

CONTRÔLES

T2A

**ET SANCTIONS
FINANCIÈRES**

**GUIDE
D'ACCOMPAGNEMENT
JURIDIQUE
ET ORGANISATIONNEL,
DANS LE CADRE DES
CONTRÔLES EXTERNES**

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES SOMMAIRE

CHAPITRE 1 PRÉPARATION DU CONTRÔLE EXTERNE

CHAPITRE 2 DÉROULEMENT DU CONTRÔLE EXTERNE

CHAPITRE 3 RÉPÉTITIONS D'INDUS

CHAPITRE 4 SANCTIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 5 PÉNALITÉS FINANCIÈRES

Ce document a été réalisé grâce au concours des membres du groupe de travail « Contrôles T2A et sanctions financières » piloté par Pascal DELUBAC (Clinique Saint Pierre – Perpignan, membre du bureau FHP-MCO) assisté par Chloé TEILLARD, juriste, référente du dossier.

Le groupe de travail est composé de :

Christel AUBOY-PROTO, juriste département juridique santé, Groupe Générale de Santé
Alice BARÈS-FIOCCA, déléguée régionale FHP Sud-Est
Stéphanie BECUWE, déléguée régionale FHP Nord-Pas-de-Calais et Picardie
Dorothee BITAR, déléguée régionale FHP Île-de-France
Marie-Paule CHARIOT, médecin DIM, Clinique des Cèdres – Cornebarrieu
Sophie HÉRIAUD, juriste santé, tutelles, assurance maladie, Groupe Médi-Partenaires
Vincent VESSELLE, Polyclinique Saint-Côme – Compiègne, président FHP Picardie
Thierry BÉCHU, délégué général FHP-MCO. CONCEPTION GRAPHIQUE BVM/AC

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 1 PRÉPARATION DU CONTRÔLE EXTERNE

1.1 CADRE JURIDIQUE ET ACTEURS
DU CONTRÔLE EXTERNE

1.2 QUELQUES CONSEILS PRATIQUES
POUR ANTICIPER UN CONTRÔLE EXTERNE

1.3 PRÉPARATION DU CONTRÔLE EXTERNE
ET DOSSIER MÉDICAL

1.1 Cadre juridique et acteurs du contrôle externe

Le mécanisme de contrôle externe a été introduit par le législateur à l'article L.162-22-17 du Code de la sécurité sociale (CSS)¹.

« Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les modalités de contrôle, par les agences régionales de santé, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements ».

L'article L.162-29-1 du CSS prévoit par ailleurs dans une rédaction désormais obsolète : « Les établissements de santé privés ne participant pas au service public hospitalier sont tenus de fournir aux organismes d'assurance maladie les informations nécessaires au contrôle de l'activité des services. Ces informations peuvent être recueillies sur pièces et sur place... »

Objectifs du contrôle externe

Les pouvoirs publics ont pour objectif de s'assurer que l'assurance maladie n'effectue pas de paiements injustifiés au bénéfice des établissements de santé dans le cadre de la T2A. L'assurance maladie s'assure donc « de la qualité et la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation dans le cadre de la tarification à l'activité » (Guide du contrôle externe V2007).

Contours du contrôle externe

En sont exclus : les dotations Missions d'intérêt général (MIG) et Aide à la contractualisation (AC)

Sont concernées : l'ensemble des prestations qui font l'objet d'un financement lié au volume d'activité réalisé.

C'est-à-dire : les prestations d'hospitalisation en MCO, les forfaits (IVG)², les forfaits annuels (FAU, CPO, FAG)³, les suppléments journaliers facturables en sus (encadré), les médicaments et dispositifs médicaux implantables faisant l'objet d'un paiement en sus du tarif GHS, les autres prestations d'hospitalisation, les forfaits facturables pour les prises en charge non suivies d'une hospitalisation (ATU, FFM, SE, PO)⁴.

Acteurs du contrôle externe (hors établissements de santé)

La loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 a des répercussions sur le déroulement des contrôles externes.

Les acteurs du contrôle externe ont changé.

Le décret n°2010-336 du 31 mars 2010 porte sur la création des ARS avec une mise en place en juillet 2010.

Les directeurs des agences régionales de santé ont été nommés en Conseil des ministres le 31 mars 2010. Leurs prérogatives dans le cadre des contrôles T2A et des notifications de sanctions financières sont plus importantes que ne l'étaient celles des directeurs d'ARH. La COMEX⁵ a été supprimée par la loi du n°2009-879 du 21 juillet 2009. L'UCR⁶ continue d'exister. En revanche les modalités de désignation de ses membres ont changé. Ils sont désormais désignés par une commission de contrôle paritaire entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie. La composition et les missions de cette commission sont décrites par un décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009. Une nouvelle catégorie de médecins contrôleurs a été créée.

5. Commissions exécutives (COMEX)

6. Unité de coordination régionale (UCR)

CBUM¹, suppléments journaliers, médicaments et DMI² facturables en sus : L.162-22-7, L.162-22-7-2, D.162-9 à D.162-16 du Code de la sécurité sociale :

Outre les actions recouvrement résultant du contrôle externe, les établissements de santé font l'objet de contrôles spécifiques dans le cadre du suivi des obligations inscrites dans le CBUM. La non adhésion au contrat de bon usage ou le non respect des stipulations du contrat peuvent entraîner un remboursement réduit de la part prise en charge par l'assurance maladie.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a introduit dans son article 47 un mécanisme de régulation des dépenses de la liste en sus. Ce dispositif comporte un volet de suivi préventif de l'évolution des dépenses de la liste en sus, établissement par établissement, en concertation avec les Omedit³. Il comporte ensuite un volet « contractuel » entre l'établissement qui dépasse le taux prévu annuellement pour des raisons non médicalement justifiées. Le refus de l'établissement de s'engager dans le plan d'action (« contrat ») qui lui est proposé en complément du CBUM est sanctionné par une diminution du taux de remboursement à concurrence de 10% par l'ARS.

Une circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire (contrôle des contrats de bon usage, application du dispositif de régulation) pour la maîtrise des produits de santé des listes en sus apporte des précisions sur la mise en œuvre de ce dispositif.

1. Contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (CBUM)
2. Dispositifs médicaux implantables (DMI)
3. Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques (OMEDIT)

1. Article L.162-22-17 modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 10

2. Forfait d'interruption volontaire de Grossesse (IVG)

3. Forfait annuel urgence (FAU) ; forfait coordination des prélèvements d'organes (CPO) ; forfait annuel greffe (FAG)

4. Forfait accueil et traitement des urgences (ATU) ; forfait « de petit matériel » (FFM) ; sécurité et environnement hospitalier (SE) ; forfait activité de prélèvement d'organe (PO)

Le directeur de l'ARS

Missions : le programme régional de contrôle est désormais arrêté par le directeur général de l'ARS et non plus par la COMEX, sur la base d'un projet transmis par l'UCR du contrôle.

Article R.162-42-10 du CSS.¹

« L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L.162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception.

Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels portent le contrôle, le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle et la date à laquelle il commence.

Le contrôle porte sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et peut être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort.

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

A l'issue du contrôle, les personnes chargées du contrôle communiquent à l'établissement de santé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport qu'elles datent et signent mentionnant la période, l'objet, la durée et les résultats du contrôle et, le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

A compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement.

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

Le directeur de l'ARS détermine le montant de la sanction financière sur avis de la commission de contrôle paritaire (article 10 Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination).

POUR MÉMOIRE

Les missions du directeur de l'ARH

L'article R.162-42-10 du CSS tel qu'issu du Décret n°2006-307 du 16 mars 2006 – art. 1 JORF 17 mars 2006 prévoyait que :

« L'agence régionale de l'hospitalisation informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L.162-22-18 du CSS par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. »

Elle précisait les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porterait le contrôle, le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle et la date à laquelle il commencerait.

Le contrôle portait sur tout ou partie de l'activité de l'établissement et pouvait être réalisé sur la base d'un échantillon tiré au sort.

L'Unité de coordination régionale (UCR)

Les membres de l'UCR sont désormais désignés par une commission de contrôle paritaire entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie.

Composition de l'UCR² : pour les deux tiers de ses membres, personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle de la tarification à l'activité sur proposition de ses représentants des organismes d'assurance maladie, et pour un tiers de ses membres, de personnels de l'ARS. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin conseil régional du régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

Missions de l'UCR³ : préparer le programme de contrôle régional annuel, coordonner la réalisation des contrôles et rédiger le bilan annuel d'exécution du programme.

Le rapport de contrôle et les observations de l'établissement seront adressés au directeur général de l'ARS sur avis de la commission de contrôle et non plus à la COMEX de l'ARH. Il en sera de même pour l'avis de l'UCR relatif au montant de la sanction.

POUR MÉMOIRE

La composition de l'UCR, prévue par le Décret n°2006-307 du 16 mars 2006, était presque identique à la nouvelle composition.

Les différences sont les suivantes : les personnels des caisses étaient désignés par la COMEX, sur proposition de ses représentants d'assurance maladie ; les personnels de l'ARH la composant étaient désignés dans la limite d'un tiers de ses membres.

