champ exact est défini au chapitre IV - § IV.1.2 ci-dessous) donne lieu à la production d'un résumé standardisé de sortie (RSS). Après traitement des informations élémentaires contenues dans ce résumé, le séjour est classé dans un groupe homogène de malades (GHM) selon la dernière version de la classification des GHM en vigueur⁵. A chaque GHM est appliqué un tarif "tout compris"⁶, défini au niveau national, qui sert à rémunérer l'établissement qui a pris le patient en charge pour l'épisode de soins considéré.

Dans la plupart des cas, il existe un tarif unique national, par GHM⁷. Cependant, dans certains cas, ce tarif n'est pas unique. En 2004, le seul exemple de cette nature est celui des soins palliatifs.

Ce dernier cas (dont le nombre pourrait augmenter à mesure que le modèle sera affiné dans les années à venir) a conduit à la définition d'un nouveau concept dans le cadre de la T2A : celui du *groupe homogène de séjours* (GHS) qui sert à qualifier la prestation assurance maladie facturée. On distingue ainsi le support de la tarification (le GHS) du support de la description d'activité (le GHM). Le modèle rend donc possible la définition de plusieurs GHS pour un même GHM.

⁴ Conformément à l'avertissement figurant en tête de document, par la suite, les deux secteurs seront respectivement désignés sous les termes de "secteur – et établissements – publics" pour le secteur d'hospitalisation sous DG ; "secteur –et établissements privés" – pour le secteur d'hospitalisation sous OQN, avant mise en œuvre de la T2A.

⁵ En 2004, il s'agit de la version 9 de la classification des GHM

⁶ Pour les établissements privés, cette forfaitisation induit la disparition des prestations telles que PJ, FSO, FSE, FAS...

⁷ Il convient cependant de préciser qu'il existe deux barèmes de tarifs différents pour les secteurs public et privé.

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

Pour les GHM pour lesquels la borne basse est pertinente, l'établissement doit appliquer au tarif du GHS un coefficient de minoration (de 50%) lorsque la durée du séjour est inférieure à cette borne (à l'exception toutefois des séjours dont le mode de sortie est le mode décès).

L'établissement facture, en plus du GHS, un supplément journalier (dénommé EXH), pour chaque journée d'hospitalisation au-delà de la borne haute.

Le tarif de l'EXH, variable en fonction du GHS, est défini par voie d'arrêté.

- Le paiement à la séance, passage ...

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour chacune de ces deux activités, outre le financement unitaire de chaque prestation réalisée⁸, un forfait annuel est versé à l'établissement :

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

⁸ Chaque passage aux urgences est couvert par un forfait d'accueil et de traitement des urgences – ATU -, chaque prélèvement d'organe ou de tissu sur une personne est couvert par un forfait de prélèvement d'organes ou de tissus

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

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

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

Elles concernent :

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

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

* *

*

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

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

Dans tous les cas, le contrôle consiste à s'assurer que la prestation facturée a bien été réalisée, et correctement facturée.

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

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

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

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

II PRINCIPES DU CONTROLE

II.1 UN CONTROLE EXTERNE

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

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

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

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

II.2 OBJECTIFS DU CONTROLE EXTERNE

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

- Dans le cadre du nouveau mode de financement des établissements de santé, il vise à **s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés.**

Cet objectif est essentiel : dans la mesure où, à terme, tous les établissements factureront leur activité à l'assurance maladie sur une base essentiellement déclarative (qu'il s'agisse des GHS ou d'autres prestations), il importe que la fiabilité de ces déclarations soit contrôlée.

- Les informations médico-administratives produites dans le cadre du PMSI (et utilisées pour la tarification à l'activité) permettent la constitution de bases de données régionales et nationales, sur l'hospitalisation en soins de courte durée. Ces informations sont exploitées dans d'autres finalités que la seule finalité financière (organisation des soins, épidémiologie...) et il importe donc qu'il s'agisse d'informations de qualité.

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

Si ce second objectif ne doit pas être perdu de vue, c'est essentiellement le premier qui sera développé dans la suite du guide. Des éléments concernant la procédure du contrôle qualité y seront néanmoins signalés. Cette procédure est distincte de la démarche d'amélioration continue de la qualité des informations, qui incombe aux établissements.

II.3. DISPOSITIF DE CONTROLE

Le contrôle externe relève de l'initiative régionale. Il est organisé en deux étapes :

- *Une procédure de ciblage*, destinée à orienter le travail des contrôleurs, portant sur tous les établissements de la région, balayant la totalité des informations transmises, et permettant le ciblage des établissements et activités "atypiques",
- *Un contrôle approfondi, sur site ("sur pièces et sur place")* des établissements dépistés à l'étape précédente, mais aussi de quelques établissements tirés au sort dans la région, de manière à ce que la totalité des établissements d'une région soit contrôlée selon une périodicité définie (3 ans).

II.3.1. Ciblage des établissements et activités :

Il repose sur deux utilitaires informatiques :

- Un utilitaire exploitant les résumés de sortie anonymisés (RSA) du PMSI : il s'agit de l'outil DAtIM (Dépistage des atypies de l'information médicale)
- Des requêtes automatisées SNIIR AM⁹, exploitant les données de la liquidation (bordereaux 615 des établissements privés)¹⁰.

- S'agissant de DAtIM :

Cet outil réalisé par l'ATIH¹¹ a été conçu comme un outil de "ciblage" visant à orienter les contrôleurs vers les établissements à contrôler en priorité, sans préjuger par ailleurs d'un défaut avéré de qualité des informations PMSI : DAtIM intègre des tests qui procèdent par comparaison statistique entre un comportement moyen (en matière de description d'activité) d'établissements de même nature, et le comportement propre de chaque établissement. Certaines "atypies" observées peuvent ainsi s'avérer justifiées en raison par exemple de recrutements hospitaliers particuliers, et ne pas traduire d'anomalies de description (pour plus de détails, voir §V.2.2).

- S'agissant de SNIIR AM :

L'objectif de ciblage est développé en exploitant un autre support d'information que le RSA : bordereau de facturation S3404 (ancien B615) pour les établissements privés et, à terme, équivalent de ce bordereau pour les établissements publics. Sur le principe, son mode de fonctionnement est proche de DAtIM. Il s'agit aussi d'alerter les contrôleurs sur les pratiques liées à la production d'information d'un établissement, en vue d'orienter le contrôle plus approfondi (pour plus de détails, voir §V.2.3).

II.3.2 Contrôle sur site

Il repose sur des modalités classiques :

- S'agissant du contrôle de l'information médico-administrative produite, le médecin contrôleur confronte les données du dossier médical au résumé standardisé de sortie (RSS) produit par l'établissement, pour un même séjour. Ce contrôle est réalisé sur un échantillon de séjours

⁹ SNIIR AM : système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie

¹⁰ Lorsque les établissements publics produiront également des factures (horizon 2006), cet outil exploitera également ces données

¹¹ La première version test, diffusée auprès des ARH en juillet 2002, doit être remplacée par la deuxième version "2004".

tiré au sort¹², relatif à un secteur d'activité ciblé, en fonction des résultats de l'étape précédente (GHM, pathologie, séjours présentant des caractéristiques communes...).

- Un contrôle des autres informations concourant à la facturation du séjour est également réalisé : la justification des éléments facturés en sus du GHS (médicaments coûteux, DMI par exemple) est recherchée (voir chapitre VI – §VI.3.2.1).

II.4. CONSEQUENCES DU CONTROLE POUR LES ETABLISSEMENTS

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

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

¹² Ou éventuellement sur la totalité des dossiers si les séjours de l'activité contrôlée sont peu nombreux.

III. LES ACTEURS DU CONTROLE EXTERNE

Le contrôle externe est un contrôle régional.

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

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

III.1. LES ETABLISSEMENTS

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

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

La responsabilité de ces acteurs relativement à la qualité des informations produites doit être précisée. Le guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI¹³ (voir chapitre IV - §IV.1.1) énonce que :

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

** Il convient de remarquer que cette responsabilité est actuellement matérialisée dans le secteur privé¹⁴ par la signature du bordereau de facturation des prestations hors honoraires (article R161-40 et suivants du code de la sécurité sociale).*

III.2. COMMISSION EXECUTIVE DE L'ARH

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

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

La responsabilité des sanctions est confiée à la commission exécutive de l'ARH (COMEX)¹⁵, instance régionale où l'Etat et l'assurance maladie sont représentés à parité. Il en est de même de la définition du programme régional de contrôle.

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

¹³ BO n°2004/2bis pour l'année 2004

¹⁴ ainsi que dans le secteur public à compter de 2006

¹⁵ Article L162-22-18 du code de la sécurité sociale, modifié par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 46)

III.3. UNITE DE COORDINATION REGIONALE

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

Une coordination des actions de contrôle est donc indispensable. Il sera donc créé, dans chaque région, une **unité de coordination du contrôle externe**.

Cette unité technique, est placée près de la COMEX de l'ARH.

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

Elle est composée et pilotée par des représentants de l'assurance maladie dotés d'une expérience en matière de PMSI :

- médecins conseils représentants des trois régimes d'assurance maladie, constituant l'équipe médicale de l'unité,
- personnel administratif non médical, inter-régime.

Le cas échéant, des représentants de l'Etat en région peuvent lui être associés.

La composition médico-administrative de l'unité est liée aux raisons suivantes :

Les opérations de ciblage situées **en amont du contrôle sur site**, au sein de l'unité de coordination (comparaison de casemix, ciblage portant sur les RSA ou les factures- voir chapitre V.2) ne comportent aucune information médicale nominative. Les contrôleurs participant à ces opérations ne sont donc pas nécessairement des médecins.

En aval du contrôle sur site, les membres de l'unité de coordination auront à traiter :

- des informations médicales : demandes d'avis (anonymisées) au COTRIM, analyse de pièces médicales justificatives, accès à l'identité des patients pour l'identification de la caisse gestionnaire... Ces informations ne peuvent être accessibles et exploitées que par des médecins (définis à l'article L1112-1 du CSP).
- des informations non médicales : calcul des recettes assurance maladie de l'établissement liées à l'activité contrôlée ; calcul des surfacturations... Ces informations seront traitées par des non médecins.

III.3.2. Missions de l'unité de coordination

Ses missions générales sont précisées ci-dessous. Les missions concernant les suites des contrôles sur site (dont les procédures de répétition d'indû) sont explicitement détaillées dans le chapitre VII (contrôle sur site – suites et conséquences pour les établissements).

- Elle propose à la COMEX le programme de contrôle régional : les contrôles sur site seront programmés en fonction notamment des orientations nationales et des résultats des ciblage réalisés (établissements à contrôler en priorité, calendrier de réalisation...). Elle en suit la réalisation.

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

III.4. CONTROLEURS RESPONSABLES DES CONTROLES SUR SITE

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

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

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

III.5. COTRIM ET ATIH

En cas de désaccord de l'établissement portant sur le codage de l'information médicale, l'unité de coordination, après avoir examiné le rapport de contrôle sur site, sollicite des avis techniques : le COTRIM sera saisi en première intention.

Les missions du COTRIM en matière de qualité de l'information médicale ont été définies par voie de circulaire¹⁶. Elles devront être revues pour préciser ces missions dans le cadre du contrôle externe décrit dans ce guide.

L'ATIH pourra être consultée en seconde intention, en cas de désaccord persistant, ou de sollicitation par le COTRIM lui-même. Elle pourra, le cas échéant, consulter des experts médicaux (sociétés savantes de disciplines médicales).

¹⁶ Circulaire du 11 décembre 1995, modifiée par circulaire DH/PMSI/n°366 du 3 juillet 2000

Dans tous les cas, l'ATIH sera destinataire, pour information, de tous les avis émis par les COTRIM. Ces avis lui seront directement adressés par les COTRIM.

III.6. INSTANCES DE RECOURS CONTENTIEUX

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

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

IV PRODUCTION ET CIRCUIT DE L'INFORMATION AU NIVEAU REGIONAL

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

IV.1.1. Cadre réglementaire

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

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

Les conditions et modalités de production des résumés de sortie (RSS et RSA) sont consignées dans un guide méthodologique (annexé à l'arrêté PMSI ci-dessus et publié dans un numéro spécial du bulletin officiel¹⁷), en remplacement de l'ancien guide et de son additif (BO spéciaux n°94/6 et 96/13bis).

