

Contrôle T2A MCO

Guide du
contrôle externe

2018

La nouvelle édition 2018 est une mise à jour du guide contrôle externe T2A MCO publié en septembre 2012. Au-delà des actualisations réglementaires, ce guide rappelle les principes fondamentaux du contrôle externe. Il reprend et précise beaucoup de points déjà actés du précédent guide.

Les questions/réponses et les fiches méthodologiques de la version de 2012 ont été rassemblées afin de faciliter la lecture du document.

La section « Présentation du contrôle T2A » précise les missions des principaux acteurs nationaux et régionaux, et présente les outils logiciels du contrôle.

La section sur le Contrôle externe reprend chronologiquement les différentes étapes du contrôle T2A MCO, depuis la présentation des priorités nationales jusqu'aux éventuelles suites contentieuses.

Ce guide intègre et détaille de nouvelles modalités de contrôle sur site qui seront proposées par les services médicaux de l'Assurance Maladie aux établissements pour les prochaines campagnes T2A MCO. Cette nouvelle procédure est basée sur le volontariat de la Direction de l'établissement.

Ces modalités prennent en compte les remarques apportées par les acteurs hospitaliers ayant participé aux différentes vagues d'expérimentation sur les campagnes 2014 à 2016.

Dans les établissements volontaires et selon le témoignage des acteurs, les délais concertés, la phase de dialogue préalable au contrôle entre praticien-conseil en et médecin DIM, l'échange des informations en toute transparence ont facilité les débats et la concertation.

Enfin, depuis le 25 mai 2016, l'engagement de conformité CNIL du traitement « transmission du rapport de contrôle T2A » permet d'envoyer à chaque établissement le rapport de contrôle sous format dématérialisé via le portail WEB sécurisé PETRA.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

PREAMBULE	5
1 POURQUOI UN CONTROLE EXTERNE T2A MCO	5
2 POURQUOI PROPOSER DE NOUVELLES MODALITES DE CONTROLE SUR SITE	6
3 POURQUOI UN GUIDE DU CONTROLE EXTERNE	6
PRESENTATION DU CONTROLE EXTERNE DE LA T2A	7
4 LE NIVEAU NATIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE	7
4.1 LE GROUPE DE SUIVI NATIONAL DES CONTROLES EXTERNES	7
4.2 L'OBSERVATOIRE ECONOMIQUE DE L'HOSPITALISATION PUBLIQUE ET PRIVEE	8
4.3 L'AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION (ATIH)	8
5 LE NIVEAU REGIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE	9
5.1 LE DIRECTEUR GENERAL DE L'AGENCE REGIONALE DE SANTE	9
5.2 LA COMMISSION DE CONTROLE	9
5.3 L'UNITE DE COORDINATION REGIONALE (UCR)	9
5.4 LES ÉTABLISSEMENTS	10
5.5 L'ÉQUIPE DE CONTROLE SUR SITE	11
5.6 LES CAISSES.....	11
5.7 L'ATIH	12
5.8 LES TRIBUNAUX	12
6 LES OUTILS LOGICIELS DU CONTROLE	12
6.1 OVALIDE - OUTIL DE VALIDATION DES DONNEES DES ETABLISSEMENTS DE SANTE.....	12
6.2 OSCT - OUTIL DE SELECTION DES CONTROLE T2A	13
6.3 LEDDA - LOGICIEL D'EXTRACTION DE DONNEES DATIM	13
6.4 OGC - OUTIL DE GESTION DES CONTROLES	14
6.5 LAMDA - LOGICIEL D'AIDE A LA MISE A JOUR DES DONNEES D'ACTIVITES.	16
6.6 VALCO - OUTIL DE VALORISATION DES CONTROLES	16
6.7 SUSANA - SUIVI DES SANCTIONS T2A NOTIFIEES PAR LES ARS	16
LE CONTROLE EXTERNE	17
7 LE CIBLAGE	17
7.1 MODALITES DE CIBLAGE.....	17
7.2 LES OUTILS DU CIBLAGE.....	17
7.3 LES CHAMPS SOUMIS A SANCTIONS FINANCIERES.....	19
7.3.1 L'effectif du champ de contrôle.....	19
7.3.2 Le calcul des recettes Assurance Maladie.....	19
7.3.3 Les contraintes procédurales.....	19
8 PREPARATION ET REDACTION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE	20
8.1 PRESENTATION GENERALE DU CONTROLE.....	20
8.2 FICHE RECAPITULATIVE RELATIVE A L'ETABLISSEMENT	20
8.3 FICHE PAR CHAMP DE CONTROLE	20
9 ECHANGES AVEC L'ETABLISSEMENT	21
9.1 COURRIER DU DGARS INFORMANT L'ETABLISSEMENT DU CONTROLE.....	21
9.2 ECHANGES ENTRE LE MEDECIN RESPONSABLE DU CONTROLE ET L'ETABLISSEMENT.....	21
9.3 COURRIER AM CONFIRMANT LES MODALITES DE CONTROLE A L'ETABLISSEMENT	23
9.4 PROCEDURE D'ECHANGES DES FICHIERS INFORMATIQUES.....	24
10 PREPARATION DE L'EQUIPE DE CONTROLE	24
10.1 PROGRAMMATION REGIONALE DES CONTROLES.....	24
10.2 CONSTITUTION DES EQUIPES	25
10.3 PREPARATION DU CONTROLE SUR SITE PAR LE MEDECIN RESPONSABLE DU CONTROLE	25

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

11	CONTROLE SUR SITE	26
11.1	LE PREMIER JOUR SUR SITE	26
11.2	LES INFORMATIONS SOUMISES AU CONTROLE	26
11.3	LES PHASES D'ANALYSE DES SEJOURS	27
12	CONCERTATION	28
12.1	L'ARTICULATION DES PHASES D'ANALYSE ET DE CONCERTATION	29
12.2	LES DOCUMENTS TRANSMIS AU MEDECIN DIM AVANT CONCERTATION	29
12.3	LES ACTEURS DE LA CONCERTATION	30
12.4	LE DEROULE DE LA CONCERTATION ET LES FICHES ARGUMENTAIRES	30
12.4.1	La partie médicale de la fiche argumentaire contradictoire	30
12.4.2	La partie administrative de la fiche argumentaire contradictoire	31
12.4.3	Cas particulier des séjours en iso-facturation sans désaccord du médecin DIM	31
12.4.4	Les pièces conservées après concertation	31
13	LE RAPPORT DE CONTROLE	32
13.1	LA STRUCTURE DU RAPPORT DE CONTROLE	32
13.2	LE CIRCUIT DU RAPPORT DE CONTROLE	33
13.2.1	Transmission à l'établissement	33
13.2.2	Transmission à l'UCR	33
13.3	TRAITEMENT DU RAPPORT PAR L'UCR	33
14	SAISINE DE L'ATIH	34
14.1	LES DOMAINES D'EXPERTISE DE L'ATIH	35
14.2	LA PROCEDURE DE SAISINE ATIH	35
14.3	SUITES DONNEES A LA SAISINE DE L'ATIH	36
15	L'OBSTACLE A CONTROLE	36
15.1	SITUATIONS D'OBSTACLE A CONTROLE	36
15.1.1	Modification des fichiers transmis	36
15.1.2	Obstacles à la préparation du contrôle	36
15.1.3	Obstacles à la réalisation du contrôle	37
15.2	DEMARCHES A SUIVRE EN SITUATION D'OBSTACLE AU CONTROLE	37
16	LA PROCEDURE D'INDUS	38
16.1	LA NOTIFICATION DES INDUS	38
16.1.1	Le courrier de notification d'indu	38
16.1.2	Les pièces jointes	38
16.1.3	Le principe de compensation	38
16.1.4	Les voies de recours ouvertes à l'établissement pour contester la notification	39
16.2	LE RECOUVREMENT DES INDUS	39
16.2.1	La notification d'une mise en demeure	39
16.2.2	Les voies de recours ouvertes à l'établissement pour contester la mise en demeure	40
17	LA PROCEDURE DE SANCTION	40
17.1	CONFIRMATION DU CARACTERE SANCTIONNABLE DU CHAMP CONTROLE	40
17.2	LE CALCUL DU MONTANT MAXIMAL DE LA SANCTION	40
17.3	LA SYNTHESE DE L'UCR TRANSMISE A LA COMMISSION DE CONTROLE ET AU DGARS	41
17.4	LES MODALITES DE MODULATION DE LA SANCTION	42
17.5	LA PROCEDURE DE NOTIFICATION DE LA SANCTION	43
17.5.1	La notification de la sanction envisagée	43
17.5.2	La notification de la sanction prononcée	43
17.6	LES VOIES DE RECOURS DE L'ETABLISSEMENT	43
ANNEXES		45
18	REFERENTIELS REGLEMENTAIRES	45
18.1	CODE DE LA SECURITE SOCIALE	45
18.2	CODE DE LA SANTE PUBLIQUE	49
18.3	DECRETS ET CIRCULAIRES	51

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

19	CHARTRE DU CONTROLE EXTERNE SIGNEE EN 2008.....	52
20	FICHES ASSURANCE MALADIE	54
20.1	FICHE DE LIAISON.....	54
20.2	EXEMPLE DE FICHE MEDICALE DE RECUEIL NOUVELLES MODALITES	55
20.3	EXEMPLE DE FICHE MEDICALE DE CONCERTATION	56
20.4	EXEMPLE DE FICHE ADMINISTRATIVE DE CONCERTATION	57
20.5	EXEMPLE DE FICHE DE CONCERTATION UNIQUE DES SEJOURS EN ISO FACTURATIONS	59
21	MODELE DE RAPPORT DE CONTROLE	60
21.1	ONGLET « 1 »	60
21.2	ONGLET « 5 »	61
21.3	ONGLET « A N-2 »	62
21.4	ONGLET « A N-3 »	62
21.5	ONGLET « A N-4 »	64
21.6	ONGLET « A N-5 »	64
22	SAISINE ATIH	65
22.1	FICHE DE SAISINE ATIH.....	65
22.2	PROCEDURE DE SAISINE ATIH	66

Préambule

Les indices renvoient à la réglementation en vigueur à la parution du guide, par type de référentiel, en annexe §18

1 POURQUOI UN CONTROLE EXTERNE T2A MCO

Depuis la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, les établissements de santé publics et privés doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale¹ et transmettre aux services de l'État et à l'Assurance maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité »². À cette fin, ils doivent « mettre en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge ».

Les informations ainsi produites sont utilisées principalement à deux fins :

- pour le financement des établissements de santé ou tarification à l'activité
- pour l'organisation de l'offre de soins par l'ARS

La tarification à l'activité (T2A), introduite dans les établissements MCO publics en 2004 et privés en 2005, avec un objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé, repose donc sur un **système déclaratif** et implique, en contrepartie, un **contrôle du respect des règles de codage et des règles de législation** de Sécurité Sociale, impactant cette facturation.

Les organismes de Sécurité Sociale contrôlent la bonne application des règles de facturation et de codage fixées par les dispositions de l'article L. 162-22-6³ et L. 162-23-1⁴ du code de Sécurité Sociale (CSS).

Le contrôle de la T2A, au titre de l'article L. 162-23-13⁵ du CSS, est par conséquent un **contrôle de régularité et de sincérité de la facturation**.

Le contrôle T2A n'est **ni un audit de la qualité de codage, ni un contrôle de la pertinence des soins**.

Le contrôle T2A poursuit plusieurs objectifs :

- cibler les activités et les prestations dont les atypies de codage sont susceptibles de relever de déviance ou manquements
- dissuader les pratiques opportunistes ou négligentes
- inciter les établissements à une amélioration continue de la facturation
- graduer les effets répressifs
- recouvrer a minima le préjudice Assurance Maladie en notifiant une sanction adaptée aux manquements
- garantir une égalité de traitement dans le financement des établissements de santé

Les établissements contrôlés sont **ciblés sur des atypies statistiques pouvant être le reflet d'irrégularités de codage ou de facturation à l'origine d'un préjudice pour l'Assurance Maladie**.

Le contrôle externe d'un établissement sera mis en œuvre si un préjudice est suspecté.

Depuis la parution du décret 2011-1209 du 29 septembre 2011⁶, les **sous-facturations** sont prises en compte lors de la procédure d'indu et du calcul de la sanction.

¹ Article L. 6113-7 CSP

² Article L. 6113-8 CSP

³ Article L. 162-22-6 CSS

⁴ Article L. 162-23-1 CSS

⁵ Article L. 162-23-13 CSS

⁶ Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

2 POURQUOI PROPOSER DE NOUVELLES MODALITES DE CONTROLE SUR SITE

La rénovation du contrôle T2A s'inscrit dans une démarche qualité afin **de simplifier et de fluidifier** les rapports entre les établissements et l'Assurance Maladie, en proposant une **nouvelle organisation** des contrôles sur site.

Trois vagues d'expérimentation, campagnes T2A 2014, 2015 et 2016, ont permis de tester de nouvelles modalités de contrôle sur site afin d'écourter la phase de contrôle sur site, de renforcer la phase contradictoire et de prévenir les contentieux.

Enrichies ou amendées des remarques apportées par l'ensemble des acteurs, médecins DIM et praticiens-conseils ayant participé aux expérimentations, les nouvelles modalités de contrôle sur site qui seront proposées aux établissements, sont les suivantes :

- un **temps de préparation plus long avant le contrôle sur site**, en fonction du nombre de séjours à contrôler et en accord avec l'établissement, **pour permettre au DIM de préparer et identifier les éléments** du dossier patient expliquant la facturation,
- un contrôle des dossiers, champ par champ, centré sur les **seuls éléments du dossier patient impactant le financement**,
- une **symétrie d'information** avec la **transmission** des fiches de **recueil médical** (recodage praticien-conseil) et de **concertation médicale** (synthèse de la réflexion) des praticiens conseils au médecin DIM **en amont de la concertation**,
- une **alternance phase d'analyse de dossier / phase de concertation**, laissant un **décalage suffisant** au médecin DIM **pour préparer la concertation** d'un champ, avec les fiches de recodage et de recueil du champ de contrôle concerné.

Cependant, **en cas de refus formalisé** de ces nouvelles modalités par **la Direction de l'établissement, l'Assurance Maladie appliquera les modalités antérieures de contrôles sur site**, conformément au guide de septembre 2012.

3 POURQUOI UN GUIDE DU CONTROLE EXTERNE

Cette nouvelle édition est le fruit d'une concertation entre l'Etat et l'Assurance Maladie d'une part et entre l'Etat, l'Assurance Maladie et les Fédérations Hospitalières d'autre part.

Au-delà des actualisations réglementaires, le guide doit constituer un **outil de communication** entre les établissements de santé, l'Agence Régionale de Santé et les équipes de contrôle de l'Assurance Maladie.

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

Il rappelle que les contrôles externes sont une mission conjointe de l'Etat et de l'Assurance Maladie.

Ce guide a été conçu comme un outil au service tant des établissements de santé que de l'Etat et de l'Assurance Maladie. Il a pour ambition d'apporter aux équipes de contrôle, aux Agences Régionales de Santé le soutien nécessaire dans leur démarche de contrôle externe, d'éviter des contentieux inutiles et de permettre, conformément au principe de transparence, à tout établissement de santé qui le souhaite, d'accéder aux principes et méthodes qui orientent l'Etat et l'Assurance Maladie dans leur décision de notification de sommes indûment payées ou de sanctions financières.

Conformément aux principes qui figurent dans la Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements, pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé ce guide se propose d'apporter une plus grande équité de traitement, une plus grande sécurité juridique aux établissements de santé et aux équipes de contrôle tout en concourant à harmoniser les pratiques de ces dernières.