La commission de contrôle paritaire entre l'ARS et les organismes d'assurance maladie

Cette commission de contrôle paritaire⁴ est composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical désignés pour 5 ans :

- 5 représentants de l'ARS, désignés par le DARS.
- 5 représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'UNCAM⁵ ;
- Les membres suppléants seront nommés en nombre égal et dans les mêmes conditions que les membres titulaires ;
- Le président est désigné parmi les représentants de l'ARS et à voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

Missions de la commission de contrôle⁶ :

- Proposer au directeur général de l'ARS le programme de contrôle régional sur la base d'un projet transmis par l'UCR du contrôle externe mentionnée à l'article R.162-42-9 du CSS ;
- Donner son avis au DARS avant que celui-ci ne prononce une sanction financière (L.162-22-18 CSS) ;
- La commission ne peut donner son avis que si au moins trois membres de chacun des deux collèges sont présents (article R162-42-8 CSS).

2. Article R.162-42-9 du CSS tel qu'issu du décret n°2010-344 du 31 mars 2010

3. Ibidem

4. Article L.162-22-18 du CSS modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 Article R.162-42-8 du CSS tel qu'issu du décret n°2010-344 du 31 mars 2010

5. Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM)

6. Article L.162-22-18 du CSS modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010, articles R.162-42-8 et R.162-42-9 du CSS tel qu'issus du décret n°2010-344 du 31 mars 2010

1. Article R.162-42-10 du Code de la sécurité sociale modifié par Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 - art. 275

POUR MÉMOIRE

La COMEX établissait jusqu'à présent le programme de contrôle régional sur la base d'un projet transmis par l'unité de coordination régionale du contrôle externe mentionnée à l'article R.162-42-9 du CSS, cf. Article R.162-42-8 du CSS tel qu'issu du décret n°2006-307 du 16 mars 2006.

Les médecins contrôleurs

Les dispositions de loi du 21 juillet 2009 et de l'ordonnance du 23 février 2010 ont ajouté une catégorie de médecins contrôleurs aux deux catégories qui existaient jusqu'alors.

L'article L.162-22-18 du CSS modifié par l'ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 10 prévoit désormais que les contrôles sur pièces et sur place sont réalisés :

- Par les médecins inspecteurs de santé publique ;
- Ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence ;
- Mais aussi par les inspecteurs de l'ARS ayant la qualité de médecin.

Rappel sur la protection des données de santé.

L'article L1112-1 du CSS dispose que :

- Les établissements sont tenus de protéger la confidentialité des informations qu'ils détiennent sur les personnes qu'ils accueillent ;
- Les médecins susvisés ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions.

Les organismes d'expertise

Sur ce point les dispositions de l'article R162-42-10 du CSS sont inchangées.

Rappel sur les modalités de consultation d'un organisme d'expertise :

- A compter de la réception du rapport de contrôle, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement ;
- Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre.

Les organismes d'expertise en pratique :

- COTRIM (Comité technique régional de l'information médicale) ;
- ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ;
- Sociétés savantes.

Les juridictions

- Les Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS), après saisine de la Commission de recours amiable (CRA) des caisses concernées ;
- Le Tribunal administratif en cas de contestation de sanctions financières et plus largement de décisions du directeur de l'ARS.

Le guide du contrôle externe et les fondements juridiques**Le guide du contrôle externe**

Dès 2004 a été élaboré par un groupe de travail (CNAMTS, ATIH, MSA, RSI, DGOS (ex-DHOS))¹ un « Guide du contrôle externe régional » à destination des contrôleurs et des établissements de santé, qui fixe le cadre général du contrôle externe ainsi que la méthodologie appliquée.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce guide, dont la dernière version est datée du premier août 2007, n'est annexé ni prévu par aucun texte réglementaire.

Nous vous invitons dans le cadre des contrôles dont vous faites l'objet, à vous assurer avec l'aide de vos conseils, que les exigences de ce guide ne vont pas au-delà de la réglementation en vigueur.

La charte des engagements de l'Assurance maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé (2008)

Nous nous interrogeons sur la valeur juridique et l'opposabilité de cette charte.

1. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Mutualité sociale agricole (MSA), Régime social des indépendants (RSI), Direction générale de l'offre de soins (DGOS-ex-DHOS)

Les principaux fondements légaux et réglementaires

Code de la sécurité sociale et notamment ses articles L.162-22-17, L.133-4, L.162-22-18, R.133-9-1, R.162-42-8 à R.162-42-13

Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 de coordination avec la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009

Décret n°2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

Décret n°2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

Décret n°2006-1591 du 13 décembre 2006 (JO du 14 décembre) relatif à la procédure de recouvrement des indus et des pénalités

Décret n° 2006-307 du 16 mars 2006 (JO du 17 mars) pris pour l'application de l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale

Décret n°2008-710 du 16 juillet 2008 relatif aux sanctions financières liées au contrôle des établissements de santé

Circulaire DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 relative à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité

Circulaire DHOS/F/ATIH/2008 n°228 du 18 juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008, et au bilan de la campagne de contrôle 2007

Circulaire DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009 relative au bilan des contrôles 2007 et 2008 et à des modalités organisationnelles nouvelles pour les contrôles 2009 réalisés dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A)

1.2 Quelques conseils pratiques pour anticiper un contrôle externe

Il est primordial, même si les délais sont brefs entre la notification du contrôle et son déroulement, de préparer le contrôle externe dont vous allez être l'objet. Le risque financier pour votre établissement (indus cf L.133-4 du CSS et sanctions financières cf L.162-22-18 du CSS) dépend de la façon dont le contrôle a été préparé, dont les anomalies ont été discutées pendant le contrôle par le DIM et les praticiens, puis de la façon dont les conclusions sont contestées devant l'UCR¹, qui peut modifier les conclusions des médecins contrôleurs dans un sens favorable à l'établissement, parfois après expertise de l'ATIH.

Conseils pratiques avant le contrôle

- Obtenir du médecin conseil coordonnateur du contrôle de débiter la procédure le plus tôt possible (un délai minimum de 3 semaines est prévu dans le guide du contrôle externe) :
 - Soit en démarrant plus en amont ;
 - Soit en échangeant les premiers fichiers (module A de LEDDA) avant que le délai de 3 semaines ne démarre, la mise à disposition du fichier des dossiers tirés au sort (module B) marquant le début de ce délai.
- Vérifier le contenu des dossiers médicaux avec les praticiens concernés quand ils peuvent l'être, sans omettre que toute cotation doit faire l'objet d'un élément figurant au dossier.
- Préparer un argumentaire dossier par dossier sur les points sensibles qui auront été identifiés au préalable.

Conseils pratiques lors du contrôle

Les heures des éventuels rendez-vous avec praticiens doivent avoir été fixées précisément.

Nous vous rappelons que l'absence de contestation du médecin DIM² prive l'établissement de toute possibilité de contestation des notifications d'indus postérieures. En revanche, une contestation des anomalies détectées par les médecins contrôleurs sur les fiches de synthèse ouvre l'alternative entre contestation ou restitution (qui peut intervenir à tout moment de la procédure).

S'il l'estime nécessaire, le médecin DIM doit pouvoir signer en s'assurant l'accord de sa direction.

Il peut être demandé que les médecins contrôleurs sortent de la pièce de manière à ce que médecin DIM et directeur puissent se concerter.

En cas de désaccord avec les médecins conseils : signer en indiquant l'existence d'un désaccord, son objet et sa nature.

Conseils pratiques après le contrôle

Conserver une copie de toutes les pièces produites pour les dossiers contestés, dont impérativement, la fiche de concertation.

A partir de la mise à disposition du fichier, module B, enregistrer celui-ci sur un tableur ou gestionnaire de base de données afin de :

- Garder la trace de tout le travail réalisé ;
- Calculer le montant de l'indu potentiel, de la sanction ;
- Colliger sur chacun des séjours toutes les informations générées lors du contrôle (dossier retrouvé, complété, validé, discuté, éléments de discussion,...).

Faire le point après le contrôle avec les praticiens et avec les TIM³, sur les insuffisances des dossiers mises en évidence par les médecins conseils et les actions correctives à mettre en place.

En cas de contestation des conclusions du contrôle, il est recommandé de préparer (médecin DIM) un fichier Excel avec des onglets (colonne de droite en bas) récapitulant les anomalies divergentes (contestation), les anomalies non divergentes (restitution), le retour codage établissement (l'UCR a modifié les conclusions du contrôle, et a accepté le codage initial de l'établissement).

Ce fichier permet d'une part à l'établissement d'apprécier le risque en termes financiers avant même une notification d'indus ou de sanction : ce qui sera remboursé immédiatement en cas d'anomalies non divergentes, ce qui ne sera pas remboursé (du moins dans un premier temps), le taux d'anomalies, etc. Un tel outil permet également d'anticiper les notifications d'indus à venir : à réception de la notification, l'établissement qui dispose d'un mois pour contester, est déjà préparé, il sait quels dossiers il va contester, ou rembourser.

1. Unité de coordination régionale (UCR)

2. Département d'information médicale (DIM)

3. Technicien d'information médicale (TIM)

1.3 Préparation du contrôle externe et dossier médical

Contenu minimum du dossier médical

Les éléments devant au moins figurer au dossier d'hospitalisation des patients admis dans un établissement de santé, sont énumérés à l'article R.1112-2 du code de la santé publique. Ces éléments, présentés en trois grands types d'information, sont les suivants :

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 :

- La lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ;
- Les motifs d'hospitalisation ;
- La recherche d'antécédents et de facteurs de risques ;
- Les conclusions de l'évaluation clinique initiale ;
- Le type de prise en charge prévu et les prescriptions effectuées à l'entrée ;
- La nature des soins dispensés et les prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ;
- Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ;
- Les informations sur la démarche médicale, adoptée dans les conditions prévues à l'article L.1111-4 ;
- Le dossier d'anesthésie ;
- Le compte-rendu opératoire ou d'accouchement ;
- Le consentement écrit du patient pour les situations où ce consentement est requis sous cette forme par voie légale ou réglementaire ;
- 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 ;
- Les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires
- Le dossier de soins infirmiers ou, à défaut, les informations relatives aux soins infirmiers ;
- Les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé ;
- Les correspondances échangées entre professionnels de santé ;
- Les directives anticipées mentionnées à l'article L.1111-11 ou, le cas échéant, la mention de leur existence ainsi que les coordonnées de la personne qui en est détentrice.