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

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

IV.1.2. Champ de production d'un RSS

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

Sont ainsi concernées :

- les hospitalisations complètes (en médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie)
- les hospitalisations à temps partiel, de jour ou de nuit, l'anesthésie et/ou la chirurgie ambulatoire et les hospitalisations de semaine.

Sont aussi concernées les séances de dialyse, radiothérapie¹⁸, et chimiothérapie.

Cette définition du champ de production du RSS en exclut de fait les activités de soins externes (consultations et actes externes), ainsi que les urgences non suivies d'hospitalisation.

La réforme de la T2A qui conduit à financer les établissements notamment sur la base des RSS produits, a conduit à préciser davantage le champ de production de ces résumés de sortie, afin d'en border la "limite inférieure". Un texte réglementaire en cours d'élaboration précise les

¹⁷ BO n°2004/2bis pour l'année 2004

¹⁸ S'agissant des séances de radiothérapie, à la date de production du présent guide, seuls les établissements publics de santé sont concernés par la production de RSS.

modalités de facturation des prises en charge hospitalières avec entrée et sortie le même jour et énonce les conditions qui autorisent dans ce cas la facturation en GHS.

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

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

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

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

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

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

IV.2. PRODUCTION DES INFORMATIONS TARIFANTES

IV.2.1 Etablissements privés

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

Ce bordereau, support de facturation, a été adapté pour prendre en compte les nouvelles modalités de facturation résultant de l'application de la réforme de la T2A. Le nouveau bordereau (ex B615) a été homologué sous la référence S 3404. Un modèle de ce nouveau bordereau figure en annexe n°3.

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

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

IV.2.2. Etablissements publics

Une facturation individuelle est également envisagée pour ce secteur d'hospitalisation. Ses modalités sont en cours d'élaboration ; sa mise en œuvre est prévue pour 2006.

Dans l'intervalle, des informations complémentaires aux informations contenues dans les RSA doivent être fournies par les établissements, en vue de leur financement dans le cadre de la réforme (médicaments et DMI, consultations et actes externes...).

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

Une annexe à la circulaire relative à la campagne budgétaire pour 2004, des établissements publics¹⁹, décrit toutes les informations qu'il contient dorénavant.

IV.3. CIRCUIT D'INFORMATION

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

IV.3.1.1. Information sortant de l'établissement

La réforme de la tarification à l'activité n'induit pas de modification du circuit de l'information sortant de l'établissement : si la nature de l'information utilisée pour la facturation est différente, le circuit emprunté par cette information reste inchangé (à la réserve près concernant la caisse centralisatrice des paiements, qui deviendrait caisse pivot en 2006). Le schéma ci-dessous résume ce circuit.

- une fois émis, et jusqu'en 2006, le bordereau de facturation est transmis à la caisse centralisatrice des paiements, avant d'être transmis à la caisse gestionnaire, selon le régime d'affiliation de l'assuré.
En retour, la caisse gestionnaire concernée effectue d'une part le complément de paiement²⁰ du séjour, et alimente d'autre part son propre système d'information ainsi que le Système National d'Information Interrégime de l'Assurance Maladie (SNIIR AM).
- Les établissements continuent par ailleurs de transmettre à l'ARH l'information médicalisée du PMSI : pour chaque séjour, est émis un couple d'information RSA/RSFA. Les fichiers contenant ces informations sont transmis tous les trimestres.²¹

IV.1.2.2. Information produite dans l'établissement

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

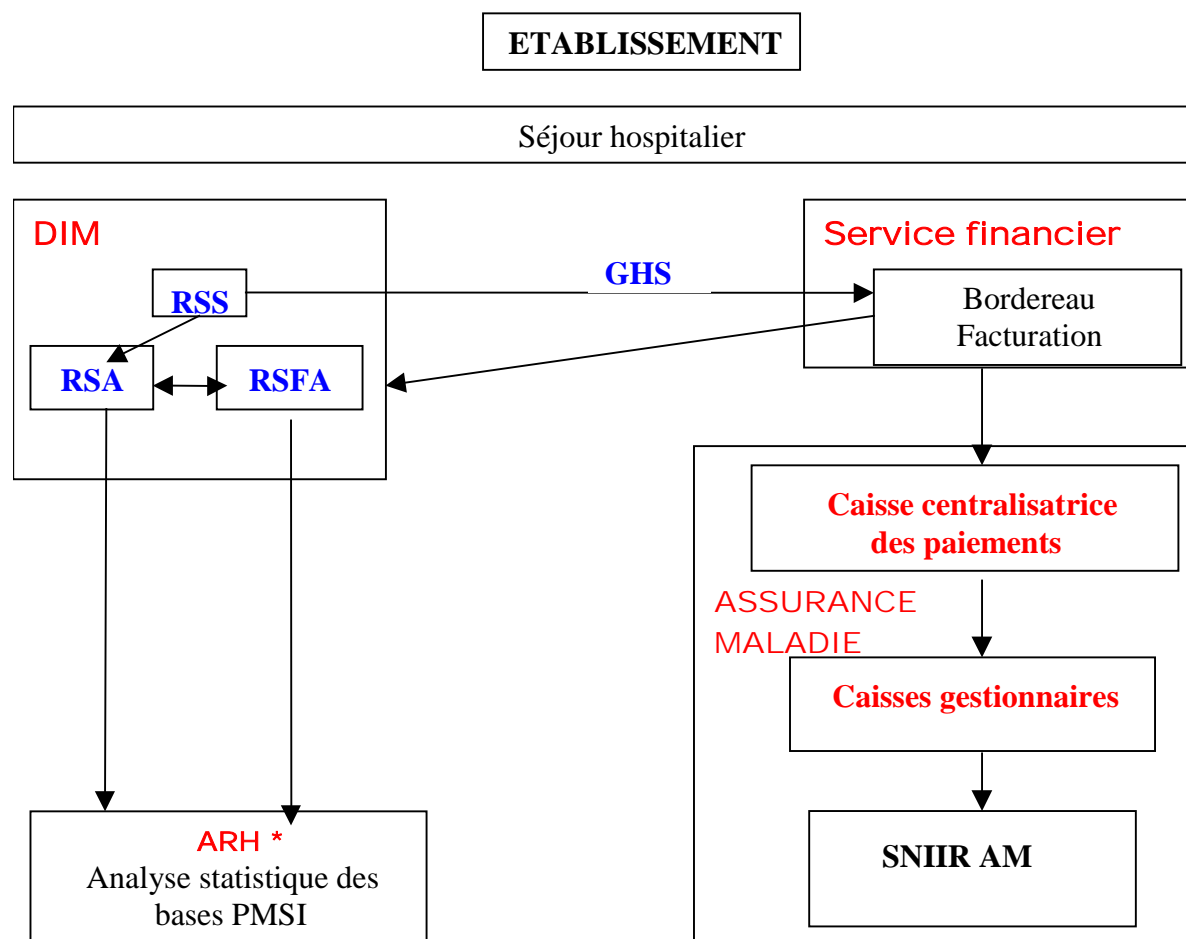
Cependant, l'organisation du circuit interne de l'information (communication praticien producteur de l'acte et responsable du patient / DIM / service de facturation) est de la responsabilité de l'établissement.

¹⁹ Circulaire DHOS-F2-O / DSS – 1A – 2004 / n°36 du 2 février 2004

²⁰ Pour mémoire : les tarifs appliqués pour le règlement de la facture (GHS notamment) sont définis nationalement, mais pour chaque établissement, est appliqué un coefficient correcteur. Ce coefficient correcteur composite a vocation d'une part à assurer la transition dans l'application du modèle T2A (coefficient de transition, provisoire), mais aussi d'autre part à tenir compte du classement et de l'implantation géographique des établissements (coefficients pérennes).

²¹ Depuis le 2^{ème} trimestre 2004, cette transmission d'information à l'ARH peut se faire via le dispositif e-pmsi (voir circulaire DHOS/E3 n°187 du 22 avril 2004, relative à l'organisation des droits d'accès à la plate-forme de service e-pmsi)

Schéma de la production et circulation de l'information



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

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

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

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

Au moins pour cette raison, l'information destinée au financement des établissements doit donc être transmise à la fois à l'ARH (qui définit notamment la part forfaitaire²²) et à l'assurance maladie (pour le paiement de la part activité).

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

- En 2004 et 2005 : le modèle T2A est appliqué dans le cadre budgétaire et comptable de la dotation globale. Mais, dès 2005, un dispositif transitoire est introduit, avec mise en place d'un nouveau calendrier budgétaire et d'une nouvelle procédure budgétaire, permettant aux établissements de s'approprier progressivement les changements induits par la tarification à l'activité. Quoi qu'il en soit, le circuit d'information reste inchangé : l'information est transmise à l'ARH qui arrête les budgets, intégrant notamment la part liée à l'activité.
- En 2006, le schéma cible est atteint : les établissements facturent directement la part activité à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH.

Les établissements continuent néanmoins d'adresser leurs fichiers de RSA à l'ARH (obligations PMSI).

En conclusion

En 2006, les circuits de l'information médicalisée sortant des établissements publics et privés deviendront superposables : même si quelques nuances doivent être apportées, il existe un flux d'information destiné à la facturation, en direction de l'assurance maladie, et un flux d'information en direction de l'ARH, à vocation multiple (financement hors activité de soins, constitution de bases de données, notamment utilisées pour l'organisation des soins...).

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

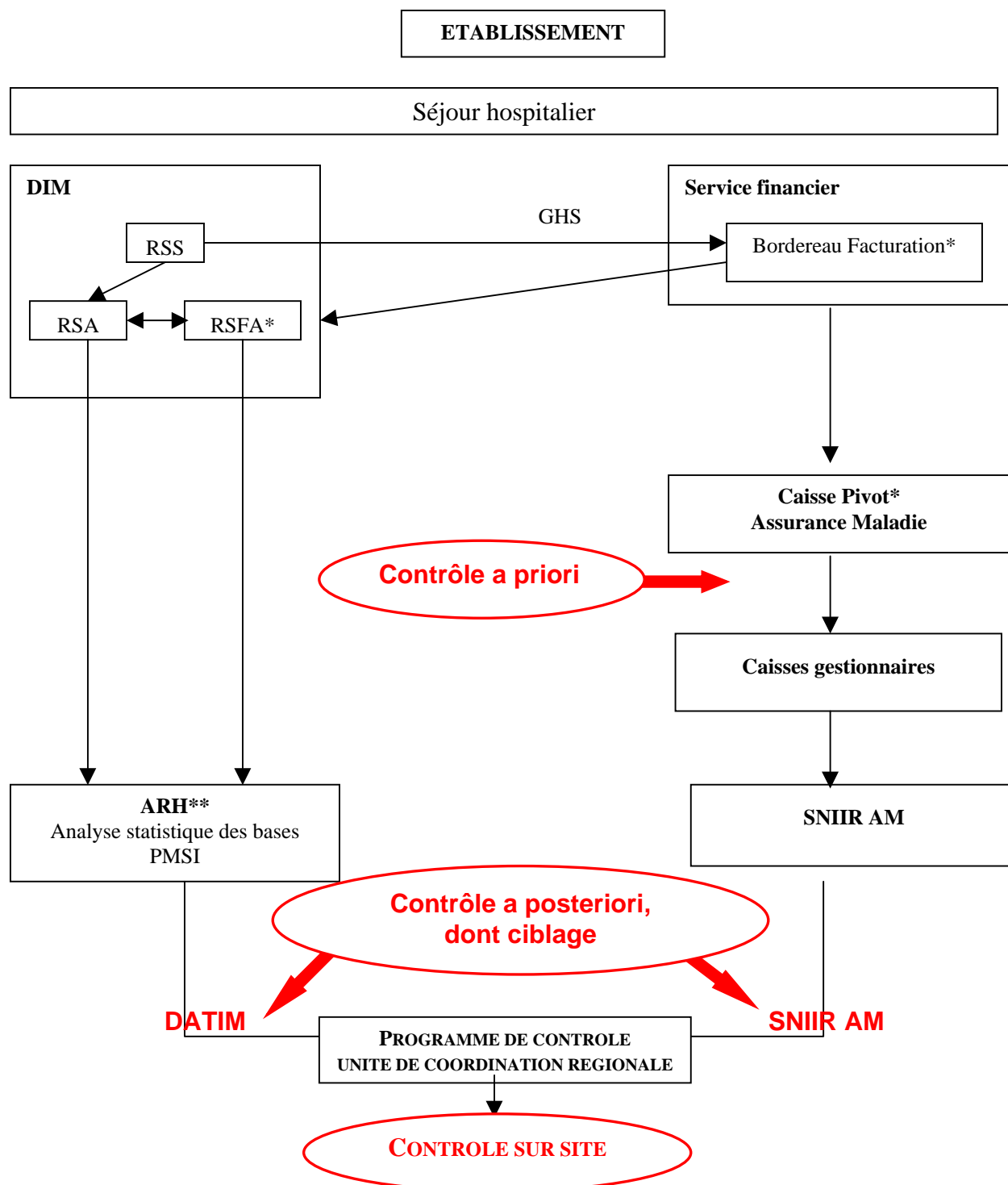
Recommandation importante :

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

²² L'intervention de l'ARH dans le financement des établissements publics ne se limite pas à la part forfaitaire. Elle détermine également (tout comme pour les établissements privés par ailleurs), le forfait annuel de l'activité urgence et de la coordination des prélèvements d'organes, et l'enveloppe des MIGAC.