Présentation du contrôle externe de la T2A

Le contrôle T2A est un **contrôle externe sur site mixte, Etat / Assurance Maladie**⁷.

Il est structuré à partir de **priorités nationales** de contrôle puis formalisé en région dans un **programme annuel régional de contrôle arrêté par le DGARS**⁸.

La finalité de ce programme de contrôle est d'obtenir le **respect des règles de facturation** des prestations et des soins réalisés par les établissements MCO afin de financer de façon **juste et équitable** les moyens de soins mobilisés.

A priori, **tout établissement de santé**, ex-DG de statut public ou privé, ou ex-OQN, dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité et ayant une autorisation dans les activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, **peut être contrôlé**.

Pour rappel, les établissements ayant une autorisation d'hospitalisation à domicile sous tarification à l'activité sont également soumis à contrôle T2A.

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

Les **activités de soins externes** ne sont pas concernées par le contrôle externe de la T2A, à l'exception de celles visées par l'arrêté du 19 février 2015 modifié⁹ dont le forfait « prestation intermédiaire » (FPI).

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

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

Une campagne de contrôle se déroule sur environ 18 mois.

La campagne T2A de l'**année N**, portant sur les prestations des établissements réalisées et clôturées **année N-1**, débute **en janvier N** par l'élaboration des priorités nationales de contrôle pour se terminer **en année N+1** pour les derniers contrôles sur site.

Les contrôles T2A doivent être réalisés non seulement dans le **respect des textes réglementaires**, mais également dans le **respect des principes de la Charte** des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles de la tarification à l'activité des établissements de santé.

4 LE NIVEAU NATIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE

4.1 Le groupe de suivi national des contrôles externes

L'Etat et l'Assurance Maladie pilotent le dispositif du contrôle externe de la tarification.

A cette fin, un **groupe technique** a été mis en place pour assurer le **suivi des contrôles externes** de la tarification à l'activité.

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

⁷ Article L. 162-23-12 CSS

⁸ Article R. 162-35-1 CSS

⁹ Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Il élabore chaque année les **priorités nationales de contrôle** (PN). Celles-ci sont définies en tenant compte notamment des évolutions de l'activité des établissements de santé, de l'évolution de la réglementation ainsi que des résultats des contrôles antérieurs.

Les priorités nationales sont habituellement publiées par instruction du Ministère des Solidarités et de la Santé à l'attention des DGARS. La publication de cette instruction **n'est pas une condition nécessaire** à la mise en œuvre du contrôle T2A.

4.2 L'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

La circulaire DSS/DGOS/MCGR n°2011-395 du 20 octobre 2011¹⁰ relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé a modifié la gouvernance des contrôles T2A en clarifiant les missions des différents acteurs.

Le suivi des contrôles T2A a été intégré dans les missions de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée prévu à l'article L. 162-21-3¹¹ du CSS.

Chaque année, avant la **fin du mois d'avril**, une réunion avec l'ensemble des Fédérations et des acteurs responsables de l'organisation des contrôles, ATIH, DSS, DGOS et UNCAM, est organisée.

A cours de cette réunion sont présentés, explicités et partagés :

- par la **DGOS**, les **priorités nationales de contrôle**, définitions et bases réglementaires, ainsi que les textes législatifs, réglementaires, circulaires et instructions propres à la tarification à l'activité et les éléments indispensables du dossier qui permettront aux contrôleurs de juger de la justesse de la facturation,
- par la **CNAM**, le **bilan annuel** des résultats des campagnes de contrôle T2A, ainsi que les sanctions appliquées lors des campagnes précédentes.

L'Observatoire est un **lieu d'échanges sur la procédure de contrôle** où les Fédérations, membres de droit, ont la possibilité de proposer toute mesure visant à améliorer la mise en œuvre des contrôles.

Si l'Observatoire peut être saisi directement par les Fédérations Hospitalières, notamment pour signaler des difficultés dans l'application de la procédure des contrôles, il n'a néanmoins **pas vocation à revêtir le rôle d'expert contentieux**.

4.3 L'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH)

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), pôle d'expertise fondée en 2000, est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle du Ministère des solidarités et de la santé dont les principales missions sont :

- la collecte, l'hébergement et l'analyse des données des établissements de santé,
- la gestion technique des dispositifs de financement des établissements,
- la réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médico-sociaux dont la publication annuelle des coûts hospitaliers,
- l'élaboration et la maintenance des nomenclatures de santé.

Pour chaque arrêté tarifaire l'ATIH publie un **guide méthodologique de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation en MCO-O**, annexe réglementaire de l'arrêté dit « PMSI MCO »¹².

Ce guide précise les conditions du recueil des informations du RSS et des informations relatives à la facturation de l'activité. Il décrit également la hiérarchisation et le codage des informations médicales du résumé d'unité médicale et présente un guide de situations cliniques.

¹⁰ Circulaire DSS/DGOS/MCGR no 2011-395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé

¹¹ Article L. 162-21-3 CSS

¹² Annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Dans le cadre des contrôles T2A, outre sa participation à la définition des priorités nationales, l'ATIH met à disposition des outils **d'alerte, de ciblage** des activités et des séjours à contrôler ainsi que des outils de **calcul des sanctions maximales** et de **suivi des sanctions notifiées** par les ARS.

Après contrôle sur site, l'avis de l'agence peut être sollicité en cas d'interprétation divergente concernant **l'application des règles de codage de l'information médicalisée** entre l'équipe de contrôle et l'établissement.

Cette saisine est à l'initiative de l'UCR ou de l'établissement par l'intermédiaire du DGARS.

L'ATIH publie sur son site un **rapport des saisines** dans une démarche d'amélioration continue de la qualité de l'information médicale produite.

5 LE NIVEAU REGIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE

5.1 Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

Les missions du **Directeur général de l'Agence régionale de Santé (DGARS)** en matière de contrôle T2A sont définies aux articles R. 162-35¹³, R. 162-35-1 à 2¹⁴ et R. 162-35-4 à 6¹⁵ CSS

Le DGARS est le décideur à toutes les étapes du contrôle T2A.

Les représentants ARS à la Commission de contrôle sont **désignés par le DGARS**.

Après avis consultatif de la Commission de contrôle, le DGARS **valide et arrête** le programme régional de contrôle de la campagne T2A.

Le DGARS **informe les établissements** concernés par le contrôle.

C'est lui qui décide de **l'opportunité de sanctionner ou non** un établissement et dans un deuxième temps du **montant financier** des sanctions après avis de la Commission de contrôle.

Dans la procédure d'obstacle à contrôle c'est également le DGARS qui **adresse** à l'établissement la **mise en demeure** de mettre fin à cet obstacle.

Indépendamment de ses missions réglementaires, dans un souci de communication, le DGARS peut décider de présenter aux représentants des Fédérations Hospitalières de sa région les priorités régionales qu'il a définies ainsi que les priorités nationales.

5.2 La Commission de contrôle

La Commission de contrôle est une **instance mixte** composée à **parité** de 5 représentants de **l'ARS** et de 5 représentants des **organismes d'Assurance Maladie** et du **contrôle médical**, dont la composition et les missions sont définies aux articles R. 162-35, R. 162-35-1 et R. 162-35-4 à 5 CSS.

La Commission **se prononce sur le programme régional de contrôle** établi par l'UCR avant transmission au DGARS.

A la demande du DGARS, la Commission donne un **avis sur les sanctions financières** proposées par l'UCR.

Le président de la Commission **désigné par le DGARS** parmi les représentants de l'ARS, a une **voix prépondérante** en cas de partage égal des voix.

5.3 L'Unité de coordination Régionale (UCR)

L'unité de coordination régionale (UCR) est une **instance technique mixte, Etat et Assurance Maladie**, dont la composition et les missions sont définies aux articles R. 162-35-1 à 3 et R. 162-35-6 du CSS.

¹³ Article R. 162-35 CSS

¹⁴ Article R. 162-35-1 et 2 CSS

¹⁵ Article R. 162-35-4 à 6 CSS

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

L'UCR est composée de 2/3 de personnels de l'Assurance Maladie, et 1/3 de personnels de l'ARS. Les directeurs régionaux des trois grands régimes d'Assurance Maladie, RG, RSI et MSA, ou leurs représentants, sont membres de droit de l'UCR. Les membres et le responsable de l'UCR, majoritairement des médecins, sont désignés par la Commission de contrôle.

Au vu des **résultats du ciblage**, l'UCR rédige le **projet de programme régional de contrôle** qui est soumis à l'avis de la Commission de contrôle de l'ARS. Elle procède à une sélection des établissements et des champs à contrôler, et prévoit le caractère sanctionnable ou non des champs.

En lien avec les médecins responsables de contrôle, l'UCR **coordonne la réalisation des contrôles sur site**.

Après contrôle sur site, l'UCR étudie **tous les séjours dont la fiche de concertation signée montre un désaccord** et analyse les **éventuelles observations de l'établissement**. L'UCR peut solliciter l'**avis de l'ATIH** exclusivement pour les **désaccords de codage**.

L'UCR informe les établissements et les équipes de contrôle des **décisions finales** et adresse aux caisses gestionnaires l'ensemble des éléments nécessaires au calcul du montant de la facture contrôlée, sur et sous-facturations.

En cas de champ sanctionnable, l'UCR transmet à la Commission de contrôle et au DGARS les éléments définis dans l'article R. 162-35-3 CSS.

Au titre de l'article R. 162-35-1 CSS, l'UCR rédige le **bilan annuel d'exécution des contrôles T2A** de la région.

5.4 Les Établissements

Le **Directeur** est **juridiquement responsable** des informations médico-administratives transmises à l'extérieur de son établissement.

Le **médecin DIM** est responsable de la **constitution** des fichiers de RSS, du **groupage** des séjours, de la **mise à disposition** des informations, fichiers de RSS et éléments des dossiers médicaux. C'est lui qui assure la **sécurité**, la **conservation** et la **confidentialité** de l'information médicale. Il est **l'interlocuteur médical de l'établissement** pour les contrôles externes T2A.

Les **articles L. 1110-4¹⁶, L. 6113-7, R. 6113-5¹⁷** du **code de la Santé Publique (CSP)** définissent l'accès aux données du dossier du patient. La **décision n°2013-037 du 25 septembre 2013 de la CNIL** a relevé que le simple fait que ces données soient rendues accessibles à des tiers non autorisés, c'est-à-dire à des *« prestataires externes à l'établissement, qui ne sont pas placés sous l'autorité du médecin DIM de l'établissement et qui ne participent pas à la prise en charge des malades »* constituait une méconnaissance des dispositions de l'article R. 6113-5 du CSP.

Selon les organisations, un médecin DIM régional ou national, salarié d'un groupe, ou un médecin DIM de territoire, seul ou en collaboration avec le médecin DIM de l'établissement, **participe** de façon, continue ou discontinue, **au codage et/ou à la production des informations PMSI de l'établissement**.

Si la preuve de l'implication dans le codage et/ou la production des informations PMSI d'un médecin DIM **est formalisée** par l'établissement **avant le début du contrôle** (accord de la CME, désignation par le Directeur), celui-ci est **légitime à participer** à l'ensemble du contrôle sur site.

A contrario, la présence d'un médecin DIM n'intervenant pas dans la production d'informations en lien avec le PMSI ne peut être acceptée.

Le **médecin clinicien** est responsable des **informations tracées au dossier du patient** à l'origine du codage et de la facturation du séjour.

¹⁶ Article L. 1110-4 CSP

¹⁷ Article R. 6113-5 CSP

5.5 L'Équipe de contrôle sur site

L'équipe de contrôle est constituée de personnels médicaux, de paramédicaux et de personnels administratifs. Sont habilités à faire du contrôle T2A, les **praticiens-conseils** (médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien) des régimes d'Assurance Maladie, les **médecins de l'ARS** et les **médecins inspecteurs de santé publique**. Le praticien responsable du contrôle est **un médecin-conseil**. L'établissement doit être averti de la qualité des praticiens-conseils avant le contrôle.

Le personnel administratif assurant la **logistique** du contrôle T2A est composé de **techniciens administratifs** de la Direction régionale du Service Médical de l'Assurance Maladie (DRSM).

Selon l'organisation des DRSM, des **infirmiers** du service médical et des **techniciens de l'information médicale** peuvent participer au contrôle T2A.

L'article 2 de la loi du 11 octobre 2013 relative à la transparence de la vie publique définit **la notion de conflit d'intérêts** comme « *toute situation d'interférence entre un intérêt public et des intérêts publics ou privés qui est de nature à influencer ou paraître influencer l'exercice indépendant, impartial et objectif d'une fonction* ».

C'est pourquoi **tout personnel médical ou administratif** de la DRSM **ayant exercé des fonctions dans un établissement de santé dans les 5 ans précédant le contrôle T2A** de ce même établissement **ne pourra pas faire partie de l'équipe de contrôle** pour cet établissement.

5.6 Les Caisses

Au titre de de l'article R. 162-35-3, les caisses ayant subi l'indu, à savoir **les caisses gestionnaires des patients**, procèdent au calcul de la refacturation du séjour en cas de **modification de sa valorisation initiale**. Chaque caisse gestionnaire a deux mois pour envoyer à l'UCR, à date de réception de la demande, par patient et par séjour, les éléments de recalcul des sur et sous-facturations.

En parallèle et toujours dans un délai de 2 mois à date de réception de la demande, **la caisse pivot ou centralisatrice des paiements de l'établissement** fait connaître à l'UCR la **recette annuelle Assurance Maladie (RAM)** totale de l'établissement et celle de chaque champ de contrôle, pour l'année civile antérieure au contrôle. Ces éléments participent au calcul de la sanction maximale.

Par délégation des caisses gestionnaires c'est **la caisse pivot ou centralisatrice des paiements** qui **notifie l'indu** auprès de l'établissement selon les dispositions de l'article R. 133-9-1¹⁸ du CSS, et **gère les procédures contentieuses** après la Commission de recours amiable (CRA).

L'établissement doit **saisir la CRA de la caisse gestionnaire par patient et par séjour**.

Dans certaines régions, l'Assurance Maladie a mis en place des instances internes pour faciliter les relations et le travail des caisses et de l'UCR :

- une cellule régionale de calcul, composée de représentants des Caisses, qui calcule le montant des indus et les bornes des sanctions le cas échéant.
- une cellule régionale du contentieux, composée de représentants des Caisses et de juristes, qui veille au respect des procédures de notification des indus et à l'homogénéité des argumentaires devant les juridictions en cas de contentieux.

¹⁸ Article R. 133-9-1 CSS

5.7 L'ATIH

Dans le cadre de la procédure de contrôle T2A, l'ATIH peut être sollicitée par l'UCR ou par un établissement, par l'intermédiaire du DGARS, pour apporter une expertise technique, exclusivement sur des divergences concernant l'application **des règles de codage**.

5.8 Les Tribunaux

Le **tribunal des Affaires de Sécurité Sociale** (TASS) relevant de l'Ordre Judiciaire est compétent pour les litiges portant sur l'action en répétition des indus de la part de l'Assurance Maladie sur le fondement de l'article **L. 133-4 du CSS**¹⁹.

La contestation de l'indu **suspend son recouvrement**.

Le **tribunal administratif** (TA) relevant de l'Ordre Administratif est compétent pour les litiges portant sur les **sanctions** notifiées par le Directeur Général de l'ARS

Sur le fondement de l'article **L. 162-23-13 du CSS**, les contentieux sanctions sont du ressort de **l'Etat**.

Le recours exercé contre la sanction n'est **pas suspensif** de son exécution, sauf obtention auprès du juge des référés du Tribunal Administratif d'une suspension de l'exécution de la décision administrative (article L. 521 du code de justice administrative).