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

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

Cette énumération n'étant pas exhaustive, d'autres documents ou informations de nature médicale peuvent figurer dans le dossier médical.

Il vous appartient d'étoffer vos dossiers en gardant à l'esprit que les dossiers doivent être constitués au regard des exigences de cet article, mais également au regard des exigences de la HAS¹ dans le cadre de la procédure de certification.

Par ailleurs, l'article D.6124-304 du code de la santé publique exige la remise à chaque patient pris en charge en ambulatoire d'un bulletin de sortie avant son départ de la structure. Ce bulletin, signé par l'un des médecins de la structure, mentionne l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance postopératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

Obligations, références et indications complémentaires relatives au dossier médical

Le contrat d'exercice libéral entre l'établissement et le praticien peut utilement comporter une ou plusieurs dispositions sur les obligations, engagements et responsabilités du praticien en matière de contenu et de tenue du dossier médical. La référence 14 du Manuel de Certification V2010 (juin 2009) sur le dossier du patient est composée de deux critères « gestion du dossier patient » et « accès du patient à son dossier ». Ces critères constituent l'un comme l'autre, une PEP².

Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie tendent à se prévaloir devant les juridictions, des recommandations de la HAS (ex ANAES) sur la tenue du dossier médical. Indépendamment des contentieux T2A, il convient notamment de se reporter aux recommandations « pour l'amélioration de la qualité de la tenue et du contenu du dossier patient » de 2003 en la matière, ainsi qu'aux recommandations pour la pratique clinique (2004).

L'article 5 la loi HPST du 21 juillet 2009, prévoit que les établissements de santé doivent mettre à la disposition du public des indicateurs de qualité dont cinq concernent la qualité issue du dossier du patient, conformément à ce que prévoit son arrêté du 31 décembre 2009 « *fixant les conditions dans lesquelles l'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins.* »

L'instruction ministérielle du 9 juin 2010 vient préciser ces dispositions en définissant, quant à elle, les modalités pratiques de cette diffusion.

1. Haute autorité en santé (HAS)

2. Pratique exigible prioritaire (PEP)

Ces indicateurs portent sur :

- La tenue du dossier patient ;
- Le délai d'envoi des courriers de fin d'hospitalisation ;
- La traçabilité de l'évaluation de la douleur ;
- Le dépistage des troubles nutritionnels ;
- La tenue du dossier anesthésique.

Sanctions encourues

Rappel sur les sanctions encourues, conformément aux dispositions du décret d'application n°2009-1763 du 30 décembre 2009 relatif aux dispositions applicables en cas de non respect de la mise à disposition du public par les établissements de santé des résultats des indicateurs de qualité et de sécurité des soins :

En cas de non respect de cette obligation, le directeur général de l'ARS adresse au directeur de l'établissement de santé une mise en demeure de mettre ses indicateurs à la disposition du public dans un délai de trois mois.

Lorsque le directeur de l'établissement ne peut déférer à cette mise en demeure, il présente au directeur général de l'ARS, avant l'expiration du délai qu'il prescrit, ses observations et les mesures qu'il s'engage à mettre en œuvre pour remédier aux manquements constatés.

Le directeur général de l'agence décidera, au vu de ces observations et engagements, des mesures appropriées.

En cas d'insuffisance ou de non-respect des engagements pris, le directeur général de l'ARS peut prononcer, par décision motivée et publiée, une diminution de la dotation nationale de financement des MIGAC¹³ «dans la limite de 0,1% des recettes totales d'assurance maladie de l'année de la mise en demeure».

Lorsque l'établissement ne bénéficie pas de cette dotation, «la diminution porte, dans la même limite, selon le cas, sur le produit des tarifs des prestations d'hospitalisation».

1. Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Dossier médical, clé de voûte du contrôle externe

Dans le cadre des contrôles T2A, les dossiers médicaux permettent aux médecins contrôleurs de vérifier le bien-fondé de l'hospitalisation (GHS)¹ et le codage du séjour: diagnostic(s) et acte(s), CMA²...

Plusieurs fondements juridiques légitiment l'accès des médecins conseils de l'assurance maladie aux dossiers médicaux, dans le respect des règles de déontologie médicale et dans les limites de leurs missions : L.1112-1 alinéa 6 du code de la santé publique, articles L.162-29, L.162-29-1, et L.162-30-1 du CSS³.

En l'absence de traçabilité l'établissement n'a pas d'argument à opposer au médecin conseil

Les enjeux de la traçabilité doivent donc faire l'objet d'un travail de fond, axé sur la formation et la pédagogie. La tenue du dossier patient étant une obligation réglementaire, il est très difficile d'apporter la preuve de la réalité d'un acte ou d'une prestation par d'autres moyens que les éléments devant obligatoirement y figurer. Nous vous invitons à vous reporter à la synthèse de jurisprudence n°2 diffusée le 16 juillet 2010. Plusieurs décisions récentes illustrent l'importance de constituer des dossiers médicaux solides, pour prouver la réalité de l'hospitalisation et celle des soins ayant donné lieu à un codage des actes.

Le dossier médical constitue le point de départ du travail du contrôleur

Le contrôleur vérifie le numéro du GHS⁴, le nombre de suppléments journaliers pour passage en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, nombre de suppléments journaliers de néonatalogie, codage des médicaments coûteux et DMI⁴, dialyse, IVG, soins palliatifs...

Au vu du dossier médical, le médecin contrôleur extrait les informations qui doivent être notées sur le RSS⁵. La conformité du codage des informations portées par l'établissement sur le résumé de sortie est alors vérifiée par rapport aux règles de production des résumés de sortie, aux outils de codage des diagnostics et des actes et aux éléments du dossier médical du patient.

Exigences particulières des médecins conseils dans le cadre des contrôles externes

Pour certaines spécialités comme les soins palliatifs, les exigences des médecins conseils vont au-delà de la réglementation (R1112-2CSP). Si nous ne manquons pas de contester ces pratiques dans le cadre de nos relations avec la CNAMTS⁶, nous vous encourageons à faire figurer au dossier les éléments susceptibles d'être exigés par les médecins contrôleurs, comme les comptes-rendus de consultations des psychologues (soins palliatifs) ou à défaut, la traçabilité des soins proposés et ou acceptés par la personne malade et sa famille.

1. Groupe homogène de séjour (GHS)

2. Complication(s) et morbidité associée (CMA)

3. Code de la Sécurité sociale (CSS)

4. Dispositifs médicaux implantables (DMI)

5. Résumé de sortie standardisé (RSS)

6. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

Conseils d'organisation

Praticiens et DIM¹ doivent travailler ensemble et ce, d'autant que des exigences spécifiques sont propres à certaines spécialités (ex : RCP² en cancérologie)

Nous vous encourageons à développer les outils d'aide au codage, notamment Dalia.

L'article 5 la loi HPST du 21 juillet 2009 confère à la CME³ des prérogatives en matière de qualité, susceptibles de favoriser le dialogue entre praticiens, DIM, TIM⁴ et direction :

« La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature

-
1. Département d'information médicale (DIM)
 2. Réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP)
 3. Commission médicale d'établissement (CME)
 4. Technicien d'information médicale (TIM)

du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L.6112-2... »

Conclusion

Nous vous encourageons à prendre en compte dans votre démarche qualité la perspective d'un contrôle externe.

Il convient de ne pas perdre de vue l'ensemble des priorités des pouvoirs publics dans la constitution de vos dossiers médicaux, sans attendre d'y être contraints, et ce, d'autant que la jurisprudence la plus récente vient contrecarrer celle juge du fond favorable aux établissements sur la charge de la preuve.

Il n'en demeure pas moins que vous pouvez, aidés par vos conseils, contester l'argumentation de certaines caisses, qui consiste à déduire de la simple absence au dossier d'un compte-rendu opératoire ou d'un compte-rendu d'hospitalisation, le mal-fondé de la facturation d'un GHS.

Le professionnel de santé ou l'établissement de soins peuvent en effet discuter les éléments de preuve produits par l'organisme d'assurance maladie : le seul fait que le compte-rendu d'examen ne figure pas au dossier médical du patient ne saurait fonder une demande de répétition de l'indu.

Soc., 9 décembre 1993, n°91-14182

Soc., 17 janvier 2002, n°00-16.162

Civ., 2, 12 juin 2007, n°06-12.696

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 2 DÉROULEMENT DU CONTRÔLE EXTERNE

2.1 DROITS ET DEVOIRS DE L'ÉTABLISSEMENT

2.2 DROITS ET DEVOIRS DES MÉDECINS CONTRÔLEURS

2.3 QUELQUES CONSEILS POUR ANTICIPER UNE ÉVENTUELLE PROCÉDURE DE RÉPÉTITIONS D'INDUS – UN CONTENTIEUX

2.1 Droits et devoirs de l'établissement

Les droits et devoirs des établissements de santé contrôlés figurent d'une part dans le Guide du contrôle externe, dans le Code de la sécurité sociale, ainsi que dans le Code de la santé publique.