V DISPOSITIF ET OUTILS DU CONTROLE

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



* à compter de 2006, y compris pour les établissements du secteur public

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

Le contrôle externe comporte plusieurs modalités :

- un contrôle *a priori* (avant paiement²³), mené sur les données de facturation,
- un contrôle *a posteriori* (après paiement), mené en deux étapes :
 - contrôle mené au niveau de l'unité de coordination selon plusieurs modalités :
 - comparaisons de casemix d'une part
 - et ciblage des établissements et des activités, au moyen d'outils informatiques d'autre part. Ce ciblage des établissements peut être réalisé par analyse des données de facturation (mise en œuvre de SNIIR AM) ou analyse des RSA (mise en œuvre de DAtIM).
 - contrôle sur site

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

V.1 CONTROLE A PRIORI

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

Le support de ce contrôle étant la facture adressée par l'établissement à l'assurance maladie, il s'applique dès 2004 aux établissements privés, mais ne pourra être mis en œuvre avant 2006 pour les établissements publics.

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

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

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

V.2.1. Comparaison de casemix

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

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

²³ Les établissements doivent transmettre leurs données de facturation aux organismes d'assurance maladie en respectant le Cahier Des Charges Normes B2 – version février 2003

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Trois grandes causes de divergence peuvent être envisagées :

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

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

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

Ce ciblage s'effectue au moyen de l'utilitaire DAtIM (Dépistage des Atypies de l'Information Médicale) mis à disposition de l'unité de coordination. Un guide d'utilisation pratique (guide de lecture et d'interprétation) sera fourni avec la prochaine version de l'outil.

V.2.2.1 Principe et fonctionnement de DAtIM

*** Principe :**

DAtIM est conçu comme un outil de "ciblage" et de préparation du contrôle, visant à dépister des atypies de l'information médicale transmise par les établissements, sans préjuger à ce stade d'un défaut réel de qualité de ces informations.

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

*** Fonctionnement :**

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

Les tests de DATIM sont répartis en trois modules :

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

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

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

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

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

Toutefois, une telle modification n'est en aucun cas autorisée une fois que les factures des séjours ont été envoyées à l'assurance maladie.

V.2.2.2. Utilisation des résultats de DatIM

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

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

recrutement particulier, organisation des soins...), ainsi qu'aux résultats des tests des autres modules.

- L'analyse des tests élémentaires permettra également de préparer le contrôle sur site (une fois prise la décision de ce contrôle), et d'orienter le choix des activités sur lesquelles portera le tirage au sort des dossiers qui seront contrôlés.

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

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

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

Ce ciblage s'effectue au moyen de SNIIR AM.

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

- paiement d'un acompte (85 % du total de la dépense) par la caisse centralisatrice²⁴,
- liquidation par la caisse gestionnaire.

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

Les traitements prévus ont pour objectifs de :

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

Ce contrôle concernera dans un premier temps les activités suivantes :

- urgences : nombre d'ATU facturés par les établissements autorisés (SAU, UPATOU, ou POSU²⁵) ou non
- soins palliatifs : le GHS soins palliatifs "majoré" (n°7957) ne doit être facturé que dans les unités ou lits dédiés de soins palliatifs,
- une facturation en deux niveaux : réanimation / surveillance continue sera réalisée dans un premier temps en remplacement des anciennes prestations SPC ; puis une facturation selon 3 niveaux (réanimation, soins intensifs, surveillance continue) apparaîtra lors de la mise en place des SROS 3 (voir annexe n°5)
- dialyse : nombre de séances et nombre de malades dialysés, selon les tarifs applicables à cette activité.

²⁴ à compter de 2006, la caisse pivot liquiderait les factures.

²⁵ SAU : service d'accueil et de traitement des urgences

UPATOU : unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences

POSU : pôle spécialisé d'accueil et de traitement des urgences

- Cibler les contrôles des médecins contrôleurs

SNIIR AM permettra de repérer :

- les GHS statistiquement déviants
- pour les compteurs temps (durée de séjour) et financiers (EXH, EXB, Médicaments onéreux, DMI, honoraires),
- par rapport à un référentiel national et régional
- pour un établissement donné ou un professionnel de santé.

V.3. PROGRAMME DE CONTROLE REGIONAL

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

Au vu de cette synthèse, l'unité de coordination prépare le programme de contrôle : établissements à contrôler en priorité, programmation sur l'année, nombre de contrôleurs en fonction du site contrôlé, choix de la procédure de recodage des informations du RSS (aveugle ou non)...

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

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

Enfin, l'élaboration du programme de contrôle doit intégrer un élément important : outre les résultats des contrôles de casemix et des contrôles automatisés, il devra intégrer la contrainte selon laquelle, **sur une période de trois ans, tous les établissements d'une même région devront avoir fait l'objet d'un contrôle sur site**, y compris ceux des établissements dont les contrôles automatisés n'auront pas produit de résultats alertants au cours de cette période.

A l'inverse de cette borne maximale dans la périodicité du contrôle sur site par établissement, il n'existe pas de borne minimale : un même établissement pourra notamment être contrôlé plusieurs fois dans l'année si les résultats des différents contrôles en font apparaître la nécessité.

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

VI.1 DECLENCHEMENT DU CONTROLE SUR SITE

Le chapitre précédent (chapitre V - §V.3) énonce les circonstances conduisant à programmer le contrôle sur site d'un établissement. Ce contrôle peut être motivé par :

- La découverte d'éléments alertants au cours des comparaisons de casemix ou des ciblages,
- L'inscription dans le programme de contrôle régional, pour respecter la périodicité minimale de contrôle de chaque établissement de la région.

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

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

VI.2 PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE

Certains éléments de préparation du contrôle sur site sont réalisés au moyen d'un utilitaire informatique²⁶ mis à disposition des contrôleurs.

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

VI.2.1 Contact avec l'établissement

VI.2.1.1 Date de contrôle

Lorsque la décision de réaliser un contrôle sur site a été arrêtée pour un établissement donné, ce dernier en est informé par courrier précisant les modalités du contrôle.

Une date est alors fixée, en accord avec les responsables de l'établissement. A cet effet, un contact sera établi avec :

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

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

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

VI.2.1.2 Médecin contrôleur

Selon la taille et le type d'activité (plus ou moins spécialisée) de l'établissement contrôlé, ainsi que la nature et l'importance des atypies observées lors des ciblages, la présence de deux (voire

²⁶ Cet outil de gestion du contrôle sur site (OGC), fruit d'une collaboration Etat / CNAM-TS, est en cours de réalisation au moment où le présent guide est écrit. Un guide d'utilisation sera fourni au moment de sa livraison.

plusieurs) médecins pourra être requise pour assurer un contrôle efficace dans un laps de temps limité.

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

VI.2.2. Sélection des dossiers

VI.2.2.1. Contrôle ciblé

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

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

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

Pour orienter ces contrôles, les résultats de l'étape de ciblage peuvent être utilement exploités. Deux cas de figure doivent cependant être distingués :

- le contrôle sur site de l'établissement a été décidé en raison de résultats positifs du ciblage. En d'autres termes, DAtIM et/ou SNIIR AM ont révélé des atypies portant sur les RSA et/ou les factures. Le contrôleur est alors orienté par les alertes observées, et peut ainsi réaliser un contrôle ciblé utilisant ces éléments, mais aussi d'autres éléments dont il peut avoir connaissance par ailleurs.
- Le contrôle sur site est décidé indépendamment des résultats du ciblage (dont les tests peuvent ne pas se révéler alertants). Dans les premiers temps de mise en œuvre de ce nouveau mode de contrôle, on préférera alors réaliser un **contrôle ciblé raisonné** (plutôt qu'un contrôle portant sur la totalité de l'activité de l'établissement). On s'intéressera par exemple aux GHM les plus fréquents, ou aux GHM les plus valorisés, produits par l'établissement, ou encore aux GHM les plus souvent mal codés par les autres établissements.

Par ailleurs, revenant sur les résultats de DAtIM, même en l'absence d'un score global alertant, certains tests pourront avoir révélé des atypies de l'établissement qu'il conviendra alors d'exploiter.

VI.2.2.2 Procédure générale

Lors du contact avec l'établissement visant à définir la date du contrôle, le médecin contrôleur informe l'établissement des activités ou prestations ou ensemble de séjours présentant des caractéristiques communes²⁷ sur lesquelles portera le contrôle. La période de temps concernée est également précisée²⁸.

Il importe que cette information soit formulée de manière très précise, car le contrôleur en attendra en retour la liste des numéros de RSS concernés par le contrôle ainsi ciblé.

Plusieurs types d'activités ou prestations peuvent être définis :

- le plus souvent il s'agira d'un (ou de plusieurs) GHM produits par l'établissement sur une période de temps donnée
- mais la prestation pourra également être caractérisée par certains items (et certaines valeurs d'items) du RSS²⁹, définissant ainsi un ensemble de séjours présentant des caractéristiques communes.

Exemples :

- *le contrôleur pourra demander la liste des numéros de RSS correspondant au GHM 08C03W produit par l'établissement, au cours de la dernière année civile.*
- *il pourra aussi demander la liste des numéros des RSS dont le diagnostic principal est le code H25.0 de la CIM-10, et l'âge inférieur à 50 ans (RSS produits par ailleurs au cours du dernier semestre civil³⁰).*

A cet effet, un utilitaire élaboré par l'ATIH et mis à la disposition des établissements devra être utilisé par les médecins de DIM pour extraire ces informations de leurs fichiers de RSS³¹.

Une fois la liste des numéros de RSS transmise par l'établissement, le contrôleur procède à un tirage au sort de quelques numéros (voir point VI.2.2.3 ci-dessous) et demande au médecin de DIM de mettre à disposition, pour le jour du contrôle, les dossiers des patients dont les numéros de RSS ont été tirés au sort. Cette opération est rendue possible par le fait que le médecin de DIM conserve la correspondance entre le numéro de RSS et le dossier du patient.

VI.2.2.3. Echantillonnage

En réponse à la demande du contrôleur, l'établissement transmet sous format informatique, la liste des numéros de RSS correspondant aux prestations contrôlées (GHM n°08C03W par exemple).