A défaut, l'établissement devra payer le montant de la sanction, même s'il conteste celle-ci devant le TA (article L. 4 du code de justice administrative).

Les deux procédures contentieuses sont **indépendantes** l'une de l'autre, mais toute modification du montant de l'indu induit un **recalcul du montant** de la sanction.

6 LES OUTILS LOGICIELS DU CONTROLE

6.1 OVALIDE - Outil de VALidation des Données des Etablissements de santé

Jusqu'en 2012, l'ATIH mettait à disposition de l'ensemble des acteurs deux outils :

- **MAT2A**, constitué d'un ensemble de tableaux décrivant l'activité et les éléments de valorisation de chaque établissement de santé.
- **DATIM**, constitué d'un ensemble de tests destinés à identifier des atypies portant sur les données de l'information médicale
 - défaut de qualité du codage lié au non-respect de certaines règles de codage sans nécessaire conséquence sur la valorisation, susceptible d'être corrigé par l'établissement
 - résumés atypiques pouvant amener à une survalorisation et donc susceptibles d'être contrôlés.

A compter de **Mars 2013**, toutes les informations ont été réorganisées pour être toutes accessibles sur la plateforme e-PMSI, dans un **outil unique** : l'Outil de VALidation des Données des Établissements de santé (OVALIDE).

Les tests du **module « amélioration de la qualité »** de DATIM ont été **intégrés dans OVALIDE**. Les tests qualité sont désormais dissociés de l'aspect contrôle T2A. Avant validation de la transmission, l'établissement a donc la possibilité de corriger les RSA qui pourraient contenir des manques, des erreurs ou des imprécisions.

¹⁹ Article L. 133-4 CSS

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

L'outil DATIM ne concerne désormais que les tests du **module « repérage d'atypies »** susceptibles d'entraîner une survalorisation et liés aux contrôles T2A.

Pour la région qui les concerne, l'Assurance maladie et les ARS disposent d'un accès à la **base de RSA**, aux **tableaux OVALIDE** ainsi qu'aux **résultats des tests DATIM**, après validation des données par l'établissement.

Les tableaux **réservés exclusivement au rôle « contrôleur »** sur la plateforme e-PMSI sont disponibles après sélection du type et statut des établissements, de l'année, des mois, pour l'ensemble des établissements de la région. Un lien sur « résultats » conduit aux différents résultats de chaque établissement.

6.2 OSCT - Outil de Sélection des Contrôle T2A

Sur la plateforme e-PMSI, l'ATIH met à disposition des ARS un outil de sélection pour les contrôles de la T2A (OSCT).

Cet outil permet de **cibler** et de **sélectionner les séjours à contrôler** selon cinq modalités :

- utilisation des **résultats DATIM** et sélection de RSA référencés par un test
- utilisation de requêtes prédéfinies par l'ATIH pour les **séjours modifiés via LAMDA**
- **écriture de requêtes libres** par choix de valeurs des données des RSA
- **sélection de numéros de RSA** après ciblage sur les bases PMSI accessibles à l'Assurance Maladie
- **sélection de séjours** pour les établissements ex-OQN sur les bases de remboursement Assurance Maladie. Il faut au préalable transmettre à l'établissement les éléments lui permettant d'identifier les factures et demander au médecin DIM les numéros de RSS correspondants.

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

A l'issue de la création du panier de contrôle, l'utilisateur génère une **feuille d'extraction**. La feuille d'extraction est le reflet conforme d'un panier, toute modification du panier doit conduire à générer une nouvelle feuille d'extraction.

OSCT procède à la **suppression de doublons**, un séjour ne peut pas apparaître dans plusieurs champs de contrôle.

Les séjours **non valorisés** ne sont **pas sélectionnés**.

Lorsque le médecin responsable du contrôle ou le médecin chargé de la coordination des contrôles, selon l'organisation régionale, bascule le panier de contrôle en position « début du contrôle sur site », l'établissement peut alors **accéder à la feuille d'extraction** sur le site de l'ATIH via e-PMSI et générer la **liste des numéros de RSS candidats** au contrôle correspondant aux champs contrôlés via le module A de l'outil LEDDA. Cette feuille comporte la définition des séjours susceptibles d'être contrôlés et éventuellement des indications sur les critères de sélections retenus.

6.3 LEDDA - Logiciel d'Extraction de Données DATim

Sur son site, l'ATIH met à disposition des établissements un outil de liaison appelé LEDDA.

L'établissement doit télécharger LEDDA et l'installer sur un poste informatique ayant accès aux **fichiers de sauvegarde issus d'AGRAF ou de GENRSA**.

LEDDA est constitué de **deux modules** :

- le **module A** permet de générer un fichier de numéros de **RSS candidats** « *SecRssCand.zip* ». Ce module utilise la **feuille d'extraction** générée à partir d'OSCT que l'établissement télécharge et le fichier de sauvegarde des RSS pour produire une **liste de tous les numéros de RSS correspondant aux critères de ciblage et candidats au contrôle**, regroupés par champ de contrôle. Il s'agit d'un fichier ne contenant que des numéros de RSS, sans données médicales.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Le fichier de numéros de RSS candidats au contrôle, *SecRssCand.zip*, **ne doit en aucun cas être ouvert**, ni par le médecin du DIM, ni par le médecin responsable du contrôle, sous peine de ne plus être utilisable pour la suite des opérations.

Ce fichier *SecRssCand.zip* est transmis par messagerie, ou tout autre moyen, par le médecin du DIM au médecin responsable du contrôle.

Le fichier *SecRssCand.zip* est importé dans le **logiciel OGC** (cf. § 6.4) qui permet, pour chaque champ de contrôle, soit de **conserver l'ensemble des RSS candidats** pour un champ exhaustif, soit de **réaliser un échantillonnage aléatoire** et de déterminer la taille de l'échantillon.

Le fichier de sortie « *SecRssDef.zip* » inscrit la liste des numéros RSS répondants aux critères de ciblage et **finalement retenus pour le contrôle**. Ce fichier, comme le précédent, ne doit **en aucun cas être ouvert** sous peine de devenir inutilisable pour la suite des opérations.

Il s'agit d'un fichier ne listant que des numéros de RSS sans données médico-administratives.

Ce fichier *SecRssDef.zip* est transmis par messagerie, ou tout autre moyen, par le médecin en charge du contrôle au médecin du DIM.

Le délai imparti à l'établissement pour préparer les dossiers avant contrôle sur site court à partir de la date de transmission du fichier *SecRssDef.zip*.

- le **module B** intervient après transmission du fichier *SecRssDef.zip* par le contrôleur afin :
 - de **visualiser la liste des numéros des RSS à contrôler et les N° OGC correspondants**, permettant à l'établissement la **sortie des dossiers médicaux et administratifs** et la **constitution de la fiche de liaison**, ancienne fiche N°5 (cf. modèle en annexe §20-1)
 - de **générer, à partir du fichier *SecRssDef.zip*, le fichier de RSS à contrôler « *SecRssCtl.zip* »**. Il s'agit d'un fichier de RSS complets, avec l'ensemble des données médico-administratives.

Le médecin DIM remet le fichier **SecRssCtl.zip** au médecin responsable du contrôle sur tout support adapté lors de sa venue dans l'établissement **en début de contrôle sur site** ou lors d'une **rencontre préalable sur site**.

Sur place, le fichier de RSS *SecRssCtl.zip* est importé dans le logiciel de contrôle OGC, installé sur le ou les ordinateurs portables de l'Assurance maladie, pour créer la **session de contrôle**. Lors de la première lecture de ce fichier, OGC crée le fichier **VALCO-Before** correspondant aux données anonymisées **au format RSA** des séjours à contrôler.

Il est alors possible d'éditer une **fiche médicale de recueil avec le codage de l'établissement par séjour et par RUM**.

6.4 OGC - Outil de Gestion des Contrôles

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAM) met à disposition des Directions Régionales du Service Médical (DRSM) un outil de gestion des contrôles (OGC).

Outre la **sélection définitive** des numéros de RSS à contrôler, OGC permet au médecin responsable du contrôle et à son équipe de **visualiser l'ensemble des informations codées par l'établissement** relatives à chacun des séjours à contrôler et **autorise à saisir, si nécessaire en regard, d'autres codages**, et constater **leur impact sur le groupage** et les **données de la facturation**.

Pour une campagne de contrôle **toutes les versions des tables** disponibles dans OGC sont **conformes à la période de facturation** des séjours à analyser : CIM 10, CCAM, NGAP, NABM. **L'algorithme de groupage** utilisé est contenu dans un fichier **communiqué par l'ATIH**.

Les informations **administratives apparaissent automatiquement**. Leur conformité est vérifiée et plus particulièrement **les modes** d'entrée et de sortie, **les dates** d'entrée et sortie, le **nombre** de séances et l'indice de gravité **IGS2**. Le cas échéant, toutes les informations administratives **peuvent être modifiées**.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

OGC affiche **RUM par RUM** tous les séjours à contrôler.

Pour chaque RUM OGC affiche, en regard du codage de l'établissement, une zone où l'équipe de contrôle doit recoder les items attendus puis valider le RUM. La validation du dernier RUM du séjour déclenche le **groupage du séjour et l'affichage du GHM et du GHS**.

Après groupage, il est aussi possible de **consulter les variables du RSA modifiées** par le recodage du contrôleur, dont les bornes basses et hautes, ainsi que les suppléments.

OGC procède automatiquement à la **comparaison des informations produites par l'établissement et celles codées par le praticien-conseil**. Cette comparaison automatisée conduit à **identifier les divergences**, signalées en rouge à l'écran.

Le logiciel OGC actuel ne permet de visualiser que **la valeur financière brute du GHS avant et après contrôle** du séjour, sans prendre en compte les extrêmes bas ou haut et les suppléments, ni les différents coefficients modulateurs.

Lorsque la situation de prise en charge est considérée par les praticiens-conseils comme ne relevant pas d'une facturation de GHS, ou si le dossier médical est manquant, **un item spécifique** de l'écran de saisie OGC, par séjour, permet dans la zone réservée à l'utilisateur de **mettre « à blanc » tout le codage des informations dites médicales**. Le séjour n'est alors **pas valorisé dans sa situation après contrôle**.

Pour les **établissements ex-DG**, dans la situation où la facturation du GHS est invalidée, le séjour correspondant est refacturé en actes externes. OGC permet d'identifier tous les actes réalisés à partir des **nomenclatures CCAM et/ou NGAP et/ou NABM**, et les éventuels **forfaits** correspondants.

Pour les **établissements ex-OQN** seul les éventuels **forfaits** correspondants seront facturés.

Afin de garantir la conservation des données traitées, l'équipe chargée du contrôle doit procéder régulièrement à une **sauvegarde de session**. OGC génère alors un fichier **OGCS_<horodatage>.zip**.

En effet lorsqu' OGC est fermé, **aucune information** médicale nominative de type RSS n'est conservée en mémoire dans le logiciel ou sur le disque dur de l'ordinateur.

OGC ne permet de sauvegarde que sur support externe, type clé USB.

Les données contenues dans le fichier **OGCS_<horodatage>.zip** sont cryptées, par exemple :

« ô^q†"÷Û,"q6@,•³ÿæ@Öù'!«Íö»Ñ'ãã@#æÕP¶kã»?3¼'w;7ù%¼!ÿ-•;TEä<ý±·-
°SÚJ²°æ"Y...Û,"HVúíÿÛÆ•ë;'òø<ý,ùv)øOý,Çç•±"•²^Š»l.çÿÿù!WtNc•ù#©ô¿¿™w@²° »

La lecture du fichier n'est possible **qu'au moyen d'OGC**, après renseignement d'un **mot de passe** d'au moins 5 caractères.

La dernière sauvegarde est réalisée au moment de la finalisation du contrôle et contient toutes les données qui sont exploitées pour produire le **rapport de contrôle**, à savoir les données du fichier *SecRSSCtl.zip* enrichies de la saisie et du traitement des données de l'équipe de contrôle (données administratives du séjour, diagnostics, actes, divergences, argumentaires juridiques).

La finalisation réalisée dans OGC à la fin du contrôle génère également une archive de contrôle transmise à l'ATIH qui permet les calculs de montants financiers par VALCO pour les **établissements ex-DG**.

Le fichier **OGCS_<horodatage>.zip** est conservé sur clé USB, en deux exemplaires, l'un remis au médecin DIM de l'établissement, l'autre archivé à la DRSM jusqu'à extinction d'un éventuel contentieux.

En cas de **modification** d'un avis (observations de l'établissement, UCR, ATIH) le fichier **OGCS_<horodatage>.zip** peut être mis à jour pour ajuster le calcul des indus et sanctions via VALCO.

6.5 LAMDA - Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activités.

L'ATIH met à disposition des établissements ex-DG un logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité (LAMDA).

Cet outil permet aux établissements de transmettre sur la plateforme e-PMSI en année N des données d'activité de l'année N-1, en vue de **régulariser un défaut d'exhaustivité** des données d'activité ou des données administratives de prise en charge des patients.

Son utilisation est soumise à **l'autorisation de l'ARS**.

LAMDA permet, après clôture de la base nationale, de transmettre des éléments **modifiant la valorisation initiale** des séjours transmis avant clôture de la base.

Il est possible qu'un séjour sélectionné dans OSCT sur certaines caractéristiques et **modifié par LAMDA après génération de la feuille d'extraction** ne remplisse plus ces caractéristiques au moment du contrôle sur site. C'est pourquoi, **dès réception de l'avis de contrôle, l'établissement ne peut plus créer de fichier LAMDA pour les séjours des champs de contrôle.**

6.6 VALCO - Outil de Valorisation des contrôles

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

Pour les établissements ex-DG, l'outil VALCO permet de **calculer à partir de l'archive produite par OGC**, le montant avant et après contrôle des séjours contrôlés, le taux d'anomalies, la recette Assurance Maladie des champs de contrôle, la recette annuelle Assurance Maladie totale de l'établissement, le montant des bornes de la sanction pour le ou les champs sanctionnables et d'en déduire le montant de la sanction maximale.

Dans la situation où la facturation du GHS est invalidée, VALCO permet de modifier le montant après contrôle pour tenir compte de la refacturation de tous les actes réalisés à partir des **nomenclatures CCAM et/ou NGAP et/ou NABM**, et les éventuels **forfaits** correspondants.

Pour les établissements ex-OQN, une **saisie manuelle** dans l'outil VALCO des montants avant et après contrôle, de la recette Assurance Maladie des champs de contrôle, de la recette annuelle Assurance Maladie totale de l'établissement doit être réalisée.

VALCO calcule alors de la même manière la sanction maximale applicable pour les champs de contrôle sanctionnables.

6.7 SUSANA - Suivi des sanctions T2A notifiées par les ARS

Depuis mai 2011, l'ATIH met à disposition des ARS un outil de suivi des sanctions SUSANA.

Lorsqu'un établissement fait l'objet d'une notification de sanction par le DGARS, SUSANA réalise un suivi de cette procédure sanctions et des contentieux administratifs qui peuvent en découler (Tribunal Administratif, cour d'Appel et Conseil d'Etat) afin de permettre un partage d'informations relatives aux procédures engagées au sein de chaque région et de faciliter le pilotage national de ce dispositif.

La circulaire n°DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé précise que *«l'exploitation de Susana permettra de rendre un rapport annuel sur le suivi des sanctions et des contentieux résultant du contrôle T2A»* et que *«ce rapport sera notamment communiqué à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.»*

Le contrôle externe

7 LE CIBLAGE

L'UCR effectue **les travaux de ciblage** et élabore un projet de programme régional de contrôle transmis à la Commission de contrôle de l'ARS.

7.1 Modalités de ciblage

Le programme de contrôle T2A est structuré à partir de **priorités nationales** de contrôle puis formalisé en région **sous forme d'un programme annuel régional de contrôle décidé par le DGARS**.