Le guide du contrôle externe

Dès 2004 a été élaboré par un groupe de travail (CNAMTS, ATIH, MSA, RSI, DGOS¹) un « Guide du contrôle externe régional » à destination des contrôleurs et des établissements de santé, qui fixe le cadre général du contrôle externe ainsi que la méthodologie appliquée.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce guide, dont la dernière version est datée du premier août 2007, n'est annexé ni prévu par aucun texte réglementaire.

Nous vous invitons dans le cadre des contrôles dont vous êtes l'objet à vous assurer avec l'aide de vos conseils, que les exigences de ce guide ne vont pas au-delà de la réglementation en vigueur.

1. Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ; Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) ; Mutualité sociale agricole (MSA) ; Résumé de soins infirmiers (RSI) ; Direction générale de l'organisation des soins (DGOS, ex DHOS)

Rappel sur les objectifs du contrôle externe

Ce contrôle est mené par des représentants de l'Etat et d'assurance maladie en vue de s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation.

Ce contrôle porte sur l'établissement de santé et non sur l'activité des praticiens qui exercent en son sein.

Droits et devoirs du médecin DIM

Le guide du contrôle externe prévoit que :

- Le médecin DIM¹ conserve les fichiers permettant de faire le lien entre un RSS² et le dossier médical (production lors du contrôle) ;
- Le médecin DIM prépare les documents (fichier RSS³, factures, dossiers médicaux) ;
- Le médecin DIM analyse les documents - réflexion sur argumentation ;
- Le médecin DIM est obligatoirement consulté par le médecin conseil - discussion et argumentation ;
- Le médecin DIM informe des sorties de dossiers médicaux ;
- Un contrôle prolongé : externalisation des données du contrôle sur CD-ROM et conservation.

Droits et devoirs des établissements

Les établissements ne doivent pas faire obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle, sous peine de se voir appliquer une sanction financière prévue par l'article L.162-22-18 du CSS³, dont le montant ne peut excéder la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. (Article R.162-42-14 du CSS).

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

Il convient de se reporter à l'annexe II de la circulaire DGOS (ex DHOS)⁴ relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008 et au bilan de la campagne de contrôle 2007. Pour des exemples - nombreux mais non exhaustifs - de non-transmission d'information ou d'obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle.

Nous vous rappelons que la non transmission des informations PMSI⁵ est susceptible des mêmes sanctions⁶.

Les établissements sont tenus de fournir ou de tenir à disposition des personnes chargées du contrôle l'ensemble des documents qu'elles demandent⁷.

1. Département d'information médicale (DIM)

2. Résumé de sortie standardisé (RSS)

3. Code de la sécurité sociale (CSS)

4. Circulaire DHOS/F/ATIH/2008 n°228 du 18 juillet 2008

5. Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

6. Article R.6113-29 du code de la santé publique modifié par décret n°2008-710 du 16 juillet 2008 - art. 2e

7. Article R.142-42-10 du CSS et Article L.162-29-1 du CSS

Obligations réglementaires

- L'établissement veille à ce que toutes les mesures soient prises pour assurer la communication des informations (R.1112-1 du CSP) ;
- La constitution d'un dossier est obligatoire pour chaque patient hospitalisé (R.1112-2 du CSP) ;
- Le directeur est responsable de la conservation de l'hébergement des données de santé à caractère personnel, dans les délais réglementaires (R.1112-7 du CSP) ;
- Le contrôle externe repose sur l'examen des pièces du dossier ;
- Les informations du RUM² doivent être conformes au contenu du dossier patient (arrêté 31 décembre 2003) ;
- Les dossiers médicaux doivent comporter les informations relatives aux soins dispensés.

Pour l'assurance maladie le compte-rendu d'hospitalisation est la pièce essentielle du dossier (précision de la pathologie et nature de prise en charge).

Devoirs prévus par le guide du contrôle externe

- Le contrôle se déroule dans un local mis à disposition par l'établissement ;
- La concertation avec le médecin DIM³ est obligatoire.

Attention, si le médecin DIM est également praticien libéral dans l'établissement, il doit se rendre disponible à la demande des médecins contrôleurs le plus souvent possible. Il convient donc d'anticiper ce cas de figure en gardant à l'esprit que le manque de disponibilité du médecin DIM peut être considéré comme un cas d'obstacle au déroulement du contrôle. Des sanctions seraient alors encourues par l'établissement. Vous trouverez plus bas des exemples (liste non exhaustive) de non transmission d'information ou d'obstacle à la préparation ou à la réalisation du au contrôle.

- La présence du médecin praticien responsable du patient doit être rendue possible ;
- Si la concertation est impossible du fait de l'établissement, le codage du contrôleur sera retenu dans le rapport ;
- Les fichiers RSS⁴ ne doivent pas sortir de l'établissement ;
- La possibilité de faire valoir ses arguments existe tout au long de la procédure de contrôle.

A l'issue du contrôle

Article R.162-42-10 du CSS⁵

A compter de la réception du rapport de contrôle, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations.

A l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement. Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre.

Extraits de l'annexe II de la circulaire DHOS/F/ATIH/2008 n°228 du 18 juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008 et au bilan de la campagne de contrôle 2007.

Exemples (liste non-exhaustive) de non-transmission d'information ou d'obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle.

Plusieurs circonstances peuvent être retenues comme générant une obstruction au contrôle.

Obstacles à la préparation du contrôle :

- Non-conservation ou dégradation du fichier de sauvegarde prévu à l'article 6-II de l'arrêté du 22 février 2008 ;
- Non-transmission, dans les délais indiqués dans le courrier introductif au contrôle, des numéros de RSS¹ permettant la sélection des séjours à contrôler ;
- Non-transmission, dans les délais indiqués dans le courrier introductif du contrôle, du fichier d'informations administratives concernant les patients dont les séjours font l'objet du contrôle.

Obstacles à la réalisation du contrôle :

- Absence de désignation, par le responsable de l'établissement, du médecin responsable de l'information médicale ;
- Report répété de la date de contrôle sur site définie avec les contrôleurs, conduisant à différer la date de contrôle de plus de trois mois relativement à la première date fixée, ou au-delà de la fin d'année suivant l'année de production des séjours ;
- Non-communication, le jour fixé pour le début du contrôle sur site, du fichier de RSS permettant l'utilisation par les contrôleurs de l'OGC² ;
- Dossiers médicaux non préparés ou non communiqués ;
- Non-communication des informations permettant de faire le lien entre le numéro de RSS et le dossier médical ;
- Dossiers administratifs et/ou de facturation non communiqués ;
- Absence de mise à disposition des contrôleurs d'un local unique dédié au contrôle (consultation des dossiers, accès éventuel au dossier patient informatisé, conditions techniques permettant l'utilisation du matériel informatique...) ;
- Interdiction faite aux contrôleurs de prendre des copies des éléments médicaux ou administratifs à l'appui de leurs avis.

1. Résumé de sortie standardisé (RSS)
2. Outil de gestion du contrôle (OGC)

1. Code de la santé publique (CSP)
 2. Revue de l'utilisation des médicaments (RUM)
 3. Département d'information médicale (DIM)
 4. Résumé de sortie standardisé (RSS)
 5. Code de la sécurité sociale (CSS)

2.2 Droits et devoirs des médecins contrôleurs

Avant le contrôle

L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L.162-22-18 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception.

Elle précise les activités, prestations ou ensemble de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité des personnes chargées du contrôle et la date à laquelle il commence.

Si le contrôle est réalisé dans l'objectif d'appliquer une sanction financière et s'il porte sur une partie de l'activité définie, le tirage au sort est nécessaire et doit porter sur au moins 100 dossiers, à moins que le nombre de dossiers correspondant à la prestation ciblée n'atteigne pas la centaine.

Pendant le contrôle

Droit d'accès aux données de santé à caractère personnel

Plusieurs fondements juridiques légitiment l'accès des médecins conseils de l'assurance maladie aux dossiers médicaux, dans le respect des règles de déontologie médicale et dans les limites de leurs missions : article L.1112-1 alinéa 6 du code de la santé publique, articles L.162-29, L.162-29-1, et L.162-30-1 du CSS¹.

Lorsque le médecin contrôleur a conservé un dossier argumentaire, la photocopie d'éléments du dossier médical doit être réalisée avec l'accord du médecin responsable du patient.

Le fichier de RSS² fourni par le DIM³ doit par ailleurs être détruit à la fin du contrôle.

Concertation avec le médecin DIM

Le guide du contrôle externe prévoit à cet égard qu'une concertation avec le médecin DIM doit obligatoirement être organisée. Celle-ci consiste à reprendre et à 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.

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

Mais attention, la présence des praticiens n'est pas une obligation. Le médecin DIM peut refuser de faire intervenir les praticiens, s'il sent que cela peut porter préjudice à l'établissement (connaissances insuffisantes des subtilités de codage). Il ne peut s'agir d'une cause d'obstacle au déroulement du contrôle.

Conclusions du contrôle sur site

Ce n'est qu'à l'issue de cette concertation que les conclusions du contrôle sur site pourront être formulées.

Pour chaque activité ou prestation contrôlée, deux types de fiches sont élaborés.