Le contrôleur constate l'effectif de la liste (ie le nombre de numéros portés). Il confronte cet effectif à l'effectif des mêmes prestations qu'il a lui même identifiées à partir du fichier de RSA

²⁷ Par la suite, seule la formulation "activité ou prestation" sera utilisée pour désigner l'objet du contrôle

²⁸ Cette période de temps porte préférentiellement sur une même année civile (pas de contrôle "à cheval" sur deux années civiles par exemple)

²⁹ En pratique, et pour des raisons de définition du montant des sanctions le cas échéant, ce type de requête ne pourra être utilisé que lorsque SNIIRAM comportera effectivement des informations PMSI, et dans un premier temps uniquement pour les établissements produisant des factures, c'est à dire les établissements privés

³⁰ voir note précédente

³¹ Il est bien entendu que ces fichiers sont en fait des fichiers de RUM-groupés. Par commodité de langage, on parlera par la suite de fichiers de RSS.

de l'établissement, en sa possession. L'effectif des numéros transmis doit bien entendu être le même que celui qu'il a identifié par cette autre source.

Après vérification de la correspondance des effectifs, le tirage au sort peut être réalisé.

Compte tenu de la méthode de contrôle retenue (contrôles ciblés) et du critère de déclenchement, à l'issue du contrôle, d'éventuelles sanctions financières (pourcentage de surfacturation observé sur l'échantillon de séjours tirés au sort), la procédure d'échantillonnage retenue est décrite ci-dessous.

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

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

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

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

En pratique :

- si une seule prestation est contrôlée, il est procédé au tirage au sort de 100 numéros sur la liste des numéros de RSS transmis,
- si plusieurs prestations sont contrôlées, il peut être choisi :
 - de tirer au sort 100 numéros sur la liste des numéros de RSS de chacune des prestations contrôlées.
Exemple : 100 numéros de la liste des numéros de RSS correspondant au GHM 08C03W + 100 numéros de la liste des numéros de RSS correspondant au GHM 01C01S + 100 numéros de la liste des numéros de RSS des séjours dont le diagnostic principal est le code H25.0, et l'âge inférieur à 50 ans...
 - de tirer au sort 100 numéros sur la liste des numéros de RSS correspondant à l'ensemble des prestations contrôlées (cet ensemble de prestations est dans ce cas considéré comme une prestation unique et globale).
Exemple : 100 numéros sur la liste regroupant les numéros des RSS correspondant au GHM 08C03W + GHM 01C01S + séjours dont le diagnostic principal est le code H25.0, et l'âge inférieur à 50 ans...

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

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

Afin de faciliter le travail des contrôleurs, l'utilitaire de gestion du contrôle sur site comporte une fonctionnalité permettant de réaliser le tirage au sort. Le contrôleur y introduira la liste des numéros de RSS transmise par l'établissement, concernant les prestations qu'il aura choisi de

contrôler ; l'utilitaire lui proposera automatiquement un échantillon de numéros de RSS à transmettre à l'établissement.

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

Il convient de signaler que l'utilisation de SNIIR AM pourra conduire au dépistage d'atypies portant sur les factures. Le médecin conseil contrôleur pourra alors transmettre au DIM les éléments permettant d'identifier les factures (numéro d'entrée, numéro de facture, date d'entrée, date de sortie, NIR) dont les dossiers et les RSS devront être mis à disposition.

VI.3. DEROULEMENT DU CONTROLE SUR SITE

Avertissement

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

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

Il convient de rappeler :

- *que les établissements publics ne seront concernés par la production de factures qu'à compter de 2006,*
- *que ces contrôles seront réalisés en grande partie par les médecins conseils qui possèdent d'autres prérogatives en matière de contrôle de facturation :*
 - *pratique médicale : opportunité des prestations réalisées ou des médicaments dispensés, par exemple,*
 - *contrôle des professionnels de santé.*

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

VI.3.1. Aspects préalables au recodage des dossiers

- Le contrôle se déroule dans un local mis à disposition par l'établissement.
- Le médecin de DIM aura fait porter en ce lieu unique les dossiers médicaux et administratifs correspondant aux numéros de RSS tirés au sort lors de l'étape préparatoire du contrôle. Si l'établissement dispose d'un dossier patient informatisé, l'accès aux dossiers aura été organisé par le DIM de manière adaptée à ce support. Les dossiers en cours d'utilisation le jour du contrôle, (patient présent ce même jour dans les murs de l'établissement) sont signalés au contrôleur par le DIM. L'examen de ces dossiers sera réalisé au moment qui perturbera le moins leur utilisation par les services médicaux, mais en aucun cas il ne sera renoncé à les traiter.
- En complément aux dossiers médicaux, la facture correspondant à chacun des séjours tirés au sort est également mise à disposition du contrôleur.
- Pour réaliser le contrôle, le contrôleur est muni d'un ordinateur portable qui intègre notamment l'outil de gestion du contrôle sur site comportant les éléments issus de l'étape préparatoire : paramétrage des éléments d'identification du contrôle (nom de l'établissement, nom des responsables, date du contrôle), numéro des RSS à contrôler, établissement disposant ou non d'une unité ou de lits de soins palliatifs reconnus par l'ARH...
Avant que le codage des dossiers ne commence, le contrôleur intègre dans son ordinateur portable, deux fichiers fournis par le DIM :
 - le fichier des RSS³² tirés au sort. Ce fichier est introduit dans l'outil de gestion du contrôle sur site. Il a pour fonction de pouvoir rapprocher au cours du contrôle, et de manière automatique, le RSS codé par le contrôleur, du RSS codé par l'établissement.
 - Un fichier (dit "fichier administratif") regroupant, pour chaque RSS tiré au sort, le numéro du RSS ainsi que certains éléments d'information issus des services administratifs (dont les numéros d'entrée et numéros de facture). Ce fichier n'est pas

³² Il s'agit ici des RSS dans leur intégralité et non plus simplement des numéros. Ce fichier devra être réalisé selon un format pré-défini, dont les caractéristiques seront livrées avec l'outil de gestion du contrôle sur site.

introduit dans l'outil de gestion, il est inséré dans une feuille Excel. Cette action a pour but de produire une fiche préparatoire au suivi du contrôle (fiche de liaison, n°5), qui servira, le cas échéant, les procédures de récupération d'indu, voire de sanctions (voir §VI.3.5.2)

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

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

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

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

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

VI.3.2.1. Contrôle de la facture

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

- numéro de GHS (et tarif)
- nombre de suppléments pour réanimation (soins intensifs, surveillance continue)
- nombre de suppléments de néonatalogie
- modulation du tarif du GHS (extrêmes haut/bas – supplément journalier EXH pour extrêmes hauts)
- codage et prix des médicaments coûteux inscrits sur la liste donnant droit à facturation en sus
- codage et prix des dispositifs médicaux inscrits sur la liste donnant droit à facturation en sus

◆ Contrôle du numéro de GHS

Dans la majorité des cas, le numéro de GHS est lié au numéro du GHM, chaque GHM étant associé à un GHS unique. Le contrôle du GHS suppose donc le contrôle du GHM. C'est l'objet du point suivant (§VI.3.2.2) que de s'assurer que le codage du résumé de sortie est correct, conduisant notamment au GHM adéquat.

Toutefois, en cas de discordance entre GHM contrôlé³³ et GHS porté sur la facture pour un ou plusieurs séjours, il conviendra d'en rechercher la cause (facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur, modification du RSS après envoi de la facture à l'assurance maladie..., voir notamment les cas de casemix divergents au point V.2.1.2)

³³ Dans le cas où le contrôle porte sur un GHM donné.

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

- *Pour les activités de dialyse et IVG* : il existe un GHM "séances de dialyse" et un GHM d'IVG, mais il existe plusieurs tarifs de prestation pour chacun de ces GHM³⁴. Ces tarifs ne sont pas des tarifs de GHS. La notion de GHS ne s'applique pas aux activités de dialyse et d'IVG.

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

Quoi qu'il en soit, le contrôle des activités de dialyse et d'IVG donnera lieu à un module spécifique de l'outil de gestion du contrôle.

- *pour les soins palliatifs* : au niveau national, à un même GHM correspondent 2 GHS, un GHS "de base" et un GHS majoré. Le GHS majoré est utilisable par les établissements qui possèdent une unité ou des lits dédiés de soins palliatifs, reconnus par l'ARH³⁵. Cette reconnaissance par l'ARH d'une organisation et de moyens particulièrement dédiés aux soins palliatifs (hors équipe mobile) induit une capacité maximale de prise en charge de cette activité dans ces conditions encadrées. Un établissement détenteur d'une "reconnaissance soins palliatifs" n'est autorisé à facturer ses prises en charge au tarif du GHS majoré que dans la limite de cette capacité maximale. Au delà, c'est le tarif du GHS de base qui doit être appliqué.

Ces dispositions impliquent un double aspect du contrôle :

- **Au cours du contrôle sur site**, la conformité du codage du résumé de séjour sera analysée. Le remplissage des fiches de synthèse du contrôle de cette activité se fera de manière automatique, par paramétrage préalable de l'outil de gestion du contrôle sur site :
 - pour un établissement ne possédant pas de reconnaissance soins palliatifs : le GHS "contrôle externe" de la fiche de synthèse n°3 (voir §VI.3.4.1) sera le GHS de base,
 - pour un établissement possédant une reconnaissance ARH pour soins palliatifs, le "GHS contrôle externe" sera le GHS majoré.
- Mais le contrôle de cette activité passe aussi par la **vérification du respect par l'établissement du quota de facturation au tarif majoré**. Cette vérification n'est réalisable que dans un temps différent du contrôle sur site, au moyen des contrôles réalisés dans SNIIR AM.

◆ Contrôle du nombre de suppléments journaliers pour passage en réanimation/ soins intensifs/ surveillance continue

Le dispositif concernant la facturation de suppléments journaliers est appelé à évoluer³⁶.

Schématiquement, son principe vise à permettre un supplément de facturation pour les activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue, dont le financement n'est pas intégré

³⁴ En 2004, la prestation dialyse est unique (un seul GHS/ un seul tarif) pour les établissements sous dotation globale

³⁵ Pour peu que l'un de items "type d'autorisation de l'unité médicale" ou "type d'autorisation de lit dédié" du nouveau format de RUM (en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2005) ait été renseigné.

³⁶ De manière générale, rappelons que tous les éléments liés à la facturation sont susceptibles d'évoluer parallèlement à la montée en charge du dispositif T2A. Il conviendra d'adapter à ces évolutions les modalités de contrôle ici décrites.

dans les GHS. On trouvera en annexe n°5 la description détaillée des scénarios cible et transitoires pour le financement de ces activités, pour les établissements publics et privés.

A titre d'exemple, s'agissant des établissements sous dotation globale, et pour l'année 2004 :

- Le financement de suppléments journaliers répondant à ce principe concerne la seule activité de réanimation,
- Le financement se fait sous forme de journées supplémentaires,
- il y a paiement de journées supplémentaires pour chaque journée passée en réanimation, dès lors que le RSS est porteur d'un acte de suppléance vitale, marqueur de passage en réanimation (et figurant sur une liste pré-établie) et que l'indice de gravité simplifié (IGS) est supérieur ou égal à 15.
- dès l'entrée en vigueur des SROS de réanimation, le critère d'"activité de réanimation autorisée" viendra compléter les précédents.

Dans ces cas précis, le contrôle s'attachera à vérifier :

dans un premier temps (et notamment pour l'activité de l'année 2004) :

- qu'il existe bien un RUM de l'unité médicale de réanimation : à défaut d'un tel RUM, la présence sur le RSS des critères autorisant le paiement de journées supplémentaires de réanimation risque d'entraîner un décompte des journées supplémentaires à facturer portant sur la totalité du séjour et non sur la seule durée du passage en réanimation,
- que les dates d'entrée et sortie du RUM de réanimation sont correctes,
- la pertinence des actes marqueurs portés sur le RUM réanimation,
- la fiche permettant le calcul de l'IGS (≥ 15)

et à terme, dès la mise en place des SROS 3 :

- que les établissements qui présentent des séjours avec suppléments de réanimation sont bien des établissements autorisés à faire cette activité.

Les éléments du contrôle seront à affiner en fonction de l'évolution des modalités de financement de ces activités. Toutefois, dès lors qu'un patient aura bénéficié d'une activité donnant lieu à facturation de suppléments journaliers, il conviendra à l'avenir de s'assurer qu'un RUM spécifique de cette activité aura été réalisé. Dès la mise en œuvre du nouveau format de RUM (format n°011), la facturation des suppléments journaliers pour activité spécifique (réanimation, néonatalogie, soins palliatifs...) ne sera possible que si les items "type d'autorisation de l'unité médicale" ou "type d'autorisation de lits dédiés" sont renseignés, contraignant ainsi les établissements à produire des RUM spécifiques de ces activités. La production d'un RUM "spécifique" passe par l'identification, dans le découpage fonctionnel de l'établissement, d'une unité médicale concernant cette activité.