Les établissements contrôlés sont ciblés sur des **atypies statistiques** qui préjugent d'un **comportement de codage ou de facturations différent** des autres établissements de même catégorie. Bien évidemment une atypie statistique n'est pas le reflet systématique d'une erreur ou d'une déviance et peut correspondre à une réalité de prise en charge ou de recrutements particuliers de l'établissement.

La **totalité des établissements de la région** sous T2A font l'objet d'analyses.

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

- des **priorités nationales** de contrôle de l'année
- des **atypies** de l'activité des établissements constatées dans la région,
- de la connaissance « **de terrain** » des établissements de la région :
 - les éventuels **signalements** dont peuvent avoir eu connaissance les responsables du ciblage,
 - les **informations détenues par les partenaires institutionnels** : pourcentages de factures rectificatives, de factures rejetées dans le cadre de la Liquidation Médico Administrative, forte évolution de la recette d'Assurance Maladie annuelle, etc.,
 - les **résultats des contrôles antérieurs**.

Si, à l'issue de la phase de ciblage, il existe une **forte suspicion de fraude ou de pratique dangereuse**, l'inscription au programme de contrôle T2A devra être abandonnée au profit de **contrôles hors article L. 162-23-13 du CSS**, dont les analyses d'activité au titre de l'article L. 315-1-III du CSS²⁰, selon les prérogatives propres à l'Assurance Maladie.

Pour la **campagne de contrôle de l'année N** sur les séjours clos de l'année N-1 les **premiers travaux de ciblage** démarrent généralement au cours du **premier trimestre de l'année N** sur les bases provisoires mises à la disposition de la CNAM par l'ATIH.

7.2 Les outils du ciblage

L'ensemble des membres de l'UCR dispose d'une **habilitation délivrée par l'ARS** leur permettant d'accéder aux **outils DATIM et OVALIDE**.

L'accès aux bases PMSI et aux bases de remboursement de l'Assurance Maladie n'est autorisé qu'aux seuls membres habilités.

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

²⁰ Article L. 315-1-III CSS

▪ Tableaux de résultats OVALIDE

Les données établissement de l'année N sont comparées aux données établissement de l'année N-1 sur la même période, aux données Base Nationale de l'année N avec les durées de séjour de référence et les tarifs.

Exemple : analyse de Casemix, comparaison des Casemix année N et année N-1, comparaison du Casemix des RSA aux données de remboursements AM des établissements ex-OQN.

▪ Résultats des tests DATIM, repérage d'atypies

DATIM = outil d'aide à l'analyse de la qualité des informations PMSI contenues dans les fichiers de RSA par dépistage d'atypies dans la production de l'information médicale, incohérence entre les données, absence de conformité à une référence, écart différant de l'habituellement observé...

▪ Base PMSI

Pour accéder à la plateforme PMSI, les utilisateurs, en plus de l'avis de la CNIL, doivent désormais signer une **convention de droit d'usage des données avec l'ATIH**, et toute personne souhaitant accéder aux données du PMSI doit **signer un engagement de confidentialité** qui doit être transmis à l'ATIH.

La solution proposée par l'ATIH se base sur un accès aux données par l'intermédiaire d'une **connexion internet sécurisée** (protocole HTTPS) avec une authentification forte liée à un système OTP (mot de passe à usage unique) délivré par un matériel fourni par l'ATIH à un utilisateur spécifique (jeton). La connexion à cette machine virtuelle permet elle-même la connexion à un serveur SAS.

La traçabilité est assurée par un mécanisme d'audit (système de log) de tous les traitements SAS réalisés, ainsi que par la mise en place d'un mécanisme de surveillance informatique (« *keylogger* ») permettant d'enregistrer toutes les actions réalisées par l'utilisateur (*ObserveIT*). Les entrées ou sorties de données sont autorisées sans contrainte a priori, mais peuvent être tracées a posteriori grâce aux mécanismes mis en place.

Les résultats des requêtes sur les bases RSA à fin de ciblage ne peuvent être transmis à l'UCR que **sous forme agrégée de sorte à ce qu'aucune identification ne soit possible**.

▪ Bases SNIIRAM

Il s'agit d'une base nationale anonymisée, inter-régimes, intégrant les données du PMSI fournies par l'ATIH.

Les praticiens-conseils des services médicaux, les agents administratifs des caisses, les médecins des ARS sont habilités à avoir accès aux données via des **profils dédiés** donnés par la **CNAM**.

Les résultats des requêtes sur les bases à fin de ciblage ne peuvent être transmis à l'UCR que **sous forme agrégée de sorte à ce qu'aucune identification ne soit possible**.

▪ Bases de remboursement de l'Assurance Maladie

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

S'agissant plus particulièrement des bases régionales de remboursement de l'Assurance Maladie du Régime Général (ERASME), l'accès aux informations individualisées non anonymisées au niveau régional ne peut être autorisé que pour les praticiens habilités des DRSM.

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

Les résultats des requêtes sur les bases de liquidation à fin de ciblage ne peuvent être transmis à l'UCR que **sous forme agrégée de sorte à ce qu'aucune identification ne soit possible**.

Les conclusions des résultats des travaux de ciblage et d'analyse des différentes bases sont faites et coordonnées par l'UCR.

7.3 Les champs soumis à sanctions financières

Comme stipulé par l'article L. 162-23-13 CSS, peuvent être soumises à sanction les anomalies suivantes, à l'exclusion de toute autre :

- les manquements aux règles de facturation fixées selon les dispositions de l'article L. 162-22-6 CSS
- les erreurs de codage
- **l'absence de réalisation** d'une prestation facturée

La **vérification de la réalisation** d'une prestation se fait à l'aide de tout document issu du dossier du patient qui « est l'ensemble des **informations médicales, soignantes, sociales et administratives**, qui permettent d'assurer la prise en charge harmonieuse et coordonnée d'un patient en termes de soins et de santé (...) quel qu'en soit le **support papier ou informatique**. (...) C'est à partir du dossier que l'on assure **la traçabilité** de la démarche de prise en charge. » (F. Kohler et E. Toussaint)

7.3.1 L'effectif du champ de contrôle

Pour être sanctionnable l'effectif d'un champ de contrôle doit être suffisant :

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

7.3.2 Le calcul des recettes Assurance Maladie

Le calcul du montant de la sanction fait intervenir la recette d'Assurance Maladie (RAM) afférente au champ contrôlé pour l'année civile antérieure au contrôle. Pour la campagne de contrôle année civile N de la **facturation des séjours réalisés l'année civile N-1**, les recettes Assurance Maladie sont celles de **l'année civile N-1**.

Pour les établissements **ex-DG**, le calcul de la RAM est réalisé par **l'outil VALCO** en fonction des critères présents dans OSCT (cf. §6.2). Lorsque le champ est constitué d'une sélection de numéro de RSA ou de RSS le montant de la RAM est donc la somme des montants des séjours correspondants.

Pour les établissements **ex-OQN**, le calcul de la RAM est réalisé à partir du **SNIIRAM**.

7.3.3 Les contraintes procédurales

La Circulaire DSS/DGOS/MCGR 2011-395 du 20 octobre 2011, définit des modalités procédurales quant à la notification d'une sanction :

« dès l'instant où l'établissement a connaissance des griefs retenus contre lui par une notification d'indus, il est tenu d'apporter les mesures correctrices qui s'imposent au niveau de ses facturations. Il est donc souhaitable **de laisser à l'établissement le temps** de corriger ses pratiques. »

Deux conditions de temporalité s'imposent aux **ARS pour notifier une sanction** sur « la même activité ou sur le même type de prestations ou ensembles de séjours ayant des caractéristiques communes » :

- Le contrôle doit être réalisé sur une **autre campagne T2A**,
- Le contrôle doit être réalisé sur les facturations émises et liquidées **au moins trois mois après notification des indus** du premier contrôle.

À titre exceptionnel, si un tel contrôle était réalisé avant ce délai, seule une procédure de répétition d'indus prévue à l'article L. 133-4 CSS pourrait être engagée.

8 PREPARATION ET REDACTION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE

L'UCR élabore le **projet de programme** de contrôle régional qu'elle **transmet à la Commission de contrôle** de l'ARS, qui, après **avis consultatif**, le propose au DGARS pour **décision**.

La **rédaction** du programme n'est réglementairement soumise à **aucun formalisme**.

Par ailleurs, plusieurs jurisprudences font état qu'« *aucune disposition légale ou réglementaire n'impose à l'ARS de publier son programme de contrôle.* » et que « *l'action en répétition de l'indu n'est pas subordonnée à la publication du programme de contrôle* ».

Le projet de programme régional de contrôle doit être élaboré et validé dans des délais compatibles avec une **mise en œuvre des contrôles sur site courant 2^{ème} semestre de l'année N**.

La première partie du programme est destinée à rappeler l'environnement général du contrôle régional de la T2A. Puis, pour chaque établissement inclus dans le programme de contrôle deux fiches sont réalisées :

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

8.1 Présentation générale du contrôle

Cette présentation générale mentionne :

- les textes réglementaires régissant le contrôle de la T2A
- la composition de l'UCR et la date de la nomination de ses membres par la Commission de contrôle
- la période sur laquelle porte le programme de contrôle
- les priorités nationales de ciblage
- la méthodologie appliquée par l'UCR pour le ciblage des établissements et des différents champs de contrôle
- la liste des établissements inclus dans le projet de programme
- le calendrier a priori de mise en œuvre du programme de contrôle

8.2 Fiche récapitulative relative à l'établissement

Pour chaque établissement il est précisé :

- le **FINESS** d'inscription **e-PMSI, juridique** ou **géographique** selon le statut juridique, la raison sociale et l'adresse de l'établissement
- **l'historique des contrôles externes** réalisés dans cet établissement,
- la **période** soumise au contrôle
- le **nombre a priori de séjours** qui seront contrôlés. Ce nombre, calculé sur des données temporaires, est susceptible d'être réévalué après scellement des bases ATIH et clôture des transmissions LAMDA.

8.3 Fiche par champ de contrôle

Pour chaque champ de contrôle la fiche détaille :

- un **libellé de champ de contrôle** compréhensible, précis et univoque,
- la **modalité de sélection des séjours constituant le champ de contrôle** : activité totale, activité en particulier, prestation ou séjours ayant des caractéristiques communes,
- les **critères** qui ont permis de constituer le champ notamment, les **caractéristiques communes**,
- le **libellé de la priorité** à laquelle se rattache le champ,
- le **nombre total de séjours** répondants aux critères de sélection,

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

- **le nombre prévisible de séjours** qui seront contrôlés,
- **les modalités de sélection des séjours à contrôler au sein du champ de contrôle**, exhaustivité ou échantillon,
- **le caractère sanctionnable ou non** du champ.

Le **libellé** du champ de contrôle doit pouvoir être **énoncé de façon précise et constante à toutes les étapes** de la procédure de contrôle :

- dans le projet de **programme régional** de contrôle soumis à la Commission de contrôle,
- dans le **courrier du DGARS** informant l'établissement de l'engagement du contrôle,
- lors des notifications,
- lors du **calcul de l'assiette** de l'indu ou d'une éventuelle de la sanction,
- lors de **contentieux** ultérieurs.

Une fois le programme de contrôle arrêté par le DGARS, il convient de s'assurer **sur les bases de données définitives** du **nombre effectif de séjours à contrôler** pour chaque champ de contrôle. La modification des bases avant scellement peut impacter le nombre de séjours répondant aux critères de ciblage annoncés.

9 ECHANGES AVEC L'ETABLISSEMENT

Ces échanges engagent le **médecin responsable du contrôle**, sous couvert de l'UCR, et le **directeur** et le **médecin responsable** du département ou du service d'information médical de l'établissement.

9.1 Courrier du DGARS informant l'établissement du contrôle

Dès lors que le programme de contrôle a été arrêté, le DGARS doit **informer par courrier** chaque établissement des **modalités du contrôle**.

Ce courrier doit permettre d'établir **la preuve du dépôt et la date de sa réception**, et préciser notamment :

- les activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels porte le contrôle,
- le caractère sanctionnable ou non d'un champ,
- la période concernée par le contrôle,
- le nom et la qualité du médecin responsable du contrôle
- la date a priori du début de contrôle, date qui sera arrêtée en accord entre l'établissement et le médecin responsable du contrôle.

9.2 Echanges entre le médecin responsable du contrôle et l'établissement

Une fois l'établissement informé par le DGARS, le **médecin responsable** du contrôle établit un **contact téléphonique** informel avec le **Directeur** et avec le **médecin DIM** pour déterminer d'un **commun accord** la **date de début** et la **durée prévisible** du contrôle sur site.

Ce premier contact avec l'établissement est l'occasion de rappeler brièvement la **réglementation**, d'explicitier les **critères de ciblage** des séjours contrôlés et les manquements suspectés, la **chronologie du contrôle** et notamment le déroulé des **phases d'analyse et de concertation**, mais aussi de convenir des modalités pratiques telles que **l'organisation logistique**.

Modalités guide 2012

La date de début de contrôle est fixée **dans un délai compatible** avec la mise à disposition des dossiers des patients dont les séjours auront été tirés au sort.

Nouvelles modalités

La date de début de contrôle est fixée **dans un délai compatible** avec **le nombre de séjours** à contrôler et la mise à disposition des pièces des dossiers des patients correspondant aux séjours sélectionnés

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Ce délai, fixé dans une fourchette indicative de 2 à 4 semaines, sera modulable en fonction des contraintes particulières de l'établissement et de l'équipe de contrôle.

Lors de ce premier contact avec l'établissement, il est nécessaire, de convenir de **quelques aspects pratiques** tels que la salle où les contrôleurs seront installés, les modalités de mise à disposition des dossiers, informatique ou papier et selon quel classement.

pour être contrôlés.

Ce délai laissé à l'établissement doit permettre à l'équipe du DIM de préparer, pour chaque séjour contrôlé, les éléments des dossiers patients justifiant la facturation, ou du moins **un nombre de dossiers suffisant pour permettre le démarrage** du contrôle sur site.

Ce délai **concerté** ne pourra **pas être inférieur à 3 semaines**. Les délais doivent tenir compte des périodes estivales ou de fin d'année.

Dès les séjours ciblés à contrôler connus de l'établissement, il est préconisé que **le médecin responsable du contrôle et le médecin DIM se rencontrent sur site** pour déterminer ensemble les **informations nécessaires et suffisantes**, et leur **support, attendues** par l'équipe de contrôle pour **un séjour type de chaque champ de contrôle** permettant de **justifier le codage et la facturation** :

- diagnostic principal (DP) avec diagnostic relié (DR) si justifié
- comorbidité (CMA)
- acte(s) CCAM classant(s)
- supplément(s)
- ...

Pour une problématique récurrente, le médecin responsable du contrôle peut proposer au médecin DIM **d'examiner conjointement un dossier du champ contrôlé afin de préciser** les éléments **attendus** pour justifier la facturation.

En cas d'impossibilité de rencontre avant le début du contrôle, le contact téléphonique est aussi l'occasion de convenir des **pièces du dossier nécessaires et suffisantes** pour l'analyse des séjours.

Les modalités de mise à disposition des éléments du séjour sont à définir en accord avec le médecin DIM **en fonction du ou des supports du dossier patient** : accès direct au dossier informatique, photocopie, impression, « post-it » directement dans le dossier patient. De même les conditions (qui et comment) de numérisation des pièces du dossier patient doivent être anticipées et définies d'un commun accord lors de la rencontre préalable.

Les parties informatisées du dossier peuvent être **numérisées sur clé USB cryptée ou disque dur crypté**.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Pour les établissements ex-OQN, les factures correspondant aux séjours contrôlés sont également mises à disposition (bordereaux S3404).