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

Après le contrôle

Signature du rapport de contrôle - article R.162-42-10 du CSS⁴

« A l'issue du contrôle, les personnes chargées du contrôle communiquent à l'établissement de santé par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, un rapport. Ce rapport doit être daté, signé et mentionner :

- La période ;
- L'objet ;
- La durée ;
- les résultats du contrôle ;
- Et le cas échéant, la méconnaissance par l'établissement de santé des obligations définies à l'alinéa précédent.

À compter de la réception de ce rapport, l'établissement dispose d'un délai de quinze jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations. A l'expiration de ce délai, les personnes chargées du contrôle transmettent à l'unité de coordination le rapport de contrôle accompagné, s'il y a lieu, de la réponse de l'établissement. Au vu de ces éléments, l'unité de coordination peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire d'entendre. »

Ce que prévoit le guide du contrôle externe

L'ensemble des 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 qui suivent le contrôle sur site.

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

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.

Cependant, l'établissement reste libre de répondre aux conclusions du contrôle par courrier distinct, en défendant champ par champ ou dossier par dossier le codage effectué.

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

2. Résumé de sortie standardisé (RSS)

3. Département d'information médicale (DIM)

4. Code de la sécurité sociale (CSS)

2.3 Quelques conseils pour anticiper une éventuelle procédure de répétitions d'indus – un contentieux

Anticiper

Le contrôle porte sur des séjours de l'année N-1, voire N-2 de l'année du contrôle.

Les procédures contentieuses devant les TASS¹ et éventuellement en appel et en cassation, se déroulent pendant plusieurs années.

Il convient donc d'anticiper le déroulement du contrôle et l'éventualité d'un contentieux.

Améliorer la qualité du codage avant et après un contrôle

Nous vous rappelons que si une surfacturation sur l'échantillon de séjours contrôlés entraîne une récupération d'indus et/ou des sanctions financières (L.162-22-18 du CSS²), une facturation corrective n'est pas acceptée par l'assurance maladie en cas de sous-facturation, dans la mesure où l'assurance maladie considère qu'il s'agit d'un défaut de qualité de l'information transmise.

Il est donc souhaitable que le DIM³ puisse jouer un rôle de conseil auprès de la direction en partenariat avec les praticiens, et que ses missions dans le cadre d'un contrôle T2A soient définies dans son contrat de prestations avec l'établissement.

Améliorer la tenue du dossier patient

Nous vous invitons à vous reporter à la fiche technique consacrée au contenu du dossier patient (chapitre 1, fiche technique 3).

En l'absence de traçabilité (trace écrite dans le dossier), l'établissement risque de ne pas avoir d'argument à opposer au médecin conseil. La réalisation d'un acte non enregistré dans le dossier patient peut très difficilement être établie de façon incontestable *a posteriori*. Il en résulte que l'acte est généralement considéré comme inexistant et n'a pas à être facturé. Si en droit, la preuve de la réalisation d'un acte ou d'une prise en charge peut se faire par tous moyens, il n'en demeure pas moins que le dossier médical constitue le principal moyen de rapporter la preuve de la réalisation des actes et de la pertinence du codage.

Nous attirons notamment votre attention sur le codage et la tenue des dossiers en HAD⁴ : l'assurance maladie entend développer les contrôles externes en HAD.

Veiller au respect du secret médical pendant le contrôle externe

Si le médecin conseil souhaite faire des copies de certains éléments du dossier, il convient de noter si l'accord du praticien concerné a été recueilli par le médecin conseil.

Mobiliser l'ensemble des acteurs

A l'issue du contrôle sur place, une concertation doit avoir lieu entre le médecin contrôleur et le médecin du DIM. Celui-ci signe le document issu de cette concertation. Or, le médecin DIM n'a pas la légitimité médicale pour débattre des questions de fond puisqu'il n'est pas responsable de la prise en charge médicale, ni n'a autorité hiérarchique sur ses confrères en matière de codage ou de tenue du dossier patient. C'est donc idéalement avec les praticiens concernés que la concertation devrait avoir lieu, en présence de son directeur ou de son représentant.

Les responsabilités respectives des différents acteurs doivent être claires malgré l'ambiguïté de la réglementation en la matière.

Il est préférable que la signature des fiches de synthèse se fasse en présence du directeur de l'établissement ou de son représentant. En cas de désaccord entre le médecin conseil et le médecin DIM de l'établissement, il est conseillé de noter le désaccord, son objet et de n'apposer de signature qu'avec l'accord de la direction.

Après le contrôle, il peut être opportun que les erreurs de codage récurrentes soient examinées avec les praticiens concernés, dans l'intérêt de l'établissement, mais aussi dans celui des praticiens dans la mesure où un contrôle externe peut déboucher sur un contrôle médical. (L.315-1 du CSS).

Nous vous rappelons que l'assurance maladie entend faire des contrôles externes des établissements, un moyen de repérer puis de contrôler l'activité médicale.

Après le contrôle, il est recommandé de reprendre les éléments du rapport de contrôle et de préparer une lettre d'observation détaillée et argumentée médicalement, dossier par dossier.

Une réponse rigoureuse et précise portant non seulement sur les contestations liées au codage, mais aussi sur les lacunes, voire les irrégularités, de la procédure de répétitions d'indus, doit également être apportée à la lettre de notifications d'indus.

La réglementation (article R.133-9 du CSS) prévoit que la mise en demeure de l'établissement doit répondre de manière argumentée à la lettre d'observations de l'établissement, ce qui est rarement le cas. Cette lacune est un levier pour vos conseils dans le cadre d'un contentieux devant le TASS.

1. Tribunaux des affaires de sécurité sociale (TASS)

2. Code de la sécurité sociale (CSS)

3. Département d'information médicale (DIM)

4. Hospitalisation à domicile (HAD)

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 3 RÉPÉTITIONS D'INDUS

3.1 CADRE JURIDIQUE DES RÉPÉTITIONS D'INDUS
PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

3.2 PROCÉDURE DE RÉPÉTITIONS D'INDUS

3.3 VOIES ET MOYENS DE RECOURS
EN CAS DE NOTIFICATION D'INDUS

3.1 Cadre juridique des répétitions d'indus par les caisses d'assurance maladie

Les textes de référence sont les articles L.133-4 et R.133-9-1 du CSS¹ qui sont la déclinaison au droit de la sécurité sociale, du mécanisme de répétition d'indus introduit au code civil en 1804.

Il peut arriver qu'un sujet de droit- en l'occurrence un établissement de santé- reçoive une somme ou un bien qui ne lui était dû en vertu d'aucun titre juridique, le plus souvent à la suite d'une erreur. L'obligation de répétition d'indus repose sur l'idée « qu'un versement sans cause présenterait un caractère peu moral ».

LES FONDEMENTS JURIDIQUES DE DROIT COMMUN : LE CODE CIVIL

Article 1235 du Code civil

« **Tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû, est sujet à répétition. La répétition n'est pas admise à l'égard des obligations naturelles qui ont été volontairement acquittées.** »

Article 1376 du Code civil

« **Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû s'oblige à le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu.** »

Article 1315 du Code civil

« **Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver.** »

Il en résulte que celui qui se prétend créancier doit démontrer le bien fondé de sa créance.

LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Article L.133-4 du CSS

« En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

■ Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L.162-1-7, L.162-17, L.165-1, L.162-22-7 ou relevant des dispositions des articles L.162-22-1 et L.162-22-6 ;

■ Des frais de transports mentionnés à l'article L.321-1 ;
L'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement.

Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement par les organismes d'assurance maladie d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort.

L'action en recouvrement, qui se prescrit par trois ans, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. »

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

Article R.133-9-1 du CSS

Cet article du code de la santé publique était initialement issu du Décret n°2006-1591 du 13 décembre 2006 (JO du 14 décembre) relatif à la procédure de recouvrement des indus et des pénalités. Il a été modifié par le Décret n°2009-988 du 20 août 2009 habilitant les directeurs d'organismes de sécurité sociale à recouvrer les prestations indues par voie de contrainte.

« I. – La notification de payer prévue à l'article L.133-4 est envoyée par le directeur de l'organisme d'assurance maladie au professionnel ou à l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception.

Cette lettre précise la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement. Elle mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle informe ce dernier qu'à défaut de paiement dans ce délai, il sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10 %. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

En cas de désaccord avec les observations de l'intéressé et en l'absence de paiement dans le délai imparti, le directeur de l'organisme lui adresse par lettre recommandée avec demande d'avis de réception la mise en demeure prévue à l'article L.133-4. Cette mise en demeure comporte la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées, la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement, le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées, le montant de la majoration de 10 % afférente aux sommes encore dues ainsi que le délai de saisine de la commission de recours amiable prévue à l'article R.142-1.

II. – Si le montant de l'indu a été entièrement payé dans le mois suivant l'envoi de la mise en demeure, la majoration de 10 % peut faire l'objet d'une remise par le directeur de l'organisme de sécurité sociale à la demande du débiteur en cas de bonne foi de celui-ci ou si son montant est inférieur à un des seuils, différents selon qu'il s'agit d'un professionnel de santé ou d'un établissement de santé, fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

III. – Les dispositions des articles R.133-3, R.133-5 à R.133-7 sont applicables à la contrainte instituée par l'article L.133-4.

IV. – Pour le régime social des indépendants mentionné à l'article L.611-1, l'indu est recouvré par le directeur de la caisse de base selon les modalités définies ci-dessus... ».