◆ Contrôle du nombre de suppléments journaliers pour néonatalogie

A compter du 1^{er} janvier 2005 pour les établissements publics, et dès le 1^{er} décembre 2004 pour les établissements privés, lorsqu'un nouveau né est pris en charge dans une unité de néonatalogie ou de réanimation pédiatrique et néonatale, un supplément journalier est facturé en sus du GHS de néonatalogie selon les modalités suivantes :

- un supplément "néonatalogie" (NN1) pour chaque journée où le nouveau né est pris en charge dans une unité de néonatalogie autorisée,
- un supplément "néonatalogie avec soins intensifs" (NN2) pour chaque journée où le nouveau né est pris en charge dans un lit de soins intensifs d'une unité de néonatalogie autorisée,
- un supplément "réanimation néonatale" (NN3) pour chaque journée où le nouveau né est pris en charge dans une unité de réanimation néonatale autorisée.

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

- les dates d'entrée et de sortie de l'unité médicale autorisant la facturation de ces suppléments sont correctes,
- l'unité médicale qui a pris en charge le nouveau né est bien une unité dont le niveau d'autorisation correspond au type de supplément facturé (réanimation, soins intensifs, néonatalogie)

◆ Contrôle de la modulation du tarif de GHS / supplément journalier EXH :

Les séjours dont la durée s'écarte significativement de la durée moyenne de séjour du GHM bénéficient d'un traitement particulier :

- en deçà d'une borne inférieure de durée de séjour, le séjour est facturé à hauteur de 50% du tarif du GHS.
- au delà d'une borne supérieure, toute journée supplémentaire fait l'objet d'un supplément journalier (EXH) dont le montant, forfaitaire, est fonction du GHS.

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

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

◆ Contrôle du codage des médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables

Les listes (et codage) des médicaments coûteux et DMI donnant lieu à facturation en sus du GHS sont publiées par voie d'arrêté.

Face à toute facture portant mention d'un ou plusieurs des éléments de ces listes, le médecin contrôleur en cherchera la prescription ainsi que la trace de la dispensation dans le dossier médical du patient.

VI.3.2.2. Codage des résumés

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

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

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

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

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

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

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

Informations "administratives" :

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

Informations "médicales"³⁷

- diagnostic principal
- diagnostic relié
- diagnostic(s) associé(s) significatif(s)
- acte(s)

³⁷ le RUM comporte un item supplémentaire intitulé " données à visée documentaire". Cette information n'ayant vocation ni à sortir de l'établissement, ni à servir à la facturation, il n'y a pas lieu d'en faire un élément du contrôle externe.

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

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

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

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

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

VI.3.3. Comparaison des informations contrôleur/établissement

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Le décret n°2003-462 du 21 Mai 2003 définit la composition minimale du dossier médical du patient (voir annexe 6). Une information portée dans le résumé de l'établissement et ne correspondant à aucun élément documenté du dossier médical du patient ne doit pas être retenue pour le codage du résumé par le contrôleur.

En particulier, le compte rendu des actes ou prestations réalisés (par le prestataire) dans le cadre de prestations inter-hospitalières, devra figurer dans le dossier médical de l'établissement demandeur. Le contrôleur s'assurera dans ce cas que l'établissement prestataire n'a pas émis de facture destinée à l'assurance maladie.

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

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

Il convient en effet de rappeler que le contrôleur a en même temps à sa disposition le dossier médical du patient et la facture correspondant au séjour. Constatant que des médicaments ou DMI ont été facturés en sus du GHS, il est alors aisé d'en chercher les éléments justificatifs dans le dossier.

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

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

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

Chaque élément contesté doit être discuté avec le praticien concerné.

VI.3.3.3. Conclusion de la concertation

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

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

Pour tous les séjours dont le montant de la facture devra être recalculé, le médecin contrôleur réalise alors un dossier argumentaire : afin de faire état des divergences observées, il conserve dans son dossier personnel, la photocopie des éléments du dossier médical qui lui paraissent pertinents pour justifier son codage, ou sa position relative aux médicaments et DMI coûteux. La

photocopie d'éléments issus du dossier médical doit être réalisée en accord avec le médecin responsable du patient³⁸.

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

VI.3.4 rapport de contrôle sur site

VI.3.4.1 Composition du rapport de contrôle

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

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

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

FINESS :

ETABLISSEMENT :

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

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

La fiche n°3 se présente sous forme d'un tableau comportant un nombre important de colonnes. Pour des questions de présentation, le tableau apparaît ici sous une forme fractionnée.

³⁸ Les médecins cliniciens responsables des patients dont les séjours sont contrôlés, sont informés par le directeur et/ou le Président de CME de l'établissement, de la réalisation du contrôle et de la possibilité de photocopie de pièces du dossier.

Les patients étant informés que des données les concernant peuvent être transmises aux caisses d'assurance maladie, leur accord est réputé acquis.

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

Numéro RSS	Dossier manquant	RSS non justifié	Valeurs initiales des éléments utiles à la facturation									
			GHM	GHS	DS en Réa	Nbe Jours > EXH	Séjours < EXB	Nbe actes dialyse	Nbe actes menant au GHM 24Z05Z	Nbe actes menant au GHM 24Z06Z	Nbe actes menant au GHM 24Z07Z	Présence d'actes de prélèvements organes
RSS_1												
RSS_2												
RSS_3												
RSS_4												
RSS_5												
RSS_6												
RSS_7												

Fiche n°3 (suite)

Numéro RSS	Valeurs finales des éléments utiles à la facturation										Divergence sur médicament coûteux	Divergence sur DMI de la liste
	GHM	GHS	DS en réa	Nbe Jours >EXH	Séjours < EXB	Nbe actes dialyse	Nbe actes menant au GHM 24Z05Z	Nbe actes menant au GHM 24Z06Z	Nbe actes menant au GHM 24Z07Z	Présence d'actes de prélèvements organes		
RSS_1												
RSS_2												
RSS_3												
RSS_4												
RSS_5												
RSS_6												
RSS_7												

Fiche n°3 (fin)

Numéro RSS	Facture à recalculer	Désaccord	Changement de GHM	Divergences sur les items du RUM						
				Date naissance	Sexe	Actes	
RSS_1	<input checked="" type="checkbox"/>									
RSS_2	<input type="checkbox"/>									
RSS_3	<input type="checkbox"/>									
RSS_4	<input type="checkbox"/>									
RSS_5	<input checked="" type="checkbox"/>									
RSS_6	<input type="checkbox"/>									
RSS_7	<input type="checkbox"/>									

Précisions relatives à la fiche n°3 :

- Toutes les colonnes de cette fiche sont remplies de manière automatique par l'outil de gestion du contrôle, en fonction des informations saisies au cours des étapes précédentes (saisie du RUM/ concertation...).
- Une ligne est produite pour tout séjour contrôlé, que le résumé ou la facture soient porteurs de divergence ou non.
- Une ligne et une seule est produite pour chaque séjour.
- Les colonnes "valeurs initiales / finales des éléments utiles à la facturation" correspondent aux valeurs des items avant et après contrôle externe. Les items de ces colonnes (DS en réanimation, nombre d'actes menant au GHM 24Z06Z...) sont les items du RSS groupé : la mise en œuvre de la fonction groupage T2A produit automatiquement ces informations. Les

items "nombre d'actes menant aux GHM 24Z05Z, 24Z06Z et 24Z07Z" identifient les actes de radiothérapie réalisés en cours d'hospitalisation pour une autre raison que la délivrance du traitement de radiothérapie³⁹. La colonne "nombre d'actes de dialyse" suit la même logique (pour l'activité de dialyse).

- S'agissant des colonnes "GHS" : la table de correspondance GHM/GHS est intégrée dans l'outil de gestion du contrôle sur site. Le remplissage de la colonne "GHM" induit le remplissage automatique de la colonne GHS. (Le cas particulier des dialyses et IVG est traité par un module spécifique de l'outil de contrôle. Le tarif des prestations doit y être saisi par le contrôleur). Le cas des soins palliatifs rejoint le cas général après paramétrage préalable de l'outil de gestion (selon que l'établissement possède ou non une reconnaissance d'activité de soins palliatifs).
- S'agissant des établissements privés, lorsque la colonne "DS en réa" présente une divergence avant/après contrôle (entraînant ainsi le remplissage de la colonne "facture à recalculer"), le médecin contrôleur doit recueillir la prestation facturée (en vue de transmettre l'information utile au recalcul du montant de la facture): SRA pour réanimation, SSC pour surveillance continue⁴⁰.
- La colonne "désaccord" répond à un item préalablement rempli par le contrôleur, à la demande du DIM, en cas de désaccord persistant à l'issue de la concertation, pouvant conduire l'établissement à souhaiter un avis du COTRIM. Lorsque le médecin contrôleur renseigne cet item, il prépare dans le même temps une "fiche désaccord", en vue de sa transmission au COTRIM. Cette fiche (n°6), qui intervient dans les suites du contrôle sur site, est décrite au point VI.3.5.2 ci-dessous.

Au total,

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

La composition finale du rapport est donc la suivante :

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

I.3.4.2. Signature du rapport de contrôle

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

³⁹ Dans la mesure où ces actes de radiothérapie font l'objet d'un recueil d'information PMSI, c'est à dire, à la date d'écriture de ce guide, dans les établissements publics.

⁴⁰ Prestations valides jusqu'à mise en œuvre des SROS de 3^{ème} génération.

Ce rapport, pré-signé par le médecin contrôleur, est réalisé en trois exemplaires : l'un est destiné à l'établissement, un autre à l'unité de coordination du contrôle externe de l'ARH, le dernier étant gardé par le contrôleur.

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

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

Fiche conclusive (n°4) du rapport de contrôle

CONCLUSION

Date du bordereau: |__|_|_|

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

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

Observations de l'établissement :

Signature du médecin responsable du DIM:

Signature du directeur de l'établissement:

VI.3.5. éléments complémentaires du contrôle sur site

VI.3.5.1 Précisions diverses

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

VI.3.5.2. Suivi du contrôle sur site

◆ **fiche de liaison**

Afin de préparer la suite du contrôle sur site, une fiche de liaison (fiche n°5) à l'intention des caisses d'assurance maladie sera réalisée à l'issue de ce contrôle.

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

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

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

- numéro de RSS
- numéro d'entrée⁴¹
- numéro(s) de facture
- nom et prénom du malade
- numéro d'identification de l'assuré social
- régime d'assurance maladie
- caisse gestionnaire

⁴¹ Ou numéro de séjour

- date d'entrée
- date de sortie

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

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

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

L'information "numéro de RSS" sera alors supprimée des informations transmises en ce sens aux caisses d'assurance maladie.

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

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

◆ **Fiches désaccord**

Les fiches désaccord (fiches n°6) élaborées au cours du contrôle sur site seront transmises à l'unité de coordination. Ces fiches ne font pas partie de l'outil de gestion du contrôle. Elles seront intégrées dans un fichier Excel de l'ordinateur portable du contrôleur, ou simplement remplies à la main sur un support papier.

Le modèle est produit ci-dessous et fourni également en annexe (n°7).