Lorsqu'un établissement est implanté sur **plusieurs sites géographiques**, le contrôle pourra s'organiser sur un ou plusieurs sites si le nombre de séjours à contrôler par site est d'environ 300.

L'organisation multi-sites doit être **planifiée dès la prise de contact initiale**.

La nouvelle fonctionnalité de **saisie multipostes d'OGC** garantit **l'intégrité des fichiers RSS contrôlés**.

En règle générale, pour un site géographique donné, l'analyse des séjours se déroule en un **lieu unique**, qui permet, pour toute la durée prévisible du contrôle, l'examen des éléments des dossiers des patients ou des bordereaux de facturation, et la tenue de la concertation dans de **bonnes conditions**.

Pour les éléments des dossiers des séjours contrôlés n'existant que sur support papier, le médecin DIM **organise leur transport en ce lieu dédié**. **Centralisés** dans le local **réservé au contrôle**, les éléments sur support papier ne doivent **pas être consultés en dehors** de ce lieu.

Dans le respect du secret médical ce local doit **fermer à clé**. Il doit également bénéficier d'un **équipement minimum** :

- prises électriques et téléphone interne, avec numéro de la Direction et du médecin du DIM
- ordinateurs en cas d'éléments du dossier accessibles sur support informatique
- photocopieur et/ou imprimante, dans la salle ou à proximité immédiate
- accès Internet si possible

La structure du dossier patient, papier ou informatique, voire mixte, conditionne **l'organisation du recueil** :

- pour les dossiers papiers une **procédure de récupération en urgence** doit être prévue en cas d'**hospitalisation**, pendant la **nuit** et les **week-ends**.
- Le **classement des séjours**, par champ et par N° OGC, ou N° de RSS, ou alphabétique, est à établir en amont du contrôle, avec le médecin DIM
- dans le cas d'un **dossier informatique**, à la demande de l'établissement l'équipe de contrôle signe la **charte d'accès** et le DIM doit prévoir la **gestion des login et mots de passe**.
- une **information préalable**, par le personnel compétent de l'établissement, est délivrée à l'équipe de contrôle afin d'accéder, dans le dossier informatique, aux éléments probants du séjour.
- Le système informatique de l'établissement **doit permettre l'impression ou la numérisation** des documents du dossier informatique.

L'examen des éléments des dossiers, quel qu'en soit le support, doit être réalisé de façon à **prévenir tout retentissement sur le fonctionnement habituel** de l'établissement.

9.3 Courrier AM confirmant les modalités de contrôle à l'établissement

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

Ce courrier **reprend les éléments arrêtés lors des échanges entre le médecin DIM et le médecin responsable du contrôle**, notamment :

- les dates prévisibles du contrôle sur site, déterminées en accord avec le médecin DIM,
- le nom et la qualité du médecin responsable du contrôle,
- le ou les noms et qualités des autres praticiens, conseil ou ARS, au plus tard une semaine avant le début du contrôle,
- la possibilité pour les praticiens-conseils d'être accompagnés par des agents administratifs dont le ou les noms seront précisés à l'établissement au plus tard une semaine avant le début du contrôle,

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

- la possibilité pour les praticiens-conseils d'être accompagnés par des **infirmiers** du service médical ou des **techniciens de l'information médicale**, dont le ou les noms seront précisés à l'établissement au plus tard une semaine avant le début du contrôle,
- les documents demandés à l'établissement : pièces des dossiers médicaux, bordereaux de facturation...
- la possibilité pour l'équipe de contrôle de réaliser des photocopies ou de numériser les pièces des dossiers médicaux consultés dans l'établissement,
- le respect des principes de la Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la T2A. La charte sera annexée au courrier,
- les modalités pratiques d'échanges des fichiers, dont la fiche de liaison. Celles-ci font l'objet d'une procédure jointe au courrier.

9.4 Procédure d'échanges des fichiers informatiques.

Les étapes principales sont :

- via le logiciel OSCT le médecin responsable du contrôle ou le médecin chargé de la coordination des contrôles, selon l'organisation régionale, génère la feuille d'extraction et **positionne le panier de contrôle en « début de contrôle sur site »**
- le médecin DIM **télécharge cette feuille d'extraction** sur le site e-PMSI
- avec cette feuille d'extraction le médecin DIM génère un fichier de numéros de **RSS candidats « SecRssCand.zip »** via le module A de l'outil LEDDA, et le transmet par mail au médecin responsable du contrôle
- le médecin responsable du contrôle importe le fichier *SecRssCand.zip* dans OGC pour générer le fichier **« SecRssDef.zip »** des numéros RSS finalement retenus pour le contrôle, et le transmet par mail au médecin DIM
- le médecin responsable du contrôle adresse au médecin DIM un **fichier excel correspondant à la fiche de liaison avec les caisses**, anciennement fiche N°5. Ce fichier est pré-rempli avec les N° OGC et RSS issus du fichier **« SecRssDef.zip »**
- le **délai imparti** à l'établissement avant contrôle sur site court à partir de **la date de transmission** du fichier *SecRssDef.zip* qui permet au médecin DIM de visualiser la liste des numéros des RSS à contrôler
- avec le fichier *SecRssDef.zip* le médecin DIM génère via le module B de l'outil LEDDA un fichier **« SecRssCtl.zip »** qui sera importé dans OGC par le médecin responsable du contrôle le 1^{er} jour de contrôle ou lors de la rencontre préalable au contrôle.

10 PREPARATION DE L'EQUIPE DE CONTROLE

10.1 Programmation régionale des contrôles

Une fois le programme régional de contrôle T2A arrêté, le praticien-conseil de la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) en charge du pôle contentieux pour la région prend contact avec ses homologues des autres régimes et avec l'ARS pour planifier la mise en œuvre de ce programme.

Cette planification comprend à minima :

- la réalisation d'un **calendrier prévisionnel des contrôles sur site**,
- la **désignation du médecin responsable et des membres de l'équipe de contrôle** pour chacun des établissements inscrits au programme,

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

- l'organisation d'au moins une **réunion préparatoire** regroupant **le pôle contentieux T2A** de la DRSM, **l'UCR et la totalité des membres des équipes de contrôle** pour présenter :
 - le programme de contrôle régional,
 - la procédure de contrôle T2A, notamment les modalités de contrôle sur site,
 - les référentiels actualisés et les outils indispensables au contrôle sur site.

10.2 Constitution des équipes

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

Il est préconisé qu'à minima l'équipe de contrôle soit composée de **deux praticiens-conseils** et d'**un agent administratif** du service du contrôle médical.

Cette équipe pourra être renforcée selon le **nombre de séjours** prévus au contrôle et la **nature des champs** contrôlés, de façon à assurer :

- un contrôle efficace dans un laps de temps limité,
- une harmonisation des avis de l'équipe de contrôle avant concertation.

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

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

Avant le contrôle sur site, le médecin responsable du contrôle doit :

- assurer **l'ensemble des échanges avec l'établissement** tels que décrit dans le paragraphe 9
- s'assurer que l'ensemble **des outils et documents nécessaires au contrôle** a été mis à la **disposition de l'équipe de contrôle** :
 - le fichier *SecRssDef.zip*, dans l'hypothèse où celui précédemment adressé à l'établissement aurait été rendu inutilisable,
 - la liste des numéros de RSS et/ou des dossiers à contrôler, **issue de la fiche de liaison**
 - la dernière version disponible d'OGC, testée à l'aide des fichiers disponibles sur l'intranet de l'Assurance Maladie, et son manuel d'utilisation,
 - un ou plusieurs exemplaires papier et/ou informatique des référentiels valides pour la période contrôlée, Guide méthodologique ATIH de production des résumés de sortie, Manuel des groupes homogènes de maladies, CIM10 et codes étendus publiés par l'ATIH, CCAM descriptive pour le PMSI publiée par l'ATIH, arrêté prestations...
 - un ou plusieurs micro-ordinateurs portables équipés de la dernière version OGC,
 - des supports informatiques type clé USB,
 - le matériel utile à la réalisation du contrôle : rallonges, stylos, effaceurs, ramettes de papier, photocopieurs, scanner, au moins un téléphone portable...
- éditer une fiche de recueil du codage de l'établissement par séjour et par RUM à contrôler, si le **fichier SecRssCtl.zip a été importé dans OGC lors d'une rencontre préalable (§ 6.3)**. L'utilisation de l'outil de la Cnam pour éditer ces fiches est recommandée.
- organiser une **réunion de l'équipe de contrôle** pour mise en commun des référentiels médicaux et de codage, dans un objectif **d'harmonisation des pratiques**
- prendre connaissance des **informations disponibles sur l'établissement** : CPOM, autorisations ou reconnaissances délivrées par l'ARS, résultats des précédents contrôles T2A.
- prendre connaissance des **actions en cours de l'Assurance Maladie** : Maitrise médicalisée à l'Hôpital (MMH), Mise sous accord préalable (MSAP), contentieux en cours...

11 CONTROLE SUR SITE

Le contrôle T2A est un contrôle de la **régularité et de la sincérité de la facturation**.

Le médecin responsable du contrôle et son équipe vont s'assurer que les informations nécessaires et suffisantes à la facturation transmises par l'établissement sont **conformes** aux éléments contenus dans le dossier du patient.

Modalités guide 2012

Le médecin responsable DIM met disposition des équipes de contrôles les dossiers médicaux et administratifs des séjours à contrôler.

Nouvelles modalités

Le médecin DIM et son équipe colligent les éléments des dossiers des patients permettant de justifier la facturation des séjours contrôlés.

11.1 Le premier jour sur site

A l'arrivée dans l'établissement et après **présentation des équipes**, le médecin responsable du contrôle ou un membre de son équipe intègre dans OGC le **fichier de RSS SecRssCtl.zip** copié sur support informatique type clé USB, qui peut être fournie par l'équipe de contrôle.

OGC lit le fichier de RSS en entrée, les anonymise et enregistre les RSA correspondants sur le fichier **VALCO-Before** et crée la **session de contrôle** pour l'établissement.

A partir du fichier VALCO-Before et éventuellement du fichier Excel correspondant aux données administratives de la fiche de liaison, l'équipe de contrôle peut, avec l'outil ad hoc (TDCF) développé par la Cnam, **éditer via Word les fiches médicales de recueil** si cela n'a pas été fait préalablement au contrôle sur site (cf. modèle en annexe §20-2).

Chaque fiche médicale de recueil comporte le codage de l'établissement. L'outil édite **une fiche par séjour et par RUM**.

Dès le début du contrôle, le médecin responsable du contrôle et le médecin responsable du DIM s'accordent sur **l'ordre des champs de contrôle** afin d'organiser au mieux les phases de concertation.

Ils planifient ensemble **les modalités, les dates des phases de concertation et le nombre de jours nécessaires** au DIM pour préparer les différentes phases de concertation. Ce calendrier permettra au médecin DIM de faire intervenir, si besoin, les cliniciens en charge des patients.

Afin de sécuriser les échanges il est proposé que cette planification fasse l'objet d'un **procès-verbal daté et signé** des deux médecins, puis adressé à la direction de l'établissement et à l'UCR.

En cas de problème le calendrier sera revu en conséquence.

11.2 Les informations soumises au contrôle

Avant l'analyse des pièces des dossiers, l'équipe de contrôle s'assure que les documents qui sont mis à sa disposition **correspondent bien aux séjours tirés au sort** :

- exhaustivité des séjours mis à disposition
- cohérence entre le numéro de la facture papier et celui porté sur le fichier liant numéro de séjour et numéro de facture (fiche administrative de liaison),
- correspondance entre les numéros de RSS du fichier fourni par l'établissement et ceux tirés au sort.

Les différents guides méthodologiques ATIH précisent comme essentiel que le RUM décrive le plus exactement possible le séjour du patient sans oublier aucun diagnostic associé (DA), mais le contrôle T2A est un contrôle de **régularité de la facturation** et non une vérification de l'exhaustivité et/ou de la qualité du codage PMSI ou de la pertinence des soins.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

C'est pourquoi, dans un souhait d'efficacité et de gain de temps pour les deux parties, l'Assurance Maladie **recadre les contrôles T2A**, et donc le recodage des praticiens-conseils, sur **les seuls éléments impactant la facturation**.

Ainsi, pour les séjours avec une hospitalisation comportant au moins une nuitée, si un DP et/ou une CMA et/ou un acte classant suffit pour justifier le GHS de l'établissement, **les autres CMA, a fortiori les DA non CMA, et les autres actes ne sont pas recodés**.

La fiche de recueil médical **devra mentionner explicitement** que tous les éléments de codage renseignés par l'établissement mais **non repris par les praticiens-conseils**, car **sans impact supplémentaire** sur la facturation, **n'ont pas été contrôlés par les praticiens-conseils**.

Afin de faciliter ce processus, l'outil TDCF développé par la DACCRF permet **l'impression** pour les séjours **d'hospitalisation conventionnelle** des seuls codes CIM10 et CCAM codés par l'établissement impactant le financement GHS, et pour les séjours **d'hôpital de jour** tous les codes diagnostics et tous les actes codés par l'établissement.

Toutes les **sous-facturations** non initialement codées par l'établissement et présentes dans les pièces transmises seront prises en compte.

Il convient cependant d'**être vigilant aux règles d'exclusion** notamment lors du contrôle d'une CMA avec changement de DP. A noter **qu'OGC et l'outil d'impression CNAM prennent en compte ces règles d'exclusion**.

11.3 Les phases d'analyse des séjours

Pour un champ donné, le contrôle séjour par séjour se matérialise par **un avis** des praticiens-conseils **sur le codage** des pièces du dossier du patient mis à disposition et **la saisie de ce codage** dans OGC.

Seuls les éléments impactant **le financement du séjour** sont **contrôlés et de fait recodés**, puis **saisis dans OGC**, le recodage ou non des DAS de niveau 1 ou des actes CCAM non classants ne modifient pas le GHS.

Modalités guide 2012

Dans chacun des dossiers mis à sa disposition, l'équipe médicale chargée du contrôle recherchera les documents correspondant au(x) séjour(s) ciblé(s) : observations médicales, comptes-rendus, éléments du dossier infirmier, documents administratifs...

Nouvelles modalités

Les informations nécessaires et suffisantes à la facturation du séjour contrôlé sont recherchées dans les documents papiers ou informatiques **jugés pertinents et remis par le médecin DIM** : observations médicales, comptes-rendus, éléments du dossier infirmier, documents administratifs...

Cette étape aboutit au codage du séjour. Pour ce faire, les praticiens-conseils s'appuient sur **les référentiels pour la période contrôlée**.

En cas d'éléments manquants ou non trouvés rendant impossible un recodage, le médecin responsable du contrôle doit **immédiatement avvertir le médecin DIM**.

Modalités guide 2012

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

Nouvelles modalités

Le praticien-conseil doit constituer :

- une **fiche médicale de recueil de codage** par séjour et par RUM, où en parallèle du codage de l'établissement il reporte son recodage (cf. modèle en annexe §20-2).
- une **fiche médicale de concertation** par séjour permettant l'exposé de l'argumentation en cas de recodage (cf. modèle en annexe §20-3).