3.2 Procédure de répétitions d'indus

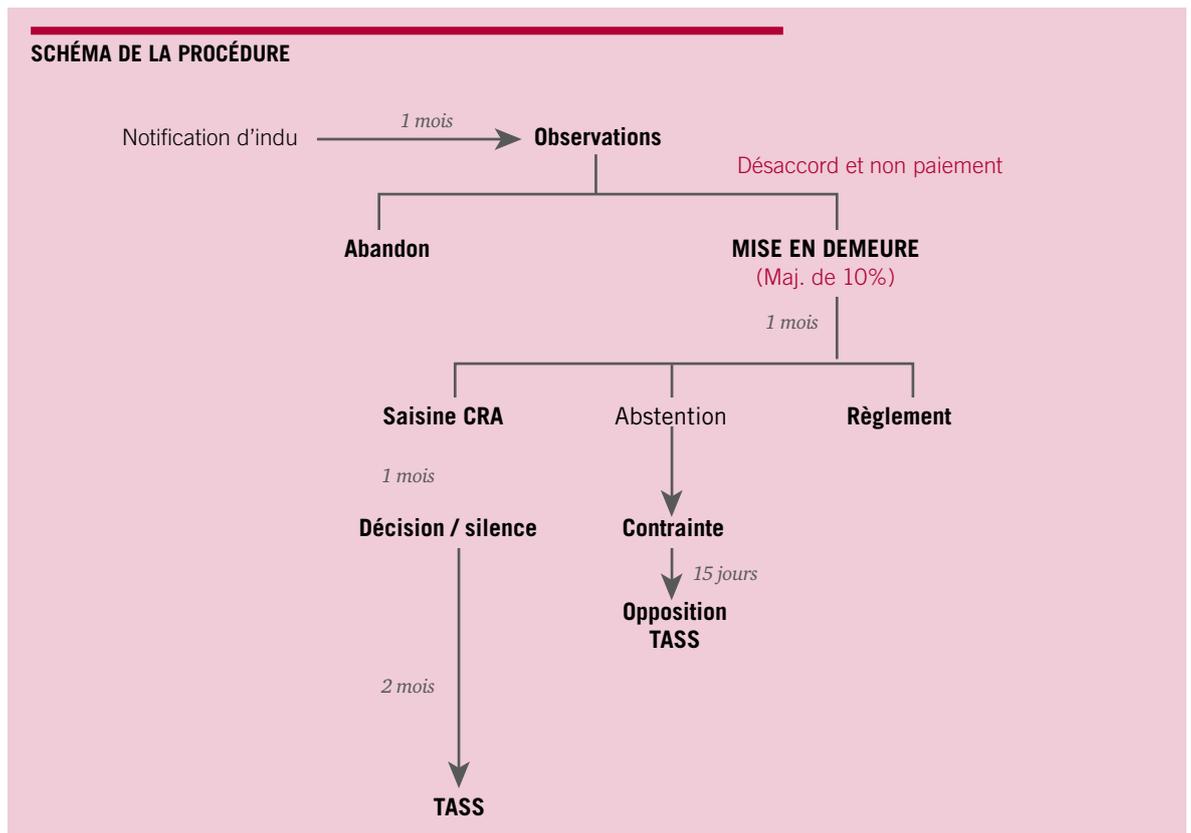
La répétition d'indus par étapes

Les grandes étapes de la répétition d'indus décrites par les textes susvisés sont les suivantes :

- Notification d'indu devant respecter la forme prévue à l'article R.133-9-1 du CSS ; délai d'1 mois.
- En l'absence de paiement : mise en demeure avec majoration de retard de 10% ; délai d'1 mois.

En cas de persistance du désaccord entre les parties :

- Saisine obligatoire de la Commission de recours amiable (CRA) de chacune des caisses concernées avant le dépôt d'une requête devant le juge.
 - Décision expresse ou implicite de la CRA; délai d'1 mois.
 - Saisine du Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) ; délai de 2 mois.
- Absence de saisine de la CRA ou de paiement.
 - Contrainte : la contrainte est un titre exécutoire. Elle a donc force exécutoire, comme un jugement. Il est donc très important de former une opposition à contrainte dans un très bref délai de 15 jours.
 - Opposition à contrainte devant le TASS : délai de 15 jours. L'opposition en arrête l'exécution mais cette exécution est reprise si le Tribunal rejette le recours.



3.3 Voies et moyens de recours en cas de notification d'indus

Voies de recours :

- Procédure devant le TASS¹ ;
- Recours contre les décisions rendues par le TASS ;
- Prescription action en recouvrement pour l'assurance maladie.

Procédure devant le TASS

Articles R.142-17 et suivants du CSS²

Saisine du TASS - Article R.142-18 du CSS.

Le TASS est saisi par simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par lettre recommandée dans un délai de deux mois à compter soit de la date de la notification de la décision, soit de l'expiration du délai d'un mois prévu à l'article R.142-6 du CSS.

Convocation à l'audience par le Président du TASS - Article R.142-19 du CSS

- Délais : convocation des parties 15 jours au moins avant la date d'audience.
- Formalisme : par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou par remise de l'acte au destinataire contre émargement ou récépissé.
La convocation est réputée faite à personne lorsque l'avis de réception est signé par son destinataire ou son mandataire.
- Contenu de la convocation : la convocation doit contenir les noms, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date et l'heure de l'audience.
- Renvoi de l'audience : dans le cas où l'audience n'a pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise par le greffe d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience. (Articles R.142-19 et R.142-21 du CSS)

Comparution des parties - Article R.142-20 du CSS.

- Les parties peuvent comparaître personnellement, se faire représenter ou assister ;
- Les parties peuvent déposer des observations sur papier libre. La procédure est orale (attention) et la présence d'un médecin conseil et du DIM³ de l'établissement est donc largement recommandée.

Jugement - Article R.142-27 du CSS.

Notification par LRAR⁴ dans la quinzaine, des décisions à chacune des parties convoquées à l'audience.

Pouvoirs du TASS - Article R.142-21-1 du CSS et suivants du CSS.

Le tribunal peut décider de mesures conservatoires ou de remise en état, accorder une provision, engager une procédure d'expertise (médicale/technique), prescrire une enquête ou consultation.

Recours contre les décisions rendues par le TASS

Montant du litige - Article R.142-25 du CSS.

Le TASS statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 4000 euros.

Délais pour interjeter appel - Article R.142-28 du CSS.

Les parties peuvent interjeter l'appel dans un délai d'un mois à compter de la notification.

L'appel est suspensif de l'exécution du jugement.

Attention, le TASS peut, à la demande de la caisse rendre un jugement défavorable à l'établissement, prévoyant une exécution provisoire totale ou partielle.

Pourvoi en cassation

Article R.144-7 du CSS

Un pourvoi en cassation peut être formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de cassation, contre un jugement rendu en dernier ressort dans un délai de deux mois à compter de la notification de la décision. Il n'est pas suspensif de l'exécution.

Le délai de deux mois pour former le pourvoi ne court pas s'il n'est pas mentionné dans la notification de la décision.

En cas de renvoi par la Cour de cassation devant le TASS ou la cour d'appel par elle désignée, il appartient à l'une des parties au pourvoi de saisir la juridiction de renvoi par simple lettre recommandée adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction. Article R.144-9 du CSS.

Prescription action en recouvrement pour l'assurance maladie

L'action de l'assurance maladie se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement des sommes indues. L'action s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification de payer ou de produire ses observations

Interruption de la prescription : Article L.133-4 -6 du CSS.

« La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. A l'exception des taxes, cotisations et contributions dues ou recouvrées par les organismes chargés du recouvrement, l'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

1. Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS)
2. Code de la sécurité sociale (CSS)
3. Département d'information médicale (DIM)
4. Lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR)

**CONTRÔLES T2A
ET SANCTIONS FINANCIÈRES**

**CHAPITRE 4
SANCTIONS FINANCIÈRES**

**4.1 CADRE JURIDIQUE DES SANCTIONS
FINANCIÈRES NOTIFIÉES PAR LE DIRECTEUR
GÉNÉRAL DE L'ARS**

**4.2 PROCÉDURE D'APPLICATION DES SANCTIONS
FINANCIÈRES NOTIFIÉES PAR LE DIRECTEUR
GÉNÉRAL DE L'ARS**

**4.3 VOIES ET MOYENS DE RECOURS
EN CAS DE NOTIFICATION DE SANCTIONS**

4.1 Cadre juridique des sanctions financières notifiées par le DGARS

Le fondement légal – Article L.162-22-18 du CSS¹

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par le directeur général de l'ARS, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'ARS ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle composée à parité de représentants de l'agence et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement. Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes an-

nuelles 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.

Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa. Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Les dispositions réglementaires

- Décret n°2006-307 du 16 mars 2006 ;
- Décret n°2006-1591 du 13 décembre 2006 ;
- Décret n°2008-710 du 16 juillet 2008 relatif aux sanctions financières liées au contrôle des établissements de santé ;
- Circulaire DGOS² du 31 juillet 2007.

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

2. Direction générale de l'organisation des soins (DGOS, ex DHOS)

4.2 Procédure d'application des sanctions financières notifiées par le DGARS

Articles R.162-42-8 à R.162-42-13 du CSS¹.

Procédure

Rapport de contrôle

Réalisation du contrôle sur site par les médecins conseils et inspecteurs, puis production du rapport de contrôle communiqué à l'établissement et produit en trois exemplaires (contrôleur, établissement, UCR²).

Observations de l'établissement

L'établissement dispose d'un délai de 15 jours pour faire connaître ses observations.