Fiche désaccord (n°6)

Volet n° 1

FINISS :		ETABLISSEMENT :		Date contrôle externe :	
ACTIVITE ANALYSEE :			Numéro RSS:		RUM n°:
RUM INITIAL			RUM CONTROLE EXTERNE		
Diagnostic Principal:			Diagnostic Principal :		
CIM :			CIM :		
Diagnostic Relié:			Diagnostic Relié:		
CIM :			CIM :		
Diagnostic(s) Associé(s) Significatif(s):			Diagnostic(s) Associé(s) Significatif(s):		
CIM :			CIM :		
CIM :			CIM :		
CIM :			CIM :		
CIM :			CIM :		
Acte(s) :			Acte(s) :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
CDAM / CCAM :			CDAM / CCAM :		
Autre (Durée, LPP, médicaments...) :			Autre (Durée, LPP, médicaments...) :		
GHM :		GHS:		GHM :	

Volet n°2

Numéro RSS :	
HISTOIRE DU SEJOUR :	
MOTIF DU DESACCORD :	
Avis du médecin contrôleur:	Avis du médecin de DIM:

VII SUITES ET CONSEQUENCES DU CONTROLE SUR SITE POUR LES ETABLISSEMENTS

VII.1 ROLE DU MEDECIN CONTROLEUR

Les principales étapes du travail du médecin contrôleur à l'issue du contrôle sur site, figurent sous forme de schéma dans l'annexe n°8.

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

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

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

VII.1.2 Elaboration du rapport de contrôle sur site

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

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

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

Le contrôleur signe alors les trois exemplaires du rapport (page conclusive) avant de les envoyer, sous un délai de 7 jours maximum, et avec accusé de réception, au directeur de l'établissement. Ce dernier gardera l'exemplaire qui lui est destiné, et retournera au contrôleur les deux autres exemplaires. A défaut d'un retour du rapport portant la signature du directeur, dans les 15 jours à compter de la date d'expédition, celui-ci sera réputé approuvé par l'établissement.

VII.1.3 Transmission à l'unité de coordination régionale

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

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

- la fiche de liaison (n°5) avec les caisses d'assurance maladie,
- les fiches désaccord (n°6), ainsi que les pièces justificatives issues des dossiers médicaux des patients, utiles à l'argumentation du codage retenu par le contrôleur.

Les fiches du rapport de contrôle ainsi que les fiches désaccord sont anonymes. La fiche de liaison comporte l'identité des patients, mais aucune information médicale.

En revanche, chacune de ces fiches comporte le numéro de RSS du séjour.

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

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

- il pourra être consulté lors du traitement du rapport par l'unité de coordination,
- il est informé des avis émis par le COTRIM et par l'ATIH,
- il est destinataire du rapport de synthèse élaboré par l'unité de coordination.

VII.2 ROLE DE L'UNITE DE COORDINATION REGIONALE

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

VII.2.1 Traitement du rapport de contrôle sur site

Ce traitement consiste dans un premier temps à repérer les séjours pour lesquels le rapport conclut "facture à recalculer".

En effet, le rapport de contrôle permet de distinguer :

- les séjours sans mention de "facture à recalculer". Ils correspondent aux séjours sans divergence contrôleur/établissement ou avec divergence, mais sans influence sur la facturation du séjour : ils seront comptabilisés par l'unité de coordination, pour élaboration du rapport de synthèse.

Les divergences fréquemment rencontrées pourront être signalées dans le bilan régional annuel et éventuellement soumises au COTRIM en vue d'une harmonisation des pratiques de codage.

- les séjours avec mention de "facture à recalculer" qu'il convient de traiter en priorité. Deux cas doivent être distingués selon que l'établissement est d'accord ou non avec l'avis du contrôleur.

VII.2.1.1 En cas d'accord de l'établissement avec l'avis du contrôleur

L'unité de coordination adresse un dossier à la caisse gestionnaire du patient (identifiée au moyen de la fiche de liaison avec les caisses d'assurance maladie). Ce dossier comporte les éléments (issus de la fiche n°3) nécessaires au recalcul du montant de la facture.

Après recalcul de ce montant, et en cas de surfacturation constatée, la caisse engage une procédure de récupération ⁴²d'indû. Cette récupération d'indû ne peut être réalisée que sur le dossier effectivement contrôlé par le médecin contrôleur .

En retour, elle informera l'unité de coordination en lui fournissant les éléments suivants :

- montant initial de la facture du séjour
- montant final de la facture du séjour
- montant de l'indû

Les montants initial et final de la facture du séjour sont nécessaires à l'unité de coordination pour la définition de sanctions financières éventuelles (voir §VII.2.2. suivant).

VII.2.1.2. En cas de désaccord de l'établissement avec l'avis du contrôleur

* En cas de désaccord lié au codage du résumé de sortie, la fiche de désaccord sera transmise au COTRIM, accompagnée, le cas échéant, des pièces (anonymisées) utiles au codage du séjour⁴³.

Le COTRIM devra retourner son avis à l'unité de coordination, dans les deux mois suivant l'envoi de la demande d'avis. Un double de cet avis sera adressé à l'ATIH. A défaut de respect de ce délai, l'avis du médecin conseil sera retenu.

En cas de doute, le COTRIM pourra faire appel à l'ATIH, mais l'unité de coordination pourra également faire appel à l'ATIH, indépendamment du COTRIM.

Après examen des différents avis :

- si l'unité de coordination suit l'avis du contrôleur, un dossier sera adressé comme dans le cas précédent, à la caisse gestionnaire du patient, pour re-calcul du montant de la facture du séjour et récupération d'indû. La caisse informera en retour l'unité de coordination.
- si l'unité de coordination ne suit pas l'avis du contrôleur, elle en informe ce dernier et ne transmet pas le dossier à la caisse gestionnaire.

* En cas de désaccord portant sur les médicaments et DMI, les éléments de facturation sont transmis à la caisse gestionnaire.

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

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

En effet, l'article L162-22-18 du code de la sécurité sociale⁴⁴ stipule que le montant des sanctions financières prises à l'issue d'un contrôle "sur pièces et sur place", est fonction du pourcentage des

⁴² Le terme juridique consacré est "répétition" d'indû.

⁴³ Il est possible qu'une fiche désaccord ait été produite pour un séjour porteur de divergence établissement/contrôleur sans influence sur la facturation. Dans ce cas, l'opportunité de la transmission au COTRIM est laissée à l'appréciation de l'unité de coordination.

sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues, et qu'il est calculé sur la base des recettes annuelles assurance maladie de l'établissement, ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier, ou sur des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours (dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement). Un décret en conseil d'Etat définira les modalités d'application de cet article de loi.

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

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

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

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

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

- Montant de la recette assurance maladie de l'activité contrôlée :

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

VII.2.3 Elaboration du rapport de synthèse

Lorsque l'unité de coordination est en possession de tous les éléments nécessaires, elle élabore un rapport de synthèse, en liaison avec le médecin responsable du contrôle sur site.

Ce rapport comporte les éléments suivants :

- bilan des divergences confirmées, distinguant notamment les divergences avec et sans influence sur la facturation. A l'occasion de ce bilan, des éléments d'alerte concernant la qualité de l'information médicale produite par l'établissement pourront être signalés, suggérant la réalisation éventuelle, dans un autre temps, d'un contrôle qualité mené selon une méthodologie adaptée. Ce bilan sera également confronté à l'annexe qualité du contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement.
- rapports d'expertise du COTRIM et de l'ATIH pour les séjours concernés,
- bilan des indûs transmis par les caisses gestionnaires,
- bilan de la surfacturation éventuellement observée pour chaque activité contrôlée,
- conclusions de l'unité de coordination, comportant une éventuelle proposition de sanction financière de l'établissement.

Le rapport de synthèse est alors transmis au médecin responsable du contrôle sur site, et à l'établissement. Lorsque des propositions de sanctions sont émises, il est également transmis à la COMEX.

⁴⁴ Article modifié par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 46)

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

Un bilan annuel du contrôle externe régional sera réalisé par l'unité de coordination. Un cahier des charges sera transmis ultérieurement, pour standardiser la forme et le contenu de ces bilans (en vue notamment d'une exploitation nationale).

Chaque bilan comportera :

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

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

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

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

Un bilan annuel national du contrôle externe sera réalisé (selon une procédure à définir). Ce bilan sera transmis aux partenaires institutionnels concernés⁴⁵.

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

VII.3 ROLE DE LA COMEX

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

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

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

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

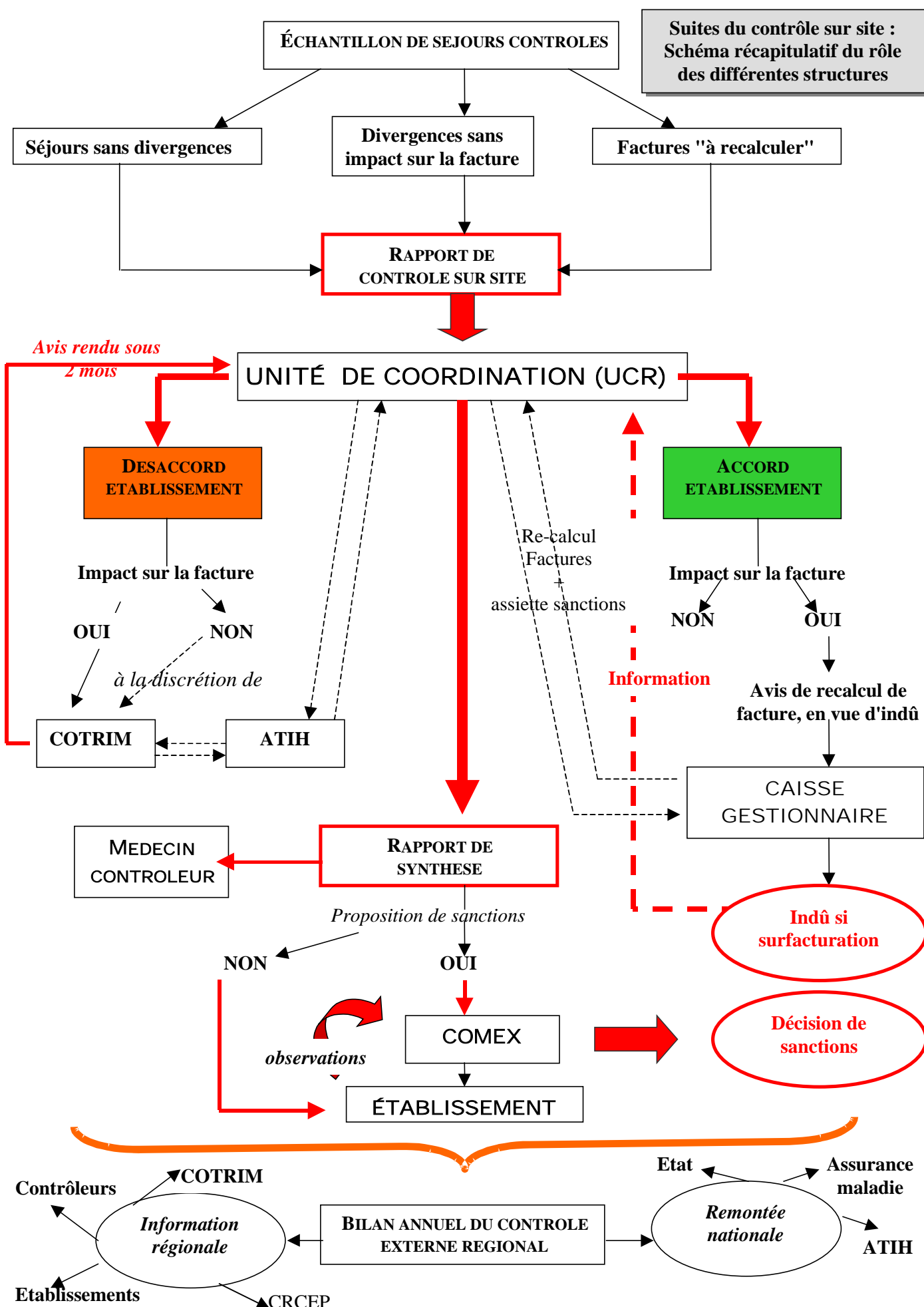
VII.4 ROLE DE L'ETABLISSEMENT

⁴⁵ Comité de suivi et de concertation de la T2A notamment, dont les fédérations de l'hospitalisation sont membres de droit.