Chaque fiche médicale de recueil comprend :

- la date de début de contrôle
- l'identification de l'établissement, FINESS d'inscription dans e-PMSI et raison sociale
- le libellé du champ de contrôle et le n° OGC du séjour contrôlé
- les données **administratives du séjour**, dont les dates d'entrée et de sortie et le nombre de RUM, codage initial et recodage
- les données **administratives du RUM**, dont la durée de séjour, l'IGS II, les suppléments et autorisation, codage initial et recodage
- pour l'hospitalisation conventionnelle les codes CIM10 de **DP +/-DR**, et de toutes les **CMA de niveau supérieur ou égal à 2** du RUM, codage initial et recodage
- pour l'hospitalisation conventionnelle les **actes CCAM classants** du RUM, codage initial et recodage
- pour l'HDJ **tous les codes CIM10** du RUM, codage initial et recodage
- pour l'HDJ **tous les actes CCAM** du RUM, codage initial et recodage
- les **GHM** et les **GHS** de l'établissement et après recodage avant concertation
- en cas de GHS injustifié, les éventuels **forfaits** accordés, SE, ATU, FFM...
- la mention de **l'accord ou du désaccord** du médecin DIM
- le nom du praticien-conseil ayant codé le séjour

Le praticien-conseil peut préparer la **première partie de la fiche administrative de concertation**.

Le médecin responsable du contrôle s'assure de **l'harmonisation des avis** au sein de son équipe, pour chacun des champs contrôlés avant concertation.

Si nécessaire, l'équipe de contrôle peut contacter **l'UCR** ou le pôle contentieux de la **DRSM** pour **avis**.

L'UCR peut solliciter **l'appui** de la **DACCRF** de la CNAM. La DACCRF pourra interroger en tant que de besoin les autres Directions de la CNAM.

Parallèlement l'établissement pourra contacter **sa Fédération** qui, si elle l'estime nécessaire, **saisira la DACCRF**.

12 CONCERTATION

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

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

La phase de concertation n'est cependant **pas une nouvelle phase d'analyse** des séjours et **n'aboutit pas forcément à un consensus** sur le codage des séjours. Des désaccords de codage peuvent persister et l'établissement aura tout loisir de les motiver **dans d'éventuelles observations écrites suite à l'envoi du rapport de contrôle.**

Les phases de concertation sont **réglementaires et obligatoires**, et **engagent** les deux parties.

Un **entretien** avec le Directeur de l'établissement de santé ou son représentant, assisté du médecin responsable du DIM, est organisé en fin de contrôle pour **restituer les résultats bruts** du contrôle, préciser **les autres étapes** après contrôle sur site et les **voies de recours** si nécessaire.

12.1 L'articulation des phases d'analyse et de concertation

Modalités guide 2012

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

Nouvelles modalités

Il est proposé qu'une fois le 1^{er} champ de contrôle terminé, après harmonisation des avis, les fiches médicales de recueil et de concertation soient remises au médecin DIM. Le médecin DIM dispose alors **du temps nécessaire** pour préparer la concertation de ce premier champ.

Durant ce laps de temps les praticiens-conseils poursuivent leur analyse des séjours du 2^{ème} champ de contrôle.

A l'issue du temps préalablement défini, le médecin responsable du contrôle et le médecin DIM engagent la phase de concertation du 1^{er} champ, et ainsi de suite pour les champs de contrôle suivants.

Pour le dernier champ de contrôle, qui concernera autant que faire se peut, une problématique simple à contrôler ou un faible nombre de séjours, **deux situations** peuvent s'envisager en accord avec le médecin DIM :

- une concertation du champ à distance de quelques jours,
- ou une concertation débutant ci-tôt l'harmonisation des dossiers réalisée par l'équipe de contrôle mais d'une durée adaptée.

12.2 Les documents transmis au médecin DIM avant concertation

Modalités guide 2012

Le tableau comportant la **liste des séjours avec modification de valorisation** est remis au médecin responsable du DIM.

Nouvelles modalités

La concertation doit être effectuée dans une **symétrie d'information**.

C'est pourquoi, afin de permettre au médecin DIM de **préparer au mieux la concertation**, le responsable du contrôle lui transmet pour **chaque** séjour contrôlé :

- la **fiche médicale de recueil** rappelant le codage initial de l'établissement et précisant le recodage des praticiens conseils, par séjour et par RUM
- la **fiche médicale de concertation** par séjour motivant s'il y a lieu le recodage des PC.

Le tableau de la **liste des séjours avec modification**

de valorisation est remis au médecin responsable du DIM.

12.3 Les acteurs de la concertation

Cette concertation réunit a minima le médecin responsable du contrôle +/- le praticien-conseil ayant recodé les séjours concertés et le médecin responsable DIM.

L'équipe de contrôle sous la responsabilité du médecin responsable du contrôle, **l'équipe du DIM** sous la responsabilité du médecin responsable DIM et **les praticiens en charge des patients** en tant que de besoin **peuvent également participer à la concertation**.

Idéalement le praticien-conseil ayant recodé les séjours concertés devrait être présent.

Pour que les conditions soient optimales et confortables pour tous, **le principe d'égalité de représentation entre les deux parties** est fortement préconisé.

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

12.4 Le déroulé de la concertation et les fiches argumentaires

Une concertation est réalisée **pour tous les séjours contrôlés** avec ou sans anomalie et sans tenir compte de l'impact sur la facturation.

Au cours de la concertation, en fonction des éléments apportés par le médecin du DIM et/ou les médecins cliniciens, le médecin responsable du contrôle peut **modifier l'avis de l'équipe de contrôle et accepter le codage initial de l'établissement ou un autre codage**.

Par élément apporté il faut entendre **toute nouvelle pièce ou toute nouvelle information non connue** des praticien-conseils au moment de l'analyse et du recodage du séjour.

Une **fiche argumentaire contradictoire** doit être établie pour :

- tous les **séjours** dont la **valorisation est recalculée en sur ou sous facturation, avec ou sans désaccord** du médecin DIM
- tous les **séjours en iso-facturation avec désaccord** du médecin DIM

L'argumentaire répond à l'obligation de motivation de la décision, en application de l'article L. 211-2 du code des relations entre le public et l'administration. Sa vocation est à la fois **procédurale et probatoire**.

Les fiches argumentaires contradictoires constituent **la preuve de la réalité de la concertation**.

Chaque fiche argumentaire contradictoire comporte une partie **médicale** et une partie **administrative** (cf. modèle en annexe §20-4).

La date de concertation, l'identification de l'établissement (FINESS, e-PMSI et raison sociale), le libellé du champ contrôlé et le n° OGC du séjour contrôlé, figurent sur les deux parties.

Le praticien-conseil et le médecin DIM doivent s'identifier.

12.4.1 La partie médicale de la fiche argumentaire contradictoire

Modalités guide 2012

Lors du contradictoire, une fiche argumentaire doit être établie.

Cette fiche comprend une partie destinée au praticien-conseil dans laquelle sont consignés toutes

Nouvelles modalités

Cette partie est la **fiche médicale de concertation** où le praticien-conseil a exposé une synthèse des arguments médicaux et/ou administratifs du recodage.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

les informations notamment **la liste des documents contrôlés et photocopiés et les arguments justifiant de la modification de codage.**

Une seconde partie est réservée au médecin DIM.
(cf. modèle en annexe §20-3)

En parallèle, lors de la concertation, le médecin DIM peut, s'il le juge nécessaire, **rédigier ses arguments médicaux et/ou administratifs justifiant sa position** (cf. modèle en annexe §20-3).

Le N° OGC est une variable indirectement nominative car il y a lien direct entre le N° OGC et le N° RSS, et entre le N° RSS et l'identité du patient. Ce lien n'est possible qu'avec l'utilisation d'une **table de concordance** qui correspond à la fiche administrative de liaison.

Cette fiche médicale de concertation ne doit pas être transmise aux services administratifs des organismes de Sécurité Sociale qui recalculent la facture et sont en possession de la fiche administrative de liaison.

En l'absence de table de concordance cette fiche médicale de concertation **pourra être produite lors de contentieux**, si besoin.

12.4.2 La partie administrative de la fiche argumentaire contradictoire

La partie administrative est constituée de deux pages.

La première page explicite, au visa des considérations réglementaires et administratives, en quoi la facturation de l'établissement de santé n'est pas conforme.

La deuxième page de la fiche **administrative de concertation** précise :

- le GHS initial de l'établissement, le GHS avant concertation et le **GHS final après concertation**
- la **décision finale** après concertation, maintien de l'avis initial du praticien-conseil ou retour au codage initial du DIM ou autre codage
- Avis final du médecin DIM (accord ou désaccord)

Signature du médecin responsable du contrôle, du ou des médecins contrôleurs ayant fait la concertation et celle du médecin DIM.

Cette partie administrative de la fiche de concertation ne comprend **aucun élément d'ordre médical** et peut être produite aux services administratifs de l'établissement et aux organismes de Sécurité Sociale.

12.4.3 Cas particulier des séjours en iso-facturation sans désaccord du médecin DIM

Il est préconisé de **regrouper** ces séjours **par champ de contrôle** sur **une fiche administrative de concertation unique** dont la **première page** liste tous les N° OGC des séjours dont le contrôle n'a pas entraîné de modification de la valorisation (cf. modèle en annexe §20-5).

12.4.4 Les pièces conservées après concertation

Modalités guide 2012

Pour **tous les séjours contrôlés** le médecin DIM conserve un double des parties médicale et administrative de la **fiche de concertation** et a minima **la liste des pièces du dossier patient** photocopiées ou numérisées.

Nouvelles modalités

Pour **tous les séjours contrôlés** le médecin DIM conserve un double de la **fiche médicale de recueil**, un double des parties médicale et administrative de la **fiche de concertation** et a minima **la liste des pièces du dossier patient** photocopiées ou numérisées.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Pour **tous les séjours contrôlés** le médecin en charge du contrôle conserve les parties médicale et administrative de la **fiche de concertation** et les **pièces des dossiers patients** qui auraient été photocopiées ou numérisées.

Pour **tous les séjours contrôlés** le médecin en charge du contrôle conserve la **fiche médicale de recueil**, les parties médicale et administrative de la **fiche de concertation** et les **pièces des dossiers patients** qui auraient été photocopiées ou numérisées.

Ces fiches et pièces sont **nécessaires et suffisantes** au traitement du dossier après la fin du contrôle sur site par l'UCR, en cas d'observations de l'établissement, de saisine ATIH ou d'action contentieuse.

Tous ces éléments sont archivés à la DRSM, sous format papier ou numérisé, **jusqu'à extinction de tout contentieux**, puis détruits.

13 LE RAPPORT DE CONTROLE

Le rapport de contrôle est constitué :

- des **fiches élaborées par OGC** par compilation de l'ensemble des informations saisies
- d'une **synthèse rédigée et formalisée** par le **médecin responsable** du contrôle reprenant les **éléments marquants** du contrôle sur site, qui peut être rédigé sous Word.

Il est enrichi le cas échéant des **observations écrites de l'établissement**.

13.1 La structure du rapport de contrôle

A la fin de la concertation, une fois les derniers éléments et informations saisis dans OGC, le médecin responsable du contrôle procède à la **finalisation de la session de contrôle**.

De façon automatisée le logiciel élabore des fiches récapitulatives qui par compilation constituent le rapport de contrôle **sous format excel**.

Le **premier onglet, intitulé « 1 »**, constitue une synthèse globale du nombre de séjours contrôlés et des divergences observées pour la totalité des champs contrôlés (cf. modèle en annexe §21-1).

Le **dernier onglet, intitulé « 5 »**, regroupe la **synthèse rédigée, formalisée, datée et réglementairement signée uniquement par le médecin responsable du contrôle**, reprenant les éléments marquants du contrôle, et les **observations de l'établissement**, signées du médecin responsable du DIM et du directeur (cf. modèle en annexe §21-2).

En pratique les observations de l'établissement sont le plus souvent transmises sur un document indépendant du rapport et annexé à celui-ci.

Pour **chaque champ de contrôle numéroté de 1 à N, OGC produit 4 onglets** intitulés « A N-2 », « A N-3 », « A N-4 » et « A N-5 », où N est le numéro du champ.

- l'onglet « **A N-2** » est une synthèse du nombre de séjours contrôlés et des divergences observées sur le modèle de l'onglet « 1 » mais uniquement pour le champ N considéré (cf. modèle en annexe §21-3)
- l'onglet « **A N-3** » reprend la **facturation et des éléments de codage avant et après contrôle** pour **tous les séjours** du champ N. Une ligne et une seule est produite par séjour, avec ou sans divergence de codage, avec ou sans modification de la valorisation (cf. modèle en annexe §21-4)
- l'onglet « **A N-4** » groupe les N° OGC des séjours pour lesquels il existe une divergence de codage **avec impact sur la valorisation** par argumentaires réglementaires et administratifs (cf. modèle en annexe §21-5)

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

- l'onglet « **A N-5** » liste les N° OGC et les GHS des séjours pour lesquels il existe une divergence de codage **sans impact sur la valorisation** (cf. modèle en annexe §21-6).

13.2 Le circuit du rapport de contrôle

13.2.1 Transmission à l'établissement

Dans les suites du contrôle sur site, le médecin-conseil responsable du contrôle adresse **au Directeur** de l'établissement, avec copie au médecin responsable DIM, **un exemplaire papier daté et signé** du rapport par voie postale en **lettre recommandée avec accusé réception**.

Le rapport doit également **être envoyé sous format Excel +/- Word**.

Depuis le 25 mai 2016, l'engagement de conformité CNIL du traitement « transmission du rapport de contrôle T2A » permet d'envoyer le rapport de contrôle sous **format dématérialisé** via le **portail WEB sécurisé PETRA**.

A date de réception l'établissement dispose de **30 jours pour produire des observations écrites**.

En périodes estivale ou de fin d'année, le médecin-conseil responsable du contrôle devra veiller lors de l'envoi du rapport à ce **que l'établissement dispose du temps suffisant** pour produire ses observations, compte-tenu de ce délai contraint de trente jours réglementaire.

Il convient de rappeler à l'établissement qu'aucune information médicale **nominative** ne doit apparaître dans ses observations. Ces observations peuvent être produites sur un support indépendant de la partie réservée à l'établissement dans **l'onglet intitulé « 5 » du rapport de contrôle** (cf. modèle en annexe §21-2).

Les textes réglementaires **n'imposent pas à l'établissement de signer** le rapport de contrôle, ni même de le retourner. Aucun texte ne sanctionne cette absence de signature ou cette absence de renvoi du rapport par l'établissement.

Le médecin responsable du contrôle conserve un exemplaire du rapport.

13.2.2 Transmission à l'UCR

Dès réception des observations de l'établissement ou **à l'expiration du délai de 30 jours** à date de réception, le médecin responsable du contrôle transmet à l'UCR sous format **papier et/ou dématérialisé** :

- La fiche de liaison
- le rapport de contrôle
- le cas échéant les observations de l'établissement
- les **fiches médicales de recueil et de concertation**
- la **fiche administrative de concertation**
- les **pièces des dossiers patients** qui ont été photocopiées ou numérisées

Dans le respect du secret de la confidentialité des données, les envois papiers sont faits sous pli confidentiel et les envois dématérialisés par portail WEB sécurisé PETRA.

13.3 Traitement du rapport par l'UCR

A réception du rapport, l'équipe médicale de l'UCR s'assure qu'il est **complet, cohérent et comporte les signatures nécessaires**.

L'UCR prend connaissance des observations de l'établissement et analyse les divergences de codage entre les praticiens-conseil et l'établissement pour tous les séjours en désaccord.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Quand la **position de l'établissement** est **fondée et en contradiction** avec celle des praticiens-conseils, l'UCR peut prendre contact avec le médecin responsable du contrôle pour en débattre.

La décision de l'UCR est prépondérante sur celle des praticiens-conseils.

Dans le respect de la procédure de concertation, toute modification de l'UCR en contradiction avec les praticiens-conseils **ne peut se faire qu'en faveur de l'établissement**.

L'UCR peut consulter **tout expert**, ATIH ou hors ATIH, qu'elle juge nécessaire d'entendre et en informe l'établissement. En cas de saisine l'ensemble de la procédure est **suspendu jusqu'à réception de l'avis**.