Transmission du rapport de contrôle

Transmission du rapport de contrôle accompagné de la réponse de l'établissement à l'UCR qui peut consulter tout expert qu'elle juge nécessaire.

La saisine d'un expert est aujourd'hui une faculté pour l'UCR mais laissée à son libre choix.

Calcul de leur créance par les caisses

Si le rapport fait apparaître des « manquements aux règles de facturation », les caisses qui ont supporté l'indu transmettent à l'UCR, sur sa demande et dans un délai d'un mois, un état des sommes payées et des sommes dues afin que puisse être effectué le calcul de la sanction.

Rapport de synthèse

Sur la base de ces éléments, l'UCR adresse un rapport de synthèse à la commission paritaire (anciennement COMEX³) de l'ARS incluant le rapport de contrôle, les observations de l'établissement, l'avis de l'expert ou des experts consultés et un avis sur le montant de la sanction. Pour chaque activité contrôlée, les données de facturation, l'état des sommes dues, le pourcentage de surfacturation et l'assiette de sanction possible (montant des recettes d'assurance maladie pour l'activité donnée) sont indiquées.

Notification de la sanction envisagée

La sanction envisagée est notifiée de manière motivée en LRAR⁴ à l'établissement.

Cette lettre comporte la date de la réunion de la commission mixte paritaire, le montant de la sanction, les motifs pour chaque sanction si des sanctions sont appliquées à plusieurs activités différentes, le délai dont dispose l'établissement pour présenter ses observations.

Observations de l'établissement

Le délai susvisé est d'un mois.

Avis de la commission paritaire

Si l'établissement a présenté des observations, celles-ci sont examinées par la commission paritaire, qui prend un avis remis au DGARS⁵.

Décision du DGARS

Le DGARS décide ou non de revenir sur la sanction.

La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement.

Notification de la sanction

La sanction est notifiée à l'établissement par LRAR en lui indiquant les modalités et le délai de paiement (un mois) ainsi que le délai (deux mois) et la voie de recours (TA⁶).

Les voies et moyens de recours font l'objet de la fiche technique n°3 du Chapitre IV du présent guide.

En l'absence de paiement

En cas d'absence de paiement dans le délai prévu par la notification de sanctions, une mise en demeure est adressée au directeur de l'établissement de santé dans un délai d'un mois.

Une mise en demeure ne saurait être utilement notifiée au-delà d'un délai de prescription de deux ans (Article L.162-1-14 du CSS).

La mise en demeure restée sans effet peut entraîner une majoration de retard et la délivrance d'une contrainte, qui à défaut d'opposition devant le TASS⁷ comportera les effets d'un jugement.

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

2. Unité de coordination régionale (UCR)

3. Commissions exécutives (COMEX)

4. Lettre recommandée avec accusé de réception (LRAR)

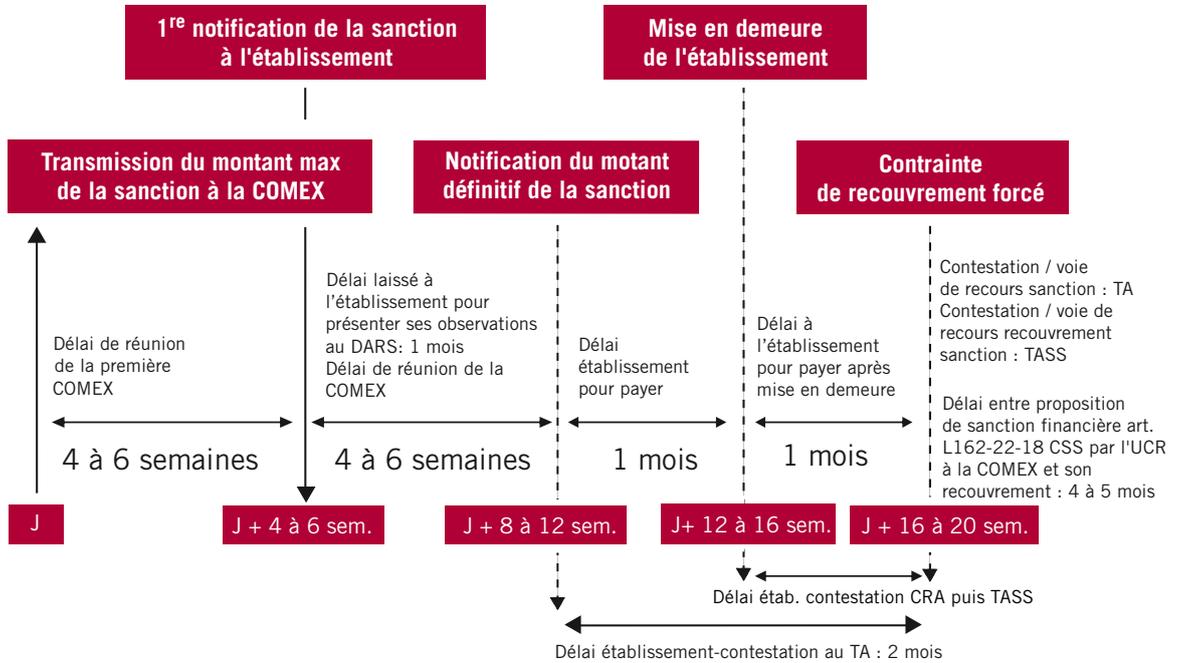
5. Directeur général de l'Agence régionale de santé (DGARS)

6. Tribunal administratif (TA)

7. Tribunal des affaires de sécurité sociale (TASS)

UN CAS EN PRATIQUE

Sanctions financières : de la proposition par l'UCR au recouvrement par la caisse



Sources : CNAMTS / DCCRF / Réunion FHP-MCO du 16 juin 2010

COMEX : Commissions exécutives
 UCR : Unité de coordination régionale
 CRA : Commission de recours amiable
 TASS : Tribunaux des affaires de sécurité sociale
 TA : Tribunal administratif

4.3 Voies et moyens de recours en cas de notification de sanctions

Si vous entendez déposer une requête devant le TA¹ pour contester une décision de sanctions financières, nous vous recommandons de vous faire conseiller par un avocat. Il convient par ailleurs de savoir que devant un tribunal administratif, le délai moyen qui sépare le dépôt d'une requête de son jugement est compris entre sept mois et deux ans et demi selon le tribunal.

Le signataire de la décision de sanction financière prise sur le fondement de l'article L.162-22-18 du CSS² est le directeur général de l'ARS.

La décision de sanction est donc une décision administrative.

Conformément au droit commun du contentieux administratif, elle est susceptible de recours dans un délai de deux mois à compter de la réception de la notification de la sanction, devant le TA.

On peut s'interroger sur le point de savoir s'il convient de payer cette sanction si l'on engage un recours devant les juridictions administratives. Il convient de noter que la contestation d'une décision administrative n'est pas suspensive de l'exécution.

Théoriquement, lorsque la sanction a été notifiée, vous êtes tenus de la payer, à défaut de quoi l'administration peut engager des procédures d'exécution forcée des décisions administratives qui sont immédiatement exécutoires à compter de leur notification.

Procédure devant le TA

Toute personne physique ou morale directement concernée par une décision administrative peut introduire une requête à condition de pouvoir agir en justice.

Le délai pour contester une décision de l'administration est en principe de deux mois à compter de la notification (la réception par voie postale ou la remise en main propre), s'il s'agit d'un acte individuel dont le requérant est le destinataire.

Une requête doit être arrivée au greffe du tribunal avant l'expiration du délai de deux mois. Il convient donc de la poster suffisamment tôt pour qu'elle parvienne à temps. Si le délai n'est pas respecté, la requête est irrecevable. Toutefois, si le requérant attaque une décision individuelle dont il est le destinataire, l'administration doit avoir indiqué le délai de recours dans la notification.

Le contenu de la requête est encadré par le code de justice administrative. Elle doit contenir tous les éléments nécessaires à la résolution du litige.

Procédures d'urgence

Les procédures de référé vous permettent de demander au juge des référés, qui est un magistrat statuant seul, d'ordonner des mesures provisoires tendant à préserver vos droits lorsque vous estimez qu'une décision de l'administration vous cause un préjudice grave et immédiat. Dans tous les cas il faut justifier de l'urgence.

Le référé-suspension (article L.521-1 du Code de justice administrative), demandé par certains établissements qui se sont vus notifier une sanction financière permet d'obtenir la suspension de l'application d'une décision administrative.

La mesure de suspension est provisoire, elle cesse de produire son effet dès que le tribunal s'est prononcé sur la demande d'annulation qui doit être déposée au préalable ou simultanément.

Le juge se prononce dans un délai variant de 48h à un mois ou plus en fonction de l'urgence.

Les conditions à remplir sont les suivantes :

- Avoir au préalable ou simultanément demandé au tribunal l'annulation de la décision ;
- Justifier de l'urgence ;
- Démontrer qu'il y a un doute sérieux sur la légalité de la décision ;
- La décision ne doit pas être entièrement exécutée.

Nous n'avons pas connaissance de Tribunaux administratifs ayant favorablement accueilli la demande des établissements concernés dans le cadre d'une procédure de référé suspension. Nous tenons à vous rappeler que la transmission des jugements et des décisions vous concernant permettent de partager les informations sur ce sujet avec l'ensemble des établissements de santé de notre secteur.