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

- au cours du contrôle sur site : tout désaccord entre contrôleur et établissement est noté dans les fiches de synthèse et sera transmis au COTRIM (en cas de désaccord portant sur des codages des résumés de sortie ayant une influence possible sur la facture du séjour),
- à l'issue du contrôle sur site : lors de la signature du rapport de contrôle sur site, la fiche conclusive permet à l'établissement de noter ses observations,
- avant toute décision de sanction financière par la COMEX, l'établissement est "mis en demeure de présenter ses observations",
- enfin, une fois sanctionné, l'établissement dispose des procédures de recours contentieux habituelles : le tribunal administratif est compétent pour les recours en cas de sanctions financières ; le tribunal des affaires de sécurité sociale étant compétent par ailleurs pour les recours en cas de répétition d'indûs.

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



BIBLIOGRAPHIE

Liste des références documentaires utiles aux contrôleurs

Ouvrages

Guide méthodologique de production des résumés de séjour du PMSI en médecine, chirurgie et obstétrique.

BO n° 2004 / 2bis

Manuel des groupes homogènes de malades – 9^{ème} version de la classification

BO n° 2004 / 3bis

Classification commune des actes médicaux – Version 0 bis –

BO n°2003 / 7 bis

Consultable sur les sites ameli et ATIH – voir notamment, sur le site ATIH, le guide de lecture et d'utilisation (dispositions nécessaires à la bonne utilisation de la CCAM).

Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes – dixième révision – CIM-10 - OMS

Mode opératoire du bordereau S 3404 (www.ameli.fr)

Lois et règlements

De nombreux textes (décrets et arrêtés), liés à la mise en œuvre de la tarification à l'activité sont en cours d'élaboration au moment de la publication de ce guide. La liste qui suit n'est pas exhaustive.

Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004

Loi n°2004-810 du 13 août 2004, relative à l'assurance maladie

Décret en conseil d'Etat pris en application de l'article L 162 – 22 – 18 du CSS (décret "sanctions", à paraître)

Avis CNIL sur le dispositif de contrôle externe dans le cadre de la T2A (à paraître)

Décret n°94-666 du 27 juillet 1994 relatif aux systèmes d'informations médicales et à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés et modifiant le code de la santé publique

Décret relatif au contrat de bon usage des médicaments et produits et prestations mentionné à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale (à paraître)

Décret relatif aux catégories de prestations d'hospitalisation pour les activités de médecine, de chirurgie, d'obstétrique et odontologie et pris en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale (*à paraître*)

Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique

Arrêté du 2 août 2004 pris en application du I de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs de référence nationaux par activité (secteur public)

Arrêté pris en application du II de l'article 34 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 et fixant les tarifs nationaux des prestations et les coefficients de transition des cliniques privées (*à paraître*)

Arrêté du 5 octobre 2004 fixant le modèle du formulaire "établissements de santé privés - bordereau de facturation"

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

Circulaire DH/PMSI/2000/ n°366 du 3 juillet 2000 portant précisions relatives à la composition et au fonctionnement des Comités techniques régionaux de l'information médicale (COTRIM) (modifiant la circulaire DH/PMSI n°48 du 11 décembre 1995)

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

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

Sites internet

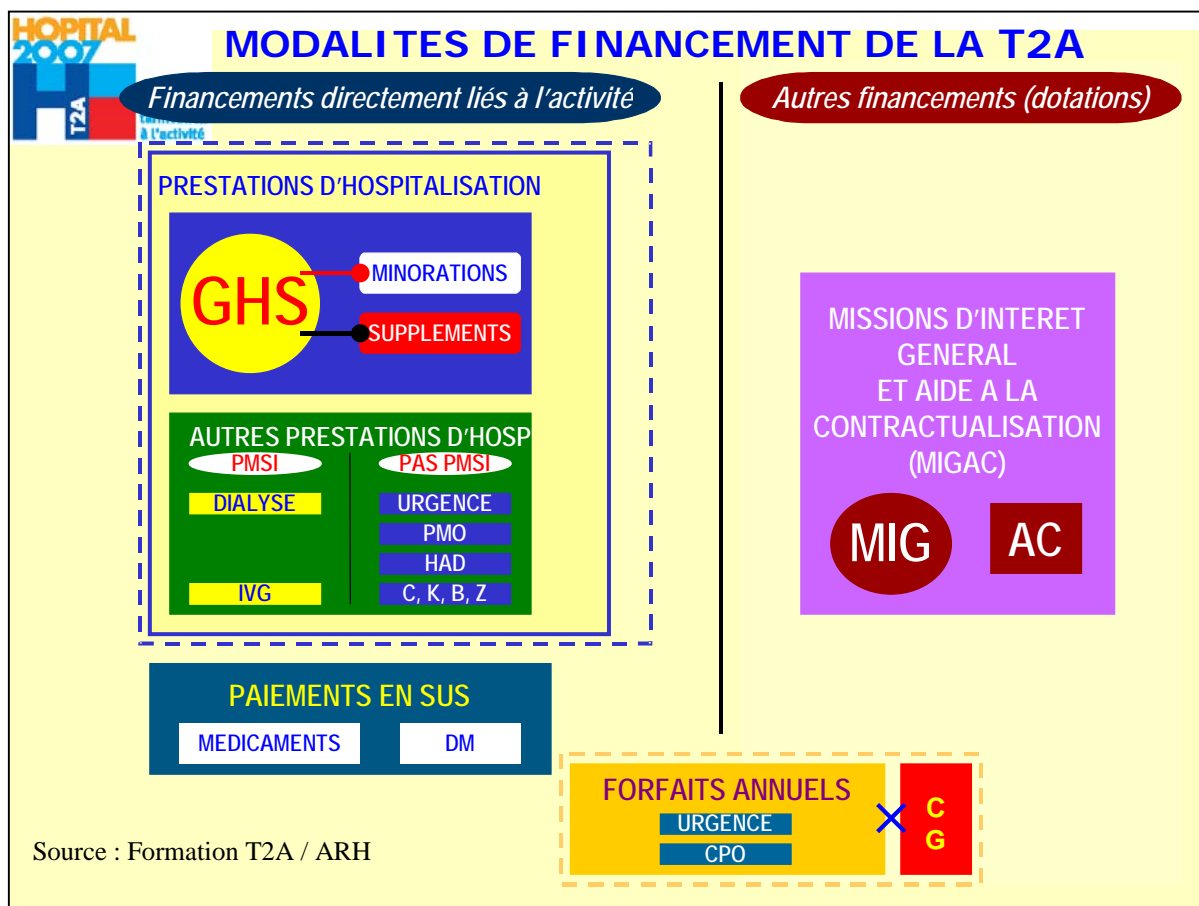
<http://www.atih.santé.fr/>

<http://www.ameli.fr/>

ANNEXES

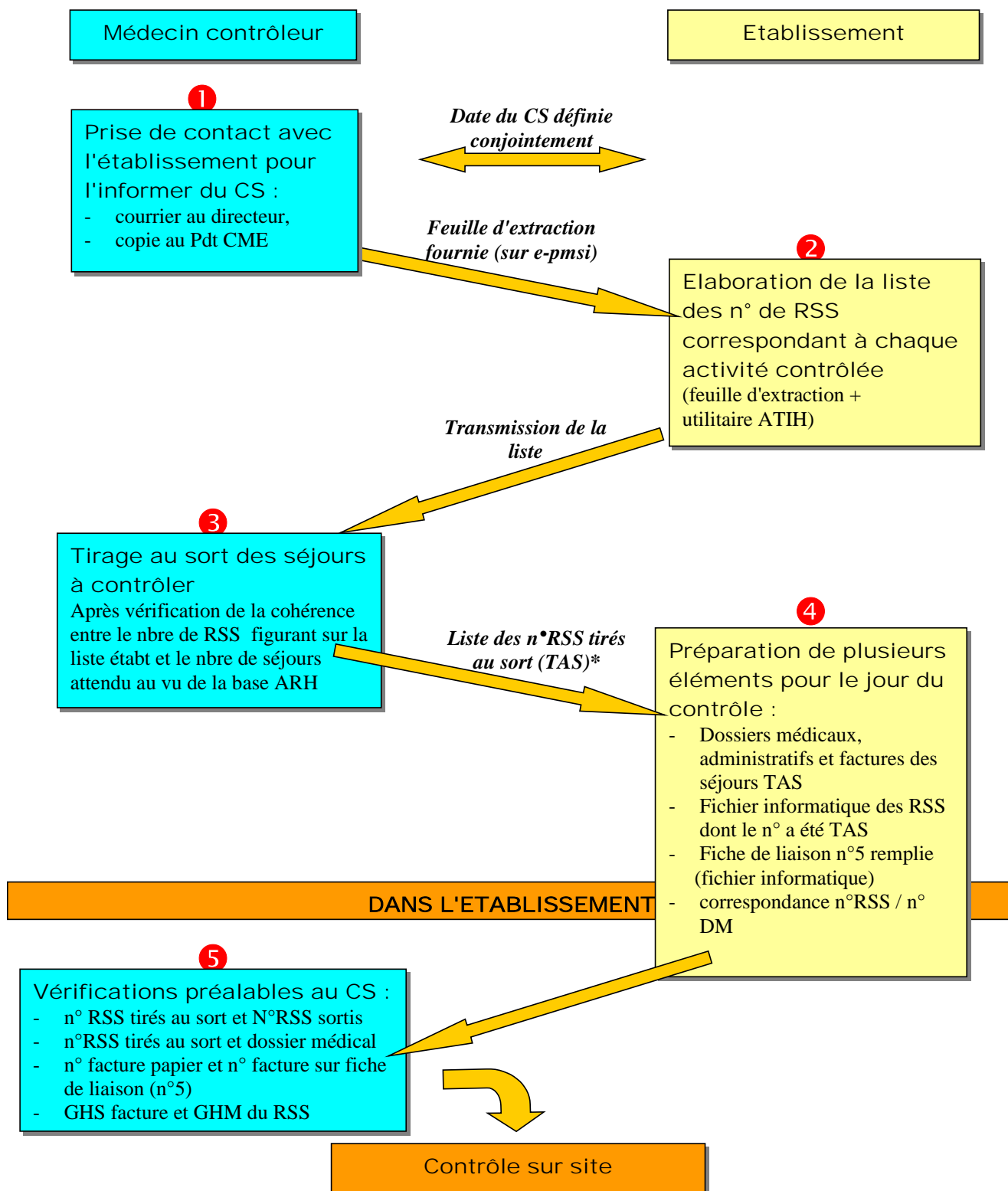
ANNEXE 1

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



ANNEXE 2

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



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

ANNEXE 3 - Modèle de bordereau S 3404

établissements de santé privés – bordereau de facturation

articles R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale

n° 12278*01 date d'élaboration

identification de l'établissement dont n° FINESS **signature de l'assuré(e)**

coefficient MCO :

références à rappeler
N° LOT
N° FACTURE
N° D'ENTREE
N° FFUIII.1.ET absence de signature

le bénéficiaire des soins	l'assuré(e) <small>(s'il -si elle- n'est pas le bénéficiaire des soins)</small>
nom de naissance et prénom(s) <small>(suivis s'il y a lieu du nom d'usage)</small>	nom de naissance et prénom(s) <small>(suivis s'il y a lieu du nom d'usage)</small>
n° d'immatriculation et clé à défaut, date et rang de naissance	n° d'immatriculation et clé
code organisme de entrée le à heures . sortie le à	adresse

conditions de prise en charge du bénéficiaire des soins

maladie code exonération soins en rapport avec

maternité AT/MP accident causé par un tiers non oui

frais de structure et de soins (1)										frais de structure et de soins (2)														
dist	de	DMT	n°	GHS	du	au	prix	ant	CO	montant	CO	dist	de	DMT	n°	GHS	du	au	prix	ant	CO	montant	CO	
ert	rt						unitaire	ité	eff.	facturé	des	ert	rt						unitaire	ité	eff.	facturé	des	
sous-total 1											sous-total 2													

produits de la LPP facturables ET spécialités pharmaceutiques (joindre la prescription)												
dist	de	DMT	n°	GHS	n° d'identification	date de	date	libellé	code	tarif de référence	quantité	montant
ert	rt				du prescripteur	prescription	d'implantation			ou prix unitaire		facturé
sous-total 3												

relevé des honoraires médicaux, para médicaux et actes de laboratoire													joindre la prescription médicale				
nsf	cas	numéro	tit	numéro	tit	date des	date de la	n°	act	act	act	éléments de tarification	quantité ou	honoraires	ass	at	co
ert	e	d'identification	re	d'identification	re	actes	prescription	GHS	ivés	és	és	modificateurs	coefficient	facturés	ess	atio	de
		du prescripteur		de l'exécutant					é	ase	do	autres					
sous-total 4																	

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

MANDATAIRE(S)

MONTANT TOTAL en euros (l'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire	l'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire	signature du directeur de l'établissement
---------------------------------	---	--	--

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

ANNEXE 4

méthode d'échantillonnage des séjours contrôlés : argumentaire statistique*

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

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

Concernant la charge de travail, une centaine de dossiers médicaux peuvent être analysés et recodés en quelques jours par 1 ou 2 médecins contrôleurs selon le niveau de complexité des dossiers médicaux correspondant à la prestation ciblée.