A l'issue du traitement de l'ensemble des pièces, l'UCR informe l'établissement par tout moyen permettant de **rapporter sa date de réception** :

- de son avis sur les observations de l'établissement et la prise en compte ou non des remarques
- de l'avis de l'expert en cas de saisine

En parallèle, l'UCR transmet aux caisses gestionnaires, par tout moyen permettant d'en **rapporter la date de réception**, sous format **papier et/ou dématérialisé**, un fichier spécifique regroupant les données de l'**onglet « A N-3 » anonymisés** du rapport de contrôle et les données de la **fiche de liaison, par patient et par séjour** (sur, sous et iso facturations).

Les caisses ont deux mois à réception pour apporter les éléments de refacturation par patient et par séjour **en sur ou sous facturation**.

De même la caisse pivot ou centralisatrice des paiements a deux mois pour faire connaître à l'UCR les montants des différentes RAM.

Rapport, observations de l'établissement, avis de l'expert le cas échéant, avis de l'UCR et éléments de calcul de la sanction maximale sont adressés à la Commission de contrôle et au DGARS, sous format **papier et/ou dématérialisé**.

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

S'il est membre de l'UCR, le médecin-conseil responsable du contrôle **ne participe pas aux délibérations** concernant l'établissement.

14 SAISINE DE L'ATIH

La circulaire DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007²¹ prévoit que l'UCR puisse saisir l'ATIH pour un avis d'expert sur des **questions de codage**.

Un établissement ne peut pas saisir l'ATIH à la place de l'UCR, mais l'UCR doit **examiner toute** demande d'un établissement souhaitant une saisine de l'ATIH. Elle en apprécie la **pertinence** et s'assure que la question n'a pas été traitée antérieurement (rapport des saisines de l'ATIH).

L'UCR informe l'établissement des **suites données à sa demande** de saisine et **motive** sa réponse en cas de **refus**.

En cas de refus, l'établissement a **15 jours à réception de l'avis de l'UCR** pour adresser **au DGARS sa demande de saisine ATIH et un dossier argumentaire**, de même nature que celui produit par l'UCR.

²¹ 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

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Le DGARS décide de l'**opportunité** de la saisine ATIH, après **avis consultatif** du responsable de l'UCR. Cette décision devra intervenir dans le délai maximum **d'un mois**. Le DGARS en informe alors l'établissement et l'UCR. En cas de saisine, l'UCR transmet un dossier argumentaire à l'ATIH.

14.1 Les domaines d'expertise de l'ATIH

Les domaines d'expertise de l'ATIH concernent :

- le **codage** de toutes les variables du RSA
- la **hiérarchisation des diagnostics** en fonction des situations cliniques décrites dans le guide méthodologique de production des résumés du PMSI
- le **groupage en GHM** d'un RSA en fonction de ses informations

L'ATIH n'est pas compétente pour :

- les **définitions médicales** d'une affection et de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic
- la **pertinence des soins**
- les **honoraires médicaux**
- le **bien fondé du classement** d'un RSA dans un GHM en fonction des **prestations**

Dans ces cas, il appartient à l'UCR, si nécessaire, **de recourir à tout autre expert** qu'elle jugera compétent.

Pour permettre des réponses dans des délais satisfaisants, la circulaire DHOS/F1/ATIH/2009/324 du 26 octobre 2009²² a instauré des **quotas régionaux** de saisines.

Sur une base **d'environ 250 saisines** par campagne France entière, le nombre maximal de dossiers à soumettre par région est indexé sur le nombre de séjours réalisés dans la région.

Les UCR doivent **respecter ces quotas** sous peine de ne **pas recevoir de réponse** pour les saisines en sus. Dans la mesure du possible, l'UCR procède à des demandes d'avis groupées.

14.2 La procédure de saisine ATIH

La demande d'expertise signée par le responsable de l'UCR est adressée sous format **papier et dématérialisée** au directeur de l'ATIH.

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

Pour une même situation clinique l'UCR établit un **dossier argumentaire** sous format d'une fiche comportant (cf. modèle en annexe §22-1) :

- un **résumé du cas clinique**
- les **codages** de l'établissement et du contrôleur ou de l'UCR, et leurs **argumentaires**
- l'identification pour les deux codages des **types d'informations**, DP +/- DR, DAS, actes CCAM, et toute autre information pertinente
- le **domaine d'expertise** sollicité, codage, hiérarchisation des diagnostics ou groupage
- le double des **fiches médicales de recueil et de concertation**
- les **pièces anonymisées du dossier patient** photocopiées ou numérisées

Une seule fiche suffit pour une même situation clinique concernant plusieurs établissements ou plusieurs séjours dans le même établissement, **sauf en cas de variantes du cas clinique** pouvant modifier la hiérarchisation ou le codage. Le format électronique de la fiche est **téléchargeable sur le site de l'ATIH**.

²² CIRCULAIRE N°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).

14.3 Suites données à la saisine de l'ATIH

L'ATIH dispose **d'un délai d'un mois** pour répondre à l'UCR **par courrier et par voie électronique**, où au DGARS si il est à l'initiative de la demande.

L'UCR transmet la réponse à l'établissement, et les résultats de l'ensemble des saisines chaque année au COTRIM.

L'ATIH **publie régulièrement** sur son site Internet **un rapport sur les situations cliniques ayant fait l'objet d'une saisine**, sans référence aux établissements concernés.

L'avis de l'ATIH est un **avis consultatif**.

15 L'OBSTACLE A CONTROLE

Au titre de l'article R. 162-35-6 du CSS l'obstacle à contrôle concerne toute pratique qui empêcherait le médecin responsable du contrôle et son équipe de remplir leurs missions, de la préparation à la réalisation du contrôle.

L'obstacle à contrôle peut donner lieu à une **sanction financière** prononcée par le DGARS dont le montant **ne peut excéder 5%** de la recette annuelle d'Assurance Maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

15.1 Situations d'obstacle à contrôle

L'annexe 2 de la circulaire DHOS/ATIH du 18 juillet 2008²³ précise les principales situations d'obstacle à contrôle.

15.1.1 Modification des fichiers transmis

Dans les établissements ex-DG, si l'équipe de contrôle constate une **discordance entre le GHM issu de la feuille d'extraction d'OSCT et celui issu de SecRSSCtl.zip**, il peut s'agir de séjours transmis par l'applicatif LAMDA entre les deux procédures.

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

L'envoi d'un fichier rectificatif sur les champs et la période contrôlés est considéré comme un **obstacle à contrôle** dès lors que l'établissement **a reçu le courrier ARS l'avertissant du contrôle T2A**.

Dans les établissements ex-OQN, si l'équipe de contrôle constate une **discordance entre le GHM contrôlé issu de la base PMSI et le GHS porté sur la facture**, il peut s'agir d'une facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur ou d'une modification du RSS après envoi de la facture à l'Assurance Maladie.

L'absence de corrections des données PMSI après rectification de facturations **dans les deux mois** qui suivent peut être considérée comme un manquement aux conditions de transmission des données d'activité. Indépendamment de la notion d'obstacle à contrôle, cette situation devra faire l'objet d'une **analyse médico-administrative hors contrôle T2A** pour en déterminer la cause.

15.1.2 Obstacles à la préparation du contrôle

Peuvent être considérées comme obstacles à la préparation du contrôle :

- la non conservation ou dégradation des **fichiers de sauvegarde issus d'AGRAF ou de GENRSA** prévus à l'article 6 II de l'arrêté du 23 décembre 2016²⁴.

²³ CIRCULAIRE N°DHOS/F/ATIH/2008/ du 18 Juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008, et au bilan de la campagne de contrôle 2007

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

- la non-transmission du fichier « **SecRssCand.zip** » généré avec le module A de l'outil LEDDA
- la non-transmission du fichier « **SecRssCtl.zip** » généré avec le module B de l'outil LEDDA
- la non-transmission de la **fiche de liaison complétée** par l'établissement

15.1.3 Obstacles à la réalisation du contrôle

Pourraient être considérés comme obstacles à la réalisation du contrôle :

- l'absence de désignation de médecin responsable DIM
- le report répété sans justification de la date de début de contrôle sur site
- une non-présentation répétée des dossiers des patients pour les séjours contrôlés
- l'absence de mise à la disposition d'un local dédié et adapté au contrôle
- tout empêchement à la réalisation de copies des éléments médicaux et/ou administratifs
- toute entrave au bon déroulé des phases d'analyse et de concertation

15.2 Démarches à suivre en situation d'obstacle au contrôle

Le médecin responsable du contrôle et le médecin DIM consignent dans un **procès-verbal d'incident**, daté et signé, les faits ou situations qu'ils transmettent au pôle contentieux de la **DRSM** et à la **Direction de l'établissement**.

De même que les médecins DIM peuvent prévenir leur Fédération Hospitalière, dans un parallélisme des formes, les médecins-conseils peuvent faire de même avec la DACCRF, via leur DRSM.

Avant d'alerter l'UCR, le **DRSM** et le **Directeur** de l'établissement tentent de trouver **une solution amiable**.

En cas d'échec, sur la base du PV il appartient alors à l'UCR de vérifier qu'il s'agit bien d'un **obstacle** conduisant à une **interruption de tout ou partie** du contrôle, et non d'un simple incident. L'UCR tente une première **conciliation téléphonique ou par courrier électronique** avec la direction de l'établissement.

En cas d'obstacle persistant l'UCR contacte le **Directeur de la DRSM** qui par **courrier** informe la direction de l'établissement **des faits constatés** et le prévient des **risques encourus** au regard des textes réglementaires, avec **copie du PV d'incident**.

En l'absence de résolution, l'UCR **engage la procédure d'obstacle à contrôle**, informe le DGARS et lui transmet le PV d'incident ainsi que les doubles des courriers envoyés à la direction de l'établissement.

Le DGARS 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, le DGARS peut engager une procédure de sanction dans les conditions fixées à l'article R. 162-35-5 CSS.

Si l'obstacle ne porte que sur une partie des séjours à contrôler, le reste du contrôle se poursuit. Le contrôle des séjours faisant l'objet de l'obstacle est ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

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

En tout état de cause, il convient **d'attendre la décision de l'ARS** avant de procéder à la finalisation OGC.

²⁴ Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 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.

16 LA PROCEDURE D'INDUS

La caisse pivot ou centralisatrice des paiements procède à une **notification unique de payer** les sommes indûment perçues à l'établissement pour le compte de l'ensemble des caisses gestionnaires.

Par combinaison des articles L. 133-4, R. 133-9-1 et R. 133-9-3²⁵ du CSS, la notification de payer les sommes indûment perçues doit être envoyée par tout moyen permettant de **rapporter la preuve de sa date de réception** sous format **papier et/ou dématérialisé** par Web sécurisé PETRA.

Le **délai de prescription** est de **3 ans** à compter de la **date de paiement** par l'Assurance Maladie de la somme indue.

16.1 La notification des indus

16.1.1 Le courrier de notification d'indu

Aux termes de l'article R. 133-9-1 du CSS, dans sa rédaction issue du décret du 7 septembre 2012²⁶, la notification d'indu précise :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements **donnant lieu à répétition**
- la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre **des sous facturations**
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, imparti à l'établissement **pour s'acquitter des sommes réclamées**
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, pour saisir les **Commissions de Recours Amiable des caisses gestionnaires**. La notification précise les coordonnées de chacune des CRA susceptibles d'être saisies.
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, pour présenter des observations écrites auprès de la Caisse pivot ou centralisatrice des paiements

Le signataire peut être le directeur de la caisse pivot ou centralisatrice des paiements ou tout agent bénéficiant d'une délégation du directeur en cours de validité.

16.1.2 Les pièces jointes

Afin d'apporter la preuve du fondement de l'action en répétition d'indu, la caisse pivot ou centralisatrice des paiements soumettra à la contradiction **des éléments échangés au cours du contrôle** :

- l'onglet « n°5 » du rapport de contrôle (ou le document word) correspondant à la synthèse et aux conclusions des praticiens-conseils,
- le cas échéant les observations de l'établissement au rapport de contrôle
- le cas échéant l'avis de l'UCR sur les observations de l'établissement
- un tableau récapitulatif par caisses gestionnaires qui indique pour chaque séjour concerné en sur ou sous-facturation le nom, prénom du patient, n° de facture, la cause, la nature, le montant et la date de paiement par l'Assurance Maladie et les dates de séjours.

16.1.3 Le principe de compensation

La notification de payer les sommes indûment perçues précise qu'en présence d'un **accord écrit de l'établissement**, la caisse pivot ou centralisatrice des paiements procédera à la **compensation** entre les

²⁵ Article R. 133-9-3 CSS

²⁶ Décret n° 2012-1032 du 7 septembre 2012 modifiant les procédures relatives à la répétition des indus et aux pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale

sommes dues par l'établissement au titre des **surfacturations** et **celles dues par les caisses gestionnaires** au titre des **sous facturations**.

Cette mention répond à l'obligation posée par **l'article R. 133-9-3 du CSS** qui prévoit l'extinction des dettes réciproques à concurrence de la plus faible, par un commun accord entre les parties.

Le montant des sommes notifiées est alors égal à la différence entre le montant des surfacturations et le montant des sous facturations.

Cet accord sur le principe de la compensation **ne prive pas l'établissement de sa capacité à contester** la somme à payer.

16.1.4 Les voies de recours ouvertes à l'établissement pour contester la notification

La saisine de la commission de recours amiable est un préalable obligatoire à toute procédure devant le TASS.

Si la CRA n'a pas répondu **dans le délai de 30 jours** qui suit la réception du recours l'établissement peut considérer sa demande comme **implicitement rejetée** et **saisir directement le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale**.

La décision de la CRA est portée à la connaissance de l'établissement par tout moyen permettant de **rapporter la preuve de sa date**.

Si la CRA rejette le recours, implicitement ou explicitement, l'établissement peut contester la décision devant le TASS dans le **délai de deux mois** à compter du rejet.

16.2 Le recouvrement des indus

16.2.1 La notification d'une mise en demeure

Par combinaison des articles L. 133-4 et R. 133-9-1 du CSS, une **mise en demeure** est adressée dans **tous les cas où** la créance initiale notifiée :

- **n'a pas été soldée dans le délai imparti** au débiteur pour la régler, **en l'absence** de sa part d'observations et de **contestation devant la CRA**,
- **a été confirmée par une décision de la CRA** en l'absence de règlement,
- a été **confirmée ou partiellement infirmée** au vu des observations présentées pour le solde restant non réglé,
- a fait l'objet d'un **paiement partiel sans observation ou saisine de la CRA**.

Aux termes de l'article R. 133-9-1 du CSS, dans sa rédaction issue du décret du 7 septembre 2012, la mise en demeure précise :

- 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
- l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées
- l'existence et le montant d'une majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai
- les voies et délais de recours

Comme pour la notification des indus, la mise en demeure comportera en annexes les pièces jointes mentionnées au §16.1.2

16.2.2 Les voies de recours ouvertes à l'établissement pour contester la mise en demeure

La saisine de la commission de recours amiable est un préalable obligatoire à toute procédure devant le TASS.

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

Si la CRA n'a pas répondu dans le délai de 30 jours qui suit la réception du recours, l'établissement peut considérer sa demande comme implicitement rejetée et saisir directement le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale.

La décision de la CRA est portée à la connaissance de l'établissement par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date.

Si la CRA rejette le recours, implicitement ou explicitement, l'établissement peut contester la décision devant le TASS dans le délai de deux mois à compter du rejet.

17 LA PROCEDURE DE SANCTION

L'article L. 162-23-13 instaure un système de pénalités non exclusif de la répétition de l'indu puisque « *les établissements de santé sont passibles (...) d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation (...), d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée* ».