Appel d'un jugement rendu par le Tribunal administratif

Article L.321-1 du code de justice administrative

« Les cours administratives d'appel connaissent des jugements rendus en premier ressort par les tribunaux administratifs, sous réserve des compétences que l'intérêt d'une bonne administration de la justice conduit à attribuer au Conseil d'Etat et de celles définies aux articles L.552-1 et L. 552-2. »

1. Tribunal administratif (TA)

2. Code de la sécurité sociale (CSS)

CONTRÔLES T2A ET SANCTIONS FINANCIÈRES

CHAPITRE 5 PÉNALITÉS FINANCIÈRES

5.1 CADRE JURIDIQUE DES PÉNALITÉS
FINANCIÈRES NOTIFIÉES PAR LE DIRECTEUR
DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE

5.2 PROCÉDURE D'APPLICATION
DES PÉNALITÉS FINANCIÈRES NOTIFIÉES
PAR LE DIRECTEUR DE LA CAISSE D'ASSURANCE
MALADIE AUX ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

5.1 Cadre juridique des pénalités financières notifiées par le directeur de la caisse d'assurance maladie

« Les pénalités financières sont encourues par de nombreux acteurs, dont les professionnels et les établissements de santé. Sont visés les comportements tendant à empêcher la réalisation des activités de contrôle des agents des caisses, par refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse abusivement tardive, fautive ou incomplète, opposés à toute demande de pièces justificatives, d'information ou de convocation. S'agissant des professionnels de santé, les pénalités permettent notamment de sanctionner la facturation abusive, le détournement de l'utilisation des cartes vitales, le non-respect des conditions de prise en charge... Les établissements encourrent des sanctions en cas de fausse facturation de prestations et non-respect des conditions de prise en charge, ainsi qu'en cas d'obstruction à un contrôle de l'assurance maladie. »

Fondement juridique - Article L.162-1-14 du CSS¹

« I. - Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie :

1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L.861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L.863-1 ou de l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L.251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

2° Les employeurs ;

3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, à réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou à délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1°. »

Dispositions réglementaires

Articles R.147 et suivants du CSS tels qu'issus du Décret n°2005-1016 du 23 août 2005 modifiés par Décret n°2009-982 du 20 août 2009

Faits justifiant une pénalité prononcée à l'encontre d'un établissement de santé

Article R.174-9 du CSS

Peuvent faire l'objet d'une pénalité :

Les établissements de santé qui ont obtenu ou tenté d'obtenir pour eux-mêmes ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié en cas :

- De facturation d'actes ou de prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée, non réalisés ;
- De facturation d'un acte, produit ou prestation déjà pris en charge par l'une des dotations (dotation globale, dotation MIGAC² ou par le forfait annuel).

Les établissements de santé qui n'ont pas respecté les conditions de prise en charge des actes produits ou prestations soumis au remboursement en cas :

- De manquement aux règles de facturation et de cotation des actes et prestations de soins de suite ou de réadaptation, de psychiatrie ou de soins de longue durée ;

- D'inobservation des règles de prise en charge.

Les établissements de santé qui ont empêché ou tenté d'empêcher l'exercice des activités de contrôle d'un organisme d'assurance maladie par le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information, ou à une convocation, émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical, dès lors que cette demande est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable.

Les établissements de santé qui n'ont pas respecté, de manière répétée :

- Les formalités administratives de facturation relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnés la constatation de soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie ou ;

- L'obligation faite à tout établissement de santé délivrant des médicaments de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent (article L.321-1 du CSS) ;

- L'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident de travail les actes accomplis ;

- L'obligation d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances des médicaments relevant des listes I et II et des médicaments stupéfiants. (article R.5132-12 du CSP³).

Les établissements de santé pour lesquels l'organisme aura constaté un état de récidive.

3. Code de la santé publique (CSP)

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

2. Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Récidive, Article R.147-5 du CSS

« Si, après une nouvelle période de mise sous accord préalable suivant la pénalité prononcée au titre de l'alinéa précédent, il est constaté un niveau de prescription ou de réalisation du même acte, produit ou prestation ou groupe d'actes, produits ou prestations, à nouveau significativement supérieur à la moyenne régionale, les faits sont considérés réalisés en état de récidive. »

5.2 Procédure d'application des pénalités financières notifiées par le directeur de la caisse d'assurance maladie aux établissements de santé

La procédure

Peuvent notamment faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins.

Organisme compétent pour prononcer la pénalité

L'organisme local d'assurance maladie compétent pour prononcer la pénalité financière est celui qui a ou aurait supporté l'indu ou le préjudice résultant des abus, fautes ou fraudes en cause.

En l'absence d'indu ou de préjudice par dérogation à l'alinéa précédent, l'organisme compétent est celui dans lequel les contrôles, la procédure de mise sous accord préalable en application de l'article L.162-1-15 ou la bonne gestion des services ou du contrôle médical ont été affectés ou empêchés.

Notification

Lorsqu'il a connaissance de faits susceptibles de faire l'objet de la pénalité, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie adresse à l'établissement la notification par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

Contenu de la notification

Cette notification précise les faits reprochés et le montant de la pénalité encourue.

Elle indique à la personne en cause qu'elle dispose d'un délai d'un mois à compter de sa réception pour demander à être entendue, si elle le souhaite ou pour présenter ses observations écrites.

Les observations de l'établissement doivent être transmises dans un délai d'un mois.

Prérogatives du directeur de la caisse à l'issue du délai d'un mois : Article R.147-2 du CSS¹

A l'issue du délai d'un mois ou après audition de la personne en cause, si celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, le directeur peut :

- Décider d'abandonner la procédure, auquel cas il en informe l'établissement dans les meilleurs délais, ou ;
- Prononcer un avertissement dans un délai de 15 jours, qui précise les voies et délais de recours. Il en informe simultanément la commission de pénalités financières constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie (encadré), ou ;
- Saisir la commission dans un délai de 15 jours et lui communiquer les griefs et, s'ils existent, les observations écrites de la personne en cause ou le procès-verbal de l'audition. Il en informe simultanément cette personne et lui indique qu'elle aura la possibilité, si elle le souhaite, d'être entendue par la commission.

Avis de la commission

Après que le directeur ou son représentant, accompagné le cas échéant par un représentant du service du contrôle

Pénalité - L.162-1-14 du CSS.

La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

La commission mentionnée au premier alinéa du présent V apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

médical, a présenté ses observations et après avoir entendu, le cas échéant la personne en cause, la commission rend un avis motivé, portant notamment sur :

- La matérialité et la gravité des faits reprochés ;
- La responsabilité de la personne ;
- Le montant de la pénalité ou de chacune des pénalités susceptible d'être appliquée.

Notification de l'avis de la commission

La commission adresse son avis au directeur et à l'établissement en cause, dans un délai maximum de 2 mois à compter de sa saisine. L'avis de la commission est réputé rendu si la commission ne s'est pas prononcée dans le délai qui lui est imparti. Lors des auditions, la personne peut se faire assister ou se faire représenter par la personne de son choix.

Décision du directeur après avis de la commission - Article R.147-2 du CSS

A compter de la réception de l'avis de la commission ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, le directeur peut :

- Soit décider d'abandonner la procédure ;
- Soit décider de poursuivre la procédure, auquel cas il dispose d'un délai d'un mois pour notifier la pénalité à la personne en cause, par une décision motivée et par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception.

Il en adresse une copie à la commission à titre d'information.

A défaut de notification dans le délai d'un mois, la procédure est réputée abandonnée.

1. Code de la sécurité sociale (CSS)

Contenu de la notification de payer

Cette notification de payer précise la cause, la nature, le montant des sommes réclamées au titre de la pénalité ou de chacune des pénalités prononcées et mentionne l'existence d'un délai d'un mois à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées, ainsi que les voies et délais de recours.

Conséquence de l'absence de paiement : mise en demeure de payer

A défaut de paiement dans ce délai, la mise en demeure de payer est adressée, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception.

Contenu de la mise en demeure :

- Les précisions relatives aux sommes réclamées ;
- Les voies et délais de recours ;
- L'existence d'un nouveau délai d'un mois, à partir de sa réception, imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ;
- L'existence et le montant de la majoration de 10% appliquée en l'absence de paiement dans ce délai.

L'envoi de la mise en demeure doit intervenir dans un délai de 2 ans à compter de la notification de la pénalité.

Montant de la pénalité¹

Le montant de la pénalité financière est fixé par le directeur de la caisse locale d'assurance maladie ayant versé les prestations en fonction de la gravité des faits reprochés. Ces montants sont majorés en cas de fraude manifeste (fal-

sification de documents, utilisation de faux documents...). Par ailleurs, les pénalités financières se cumulent entre elles. Néanmoins, lorsqu'un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs des cas mentionnés, seule la pénalité la plus élevée est encourue.

Les sommes prises en compte pour le calcul des pénalités sont les sommes indûment présentées au remboursement ou indûment prises en charge par un organisme d'assurance maladie.

Les taux plafonds et montants maximaux de pénalités sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par un directeur d'organisme local d'assurance maladie quel qu'il soit, au cours des trois dernières années précédant la date de la notification des faits reprochés.

Voies de recours

Les décisions du directeur de la caisse locale d'assurance maladie peuvent être contestées devant le juge administratif dans le délai de droit commun de deux mois.

1. Article R.147-9-1, R.174-8-1 CSS



FHP-MCO
81, RUE DE MONCEAU – 75008 PARIS
TEL : 01 53 83 56 87 – FAX : 01 53 83 56 69
fhp-mco@fhp.fr

fhpmco.fr
agirpourlasante.fr
leblogdupresident.fhpmco.fr
youtube.com/fhpmco