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 5

Modalités de financement des activités de réanimation, soins intensifs et surveillance continue Dispositions transitoires / scénario cible

DISPOSITIONS TRANSITOIRES

SECTEUR PUBLIC

2004 :

- financement de suppléments journaliers pour la seule activité de réanimation,
- financement sous forme de journées supplémentaires,
- paiement de journées supplémentaires pour chaque journée passée en réanimation, dès lors que le RSS est porteur d'une occurrence (ou trois selon les cas) d'un acte de suppléance vitale, marqueur de passage en réanimation (et figurant sur une liste pré-établie) et que l'indice de gravité simplifié est supérieur ou égal à 15 pour les patients de 16 ans et plus,
- liste de GHS, pour lesquels le financement en sus de journées supplémentaires de réanimation n'est pas possible

2005 :

- le complément de financement lors du passage en réanimation est un véritable "supplément" destiné à couvrir l'écart de coût entre la journée d'hospitalisation et la journée de réanimation. Il ne s'agit plus de "journées supplémentaires"
- suppression de la liste des GHS n'autorisant pas le financement de "suppléments réa"
- application du supplément pour chaque journée passée en réanimation, dès lors que le RSS est porteur d'une occurrence (ou trois selon les cas) d'un acte de suppléance vitale, marqueur de passage en réanimation (et figurant sur une liste pré-établie) et que l'indice de gravité simplifié est supérieur ou égal à 15 pour les patients de 16 ans et plus

SECTEUR PRIVE

2004 / 2005

- le classement des établissements leur donne droit, le cas échéant, à facturer deux types de suppléments :
- un supplément réanimation : lits de réanimation classée en SPC de médecine, centres lourds de néphrologie et d'hémodialyse et soins hautement coûteux en chirurgie ;
- un supplément de surveillance continue : lits de surveillance continue classés en SPC de médecine ;
- Le nombre de suppléments journaliers de réanimation ou de surveillance continue facturé est soumis aux mêmes règles de facturation que les anciens tarifs de prestation SPC ;
- A partir de décembre 2004, un RUM correspondant au passage dans les unités ouvrant droit à ces suppléments journaliers doit être réalisé.

.../...

ANNEXE 5 (suite)

Modalités de financement des activités de "haute technicité"
(réanimation, soins intensifs, surveillance continue)
Dispositions transitoires / scénario cible

Scénario-cible (commun public / privé)

Dès mise en oeuvre des SROS 3 et réponse par les établissements aux critères d'application des nouveaux tarifs :

Trois suppléments sont applicables :

- **un supplément réanimation (REA) :**
 - pour chaque journée passée dans une unité de réanimation autorisée pour ce type d'activité
 - pour peu que le RUM du passage en réanimation comporte une occurrence ou trois occurrences d'un acte marqueur de suppléance vitale et un IGS >15
- **un supplément "soins intensifs" (STF) :**
 - pour chaque journée passée en réanimation dans un établissement autorisé pour ce type d'activité, mais dont le RUM du passage en réanimation ne comporte pas les critères acte marqueur + IGS>15⁴⁶
 - pour chaque journée passée dans une unité de soins intensifs de l'établissement, faisant l'objet d'une reconnaissance contractuelle avec l'ARH
- **un supplément "surveillance continue" (SRC) :**
 - pour chaque journée passée dans une unité de surveillance continue de l'établissement, faisant l'objet d'une reconnaissance contractuelle avec l'ARH

Un RUM spécifique du passage dans chacune de ces unités (réanimation, soins intensifs ou surveillance continue) doit être produit.

⁴⁶ A l'exception des réanimations pédiatriques pour lesquelles, à défaut d'adéquation de l'IGS, seul le critère "acte marqueur" est requis

ANNEXE 6

Pièces constitutives du dossier médical

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

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

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

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

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

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

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

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

ANNEXE 7

Volets n° 1 et 2 de la fiche n°6 (fiche désaccord)

FINESS :**ETABLISSEMENT :****Date contrôle externe :** | | | | | |

ACTIVITE ANALYSEE :		Numéro RSS:		RUM n°:	
RUM INITIAL				RUM CONTROLE EXTERNE	
Diagnostic Principal:				Diagnostic Principal :	
CIM :				CIM :	
Diagnostic Relié:				Diagnostic Relié:	
CIM :				CIM :	
Diagnostic(s) Associé(s) Significatif(s):				Diagnostic(s) Associé(s) Significatif(s):	
CIM :				CIM :	
CIM :				CIM :	
CIM :				CIM :	
CIM :				CIM :	
CIM :				CIM :	
Acte(s) :				Acte(s) :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
CDAM / CCAM :				CDAM / CCAM :	
Autre (Durée, LPP, médicaments...) :				Autre (Durée, LPP, médicaments...) :	
GHM :		GHS:		GHM :	

Numéro RSS :

HISTOIRE DU SEJOUR :

MOTIF DU DESACCORD :

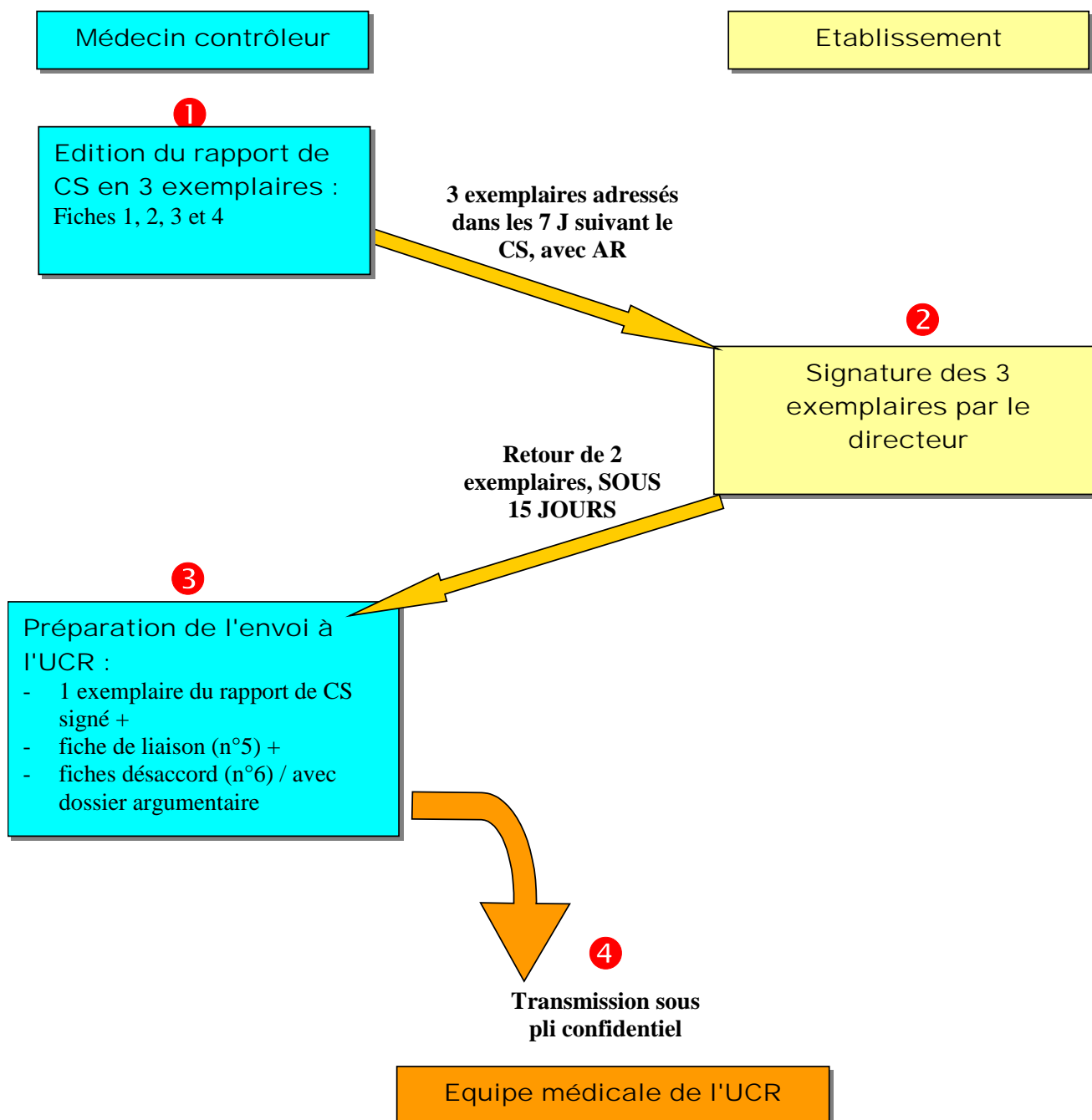
Avis du médecin contrôleur:

Avis du médecin de DIM:

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

Signature du médecin du DIM:

ANNEXE 8

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

GLOSSAIRE

. ACTE CLASSANT

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

. ALGORITHME, ARBRE DE DECISION

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

. A.T.I.H.

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

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

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

. CASEMIX

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

. C.C.A.M.

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

. C.D.A.M.

Catalogue des Actes Médicaux, outil de codage des actes des résumés standardisés de sortie du PMSI, en vigueur jusqu'au 31/12/2003 (encore toléré à titre dérogatoire, en 2004).

.C.I.M- 10

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

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

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

Les CM et CMD sont subdivisées en plusieurs GHM selon le diagnostic et/ou les actes effectués.

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

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

.C.T.I.P

Le Centre de Traitement de l'Information PMSI, rattaché à l'université de Paris VI, était chargé par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins au ministère de l'emploi et de la solidarité d'effectuer les développements informatiques liés aux différentes « fonctions-groupe », aux outils destinés aux services de tutelle, à la gestion de la base nationale, aux études et expérimentations relatives aux développements du PMSI. Le CTIP est aujourd'hui intégré dans l'ATIH.

.DATIM

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

.D.I.M. OU S.I.M.

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

. D.P.

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

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

. FONCTIONS - GROUPAGE

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

. G.H.M.

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

. G.H.S

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

. M.A.H.O.S

Mesure de l'Activité HOSPitalière : outil informatique réalisé par l'ATIH, destiné aux ARH, permettant le traitement des informations PMSI transmises par les établissements de santé, en vue notamment de la préparation et du suivi des campagnes budgétaires (et tarifaires). Cet outil a été adapté à la réforme de la T2A et est désormais remplacé par MAT2A.

. M.A.T2A

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

. MISSION P.M.S.I.

Mission de la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins qui était chargée d'animer et de coordonner l'ensemble des travaux et des actions menés dans le cadre du PMSI. L'essentiel de ses effectifs a rejoint l'ATIH.

. P.E.R.N.N.S.

Organisme indépendant, le Pôle d'Expertise et de Référence Nationale des Nomenclatures de Santé a été créé en 1992 dans le cadre d'une convention entre le ministère de la santé et l'AUNIS

(Association des Utilisateurs de Nomenclatures Nationales et Internationales de Santé). Composé d'experts médicaux, il est chargé d'assurer l'évolution et la maintenance des outils PMSI (CdAM, classification des GHM et ICR du CdAM). Le PERNNS est aujourd'hui intégré dans l'ATIH.

.RSF / RSFA

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

.R.S.A.

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

* produits par l'ATIH

.R.S.S.

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

.R.U.M.

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

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

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

.T2A

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