L'UCR calcule le montant de la sanction maximale et rédige une synthèse pour éclairer l'avis de la Commission de contrôle et la décision du DGARS.

17.1 Confirmation du caractère sanctionnable du champ contrôlé.

Avant d'engager la procédure de sanction l'UCR doit vérifier que les conditions et les différentes étapes du contrôle sur site définies par les textes réglementaires **ont été respectées**, notamment :

- l'ARS a informé l'établissement du **caractère sanctionnable** du ou des champs.
- la totalité des séjours contrôlés répond à la **définition du champ** telle qu'elle figure dans le programme de contrôle et dans le courrier envoyé par l'ARS à l'établissement,
- **l'effectif contrôlé** du champ sanctionnable répond aux contraintes citées § 7.3.1
- l'établissement a eu le **temps nécessaire et suffisant** pour modifier ses pratiques de codage et de facturation

Par décision conjointe de l'ensemble des acteurs, en cas de contrôle avec un ou des champs sanctionnables, l'établissement doit recevoir le courrier d'information de l'ARS **au plus tard le 31 décembre de l'année N** pour le contrôle de séjours clos l'année N-1.

17.2 Le calcul du montant maximal de la sanction

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

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

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

A réception des éléments financiers pour **les séjours en sur et en sous-facturation** l'UCR détermine pour **chaque champ sanctionnable** :

- le **taux d'anomalie** constaté sur le champ
- le **montant maximal** de la sanction pour le champ

Le taux d'anomalies constaté **sur le champ** correspond au rapport :

- des sommes indûment perçues calculées pour le champ résultant de la **différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées** sur **tous les séjours** du champ
- sur les sommes dues après contrôle par l'Assurance Maladie au titre de la **refacturation de tous les séjours** du champ

Le montant maximal de la sanction **pour le champ** est déterminé après calcul de **deux bornes** :

- La première borne est le **produit** du **taux d'anomalies constaté** sur le champ par le **montant annuel des recettes Assurance maladie afférentes à toutes les activités, prestations ou ensemble de séjours** dont sont issus les séjours du champ ayant fait l'objet du contrôle.
- La deuxième borne correspond à **dix fois** les sommes indûment perçues calculées pour le champ résultant de la **différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées** sur **tous les séjours** du champ

Le montant **maximum** de la sanction **pour le champ** correspond à **la plus petite des deux bornes**.

Le montant **maximum** de la sanction **pour l'établissement** correspond à **la somme des montants maxima des sanctions** pour les champs sanctionnables.

Le montant **maximum** de la sanction **pour l'établissement** est **inférieur à 5% de la totalité des recettes Assurance Maladie** de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

17.3 La synthèse de l'UCR transmise à la Commission de contrôle et au DGARS

Après confirmation du principe de la sanction en séance plénière, l'UCR transmet à la Commission de contrôle et au DGARS, sous format **papier et/ou dématérialisé** par Web sécurisé PETRA, un rapport de synthèse reprenant :

- la copie du **courrier de l'ARS** informant l'établissement du contrôle, ainsi que la copie de l'avis de réception
- le **rapport de contrôle**, ainsi que son avis de réception
- le cas échéant les **observations de l'établissement**, ainsi que **l'avis de l'UCR** sur ces observations
- le cas échéant **les avis d'expert(s) demandés** par l'UCR
- la **RAM totale de l'établissement** pour l'année antérieure au contrôle et le **plafond de 5 %** de cette recette
- pour **chacun** des champs sanctionnables
 - le **nombre total de séjours facturés** par l'établissement au titre de la période contrôlée
 - le **nombre de séjours contrôlés** et pris en compte pour déterminer les bornes de la sanction
 - pour chaque séjour le n° OGC permettant à l'établissement d'identifier le séjour
 - le **taux d'anomalie** constaté sur le champ
 - le calcul des **bornes** et le **montant maximal** de la sanction pour le champ
 - la **RAM afférente au champ** contrôlé pour l'année antérieure au contrôle
 - le montant après contrôle des séjours contrôlés
 - les **sommes indûment perçues** par l'établissement au titre des surfacturations
 - les **sommes dues** par les caisses au titre des sous facturations
 - les éléments permettant au DGARS et à la Commission de contrôle de se prononcer **sur la gravité des manquements et le caractère réitéré**
- Le montant de la **sanction maximale pour l'établissement**

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Cette synthèse précise également que le contrôle a été réalisé conformément à l'article L. 162-23-13 du CSS, qu'une ou plusieurs sanctions financières étaient prévues dans le programme de contrôle pour l'établissement, et que l'Assurance Maladie se réserve le droit de procéder, parallèlement à la procédure de sanction financière, à la récupération des sommes indûment perçues constatées conformément à l'article R.133-9-1 du CSS.

17.4 Les modalités de modulation de la sanction

Pour assurer une égalité de traitement des établissements sur le territoire et standardiser les pratiques, la circulaire DSS/DGOS/MCGR n°2011-395 du 20 octobre 2011 définit des **critères de modulation** pour fixer le montant des sanctions par les DGARS.

Au vu des éléments transmis par l'UCR et de l'avis de la Commission de contrôle, le DGARS prononce ou non une sanction. Le montant de la sanction est déterminé en fonction de la gravité et du caractère réitéré ou non des faits.

Le **pouvoir d'appréciation** incombe au DGARS **en opportunité et en montant**. Il peut ne pas suivre l'avis de la Commission, et dans ce cas, il doit motiver sa décision.

La **gravité des faits** peut être notamment appréciée en fonction de :

- l'importance du taux d'anomalies
- l'absence de réalisation de la prestation
- le caractère réitéré du manquement

Un **manquement est réitéré** dès lors que les conditions cumulatives suivantes sont réunies :

- les deux occurrences du manquement doivent porter sur la même activité, prestation ou les mêmes séjours présentant une caractéristique commune de l'établissement
- et le manquement doit être constaté sur **une autre campagne** que celle au cours de laquelle a été constatée la première occurrence, dans un **délai de 3 mois** après la notification des indus correspondants.

La Circulaire DSS/DGOS/MCGR 2011-395 du 20 octobre 2011 définit la **réitération** comme deux occurrences d'un manquement portant « *sur la même activité ou sur le même type de prestations ou ensembles de séjours ayant des caractéristiques communes* ».

La **caractéristique commune** constitue le trait distinctif ou spécifique de quelque chose ou de quelqu'un, le trait dominant d'une chose ou d'une abstraction.

Pour un champ de contrôle, il faut entendre le **principe général régissant le champ de contrôle** et non faire une simple lecture restrictive de la requête du champ.

Le caractère itératif repose sur le **non-respect de règles de codage similaire** telles que définies dans les annexes réglementaires relatives au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, ou guides de codage ATIH.

Cette prise en compte de la réitération vise à **vérifier la mise en place d'actions correctrices** visant à assurer le **respect d'une règle donnée**, suite à un premier contrôle ayant porté sur l'application de cette même règle.

Il s'agit ici avant tout de s'assurer de la bonne compréhension et de la bonne appropriation des règles de facturation et de codage par l'établissement.

Il peut ainsi y avoir réitération alors même que les manquements ne portent pas strictement sur la même prestation ou sur le même élément de codage (même CMA par exemple), dès lors que **les arguments à opposer sont similaires**.

17.5 La procédure de notification de la sanction

La notification de la sanction est faite par le DGARS en deux étapes, à chaque étape l'établissement peut faire valoir des observations.

17.5.1 La notification de la sanction envisagée

Le DGARS adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la date de réception, une **première notification** du montant de la **sanction maximale encourue**.

Ce courrier de notification précise le montant de la sanction maximale envisagée **pour chaque champ** contrôlé soumis à sanction.

Il reprend la date, la cause, la nature, dont les types de manquements observés, et le montant de ces manquements pour chaque champ soumis à sanction.

La notification précise enfin que l'établissement a **un mois** pour demander à **être entendu par le DGARS** ou son représentant ou faire des **observations écrites**.

17.5.2 La notification de la sanction prononcée

Au terme du **délai d'un mois** ou **après audition de l'établissement**, s'il décide de poursuivre, le DGARS **saisit l'avis** de la Commission de contrôle et lui adresse, le cas échéant, les observations écrites de l'établissement. La Commission de contrôle a **deux mois dès sa saisine** pour rendre un **avis motivé** sur la **gravité des manquements** et le **montant** de la sanction définitive.

L'établissement peut demander à **être entendu par la Commission de contrôle**.

La Commission adresse son avis motivé **au DGARS et à l'établissement**. Si la Commission ne s'est pas prononcée au terme de ce délai de deux mois, l'avis est réputé rendu.

Au terme du délai de deux mois ou à réception de l'avis de la Commission de contrôle, le DGARS a **un mois pour notifier ou non la sanction définitive** à l'établissement.

Ce courrier de notification définitive, adressé par tout moyen permettant de rapporter la date de réception, comprend :

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

Le DGARS adresse une copie du courrier de notification définitive à la Commission de contrôle et à la caisse pivot ou centralisatrice des paiements de l'établissement.

Si le DGARS ne prononce **pas de sanction** malgré la proposition de la Commission de contrôle, il motive cette abstention auprès de la Commission dans un **délai d'un mois**.

A défaut de notification par le DGARS dans le **délai d'un mois** la procédure de sanction est **réputée abandonnée**.

17.6 Les voies de recours de l'établissement

Le signataire de la décision de sanction financière prise sur le fondement de l'article L.162-23-13 du CSS est le DGARS. La décision de sanction est donc une **décision administrative**.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Conformément au droit commun du contentieux administratif, l'établissement peut déposer un recours dans un **délai de deux mois** à compter de la réception de la notification de la sanction, devant le **Tribunal administratif**.

Le recours exercé contre la sanction n'est **pas suspensif de son exécution**, sauf obtention auprès du juge des référés du Tribunal Administratif d'une suspension de l'exécution de la décision administrative (article L. 521 du code de justice administrative).

ANNEXES

18 REFERENTIELS REGLEMENTAIRES

18.1 Code de la sécurité sociale

3- Article L. 162-22-6

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, détermine les catégories de prestations donnant lieu à facturation pour les activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements suivants :

- a) Les établissements publics de santé, à l'exception des établissements dispensant des soins aux personnes incarcérées mentionnés à l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ;
- b) Les établissements de santé privés à but non lucratif qui ont été admis à participer à l'exécution du service public hospitalier à la date de publication 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 ;
- c) Les établissements de santé privés à but non lucratif ayant opté pour la dotation globale de financement en application de l'article 25 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée ;
- d) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b et c ayant conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec l'agence régionale de santé ;
- e) Les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés aux b, c et d.

Ce décret précise :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations, tenant compte notamment des moyens techniques, matériels et humains mis en œuvre pour la prise en charge des patients, donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale et établies notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

4- Article L. 162-23-1

Pour les activités mentionnées au 4° de l'article L. 162-22, un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations les plus représentatives des établissements de santé, détermine :

1° Les catégories de prestations d'hospitalisation sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à une facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;

3° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie.

5- Article L. 162-23-13

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 articles L. 162-22-6 et L. 162-23-1, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé 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.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues et du caractère réitéré des manquements. 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 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.

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.

7- Article L. 162-23-12

Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, 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.

8- Article R. 162-35-1

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

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-35 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

11- Article L. 162-21-3

Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

L'observatoire est chargé du suivi des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au II bis des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

L'observatoire est composé :

- 1° De représentants des services de l'Etat ;
- 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;
- 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret.

13- Article R. 162-35

La commission de contrôle mentionnée à l'article L. 162-23-13 est composée de deux collèges :

- 1° Cinq représentants de l'agence régionale de santé, désignés par son directeur général ;
- 2° Cinq représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, désignés par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Les membres de la commission sont nommés pour cinq ans. Des suppléants en nombre égal à celui des titulaires sont désignés dans les mêmes conditions. Le remplacement d'un membre de la commission, en cas de cessation de fonctions au cours du mandat, s'effectue dans les mêmes conditions que sa nomination et pour la durée du mandat qui reste à courir.

Le président de la commission est désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé parmi les représentants de l'agence. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix.

La commission ne peut donner son avis que si au moins trois membres de chacun des deux collèges sont présents.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Les membres de la commission sont soumis au secret des délibérations. Ils ne peuvent pas siéger lorsqu'ils ont un intérêt personnel ou direct à l'affaire qui est examinée.

14- Article R. 162-35-1

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

L'unité de coordination régionale du contrôle externe est composée, pour les deux tiers, de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la commission de contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2° de l'article R. 162-35 et, pour un tiers, de personnels de l'agence régionale de santé. L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le médecin-conseil régional du régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, le médecin-conseil régional du régime social des indépendants et le médecin coordonnateur régional des régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

15- Article R. 162-35-2

L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-23-13 par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels portent le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

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

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

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

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

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

16- Article R. 162-35-4

Le montant de la sanction résultant du contrôle est déterminé par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis de la commission de contrôle.

Le directeur général de l'agence régionale de santé calcule le taux d'anomalies défini comme le quotient, d'une part, des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon ainsi que, le cas échéant, de la minoration mentionnée au septième alinéa de l'article L. 133-4, et, d'autre part, des sommes dues par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

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

Le montant de la sanction ne peut excéder dix fois le montant des sommes indûment perçues par l'établissement, déduction faite des sommes dues par les caisses au titre des sous-facturations constatées sur l'échantillon ainsi que, le cas échéant, de la minoration mentionnée au septième alinéa de l'article L. 133-4. Le montant de la sanction est inférieur à la limite de 5 % de la totalité des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle.

Ne sont pas prises en compte dans les recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement les sommes versées en application de l'article L. 162-22-14 et du II de l'article L. 162-23-8 du code de la sécurité sociale.

17- Article R. 162-35-5

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

A l'issue du délai d'un mois à compter de ladite notification ou après audition de l'établissement en cause, lorsque celle-ci intervient postérieurement à l'expiration de ce délai, si le directeur général de l'agence régionale de santé décide de poursuivre la procédure, il

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

saisit la commission de contrôle dans un délai d'un mois et lui communique les observations présentées, le cas échéant, par l'établissement.

II. - Après que le directeur général de l'agence régionale de santé ou son représentant a présenté ses observations, et après avoir entendu, le cas échéant, l'établissement en cause dans le délai imparti, la commission de contrôle rend un avis motivé, portant notamment sur la gravité des manquements constatés, ainsi que sur le montant de la sanction envisagée. Elle adresse son avis au directeur général de l'agence régionale de santé ainsi qu'à l'établissement dans un délai de deux mois à compter de sa saisine. Si la commission ne s'est pas prononcée au terme de ce délai, l'avis est réputé rendu.

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

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

A défaut du respect par le directeur général de l'agence régionale de santé du délai d'un mois mentionné aux deux alinéas précédents, la procédure est réputée abandonnée.

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

18- Article R. 162-35-6

Lorsque l'établissement fait obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle prévu à l'article L. 162-23-13 et exercé dans les conditions fixées à l'article R. 162-35-2, l'unité de coordination en informe le directeur général de l'agence régionale de santé, qui adresse à l'établissement, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un délai de quinze jours et en informe la commission de contrôle. Si, à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, la sanction mentionnée au quatrième alinéa de l'article L. 162-23-13 peut lui être infligée, dans les conditions fixées à l'article R. 162-35-5.

21- Article R. 133-9-1

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 tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date 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 de deux mois à partir de sa réception imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées ainsi que les voies et délais de recours. Dans le même délai, l'intéressé peut présenter des observations écrites à l'organisme d'assurance maladie.

A défaut de paiement à l'expiration du délai de forclusion prévu à l'article R. 142-1 ou après notification de la décision de la commission instituée à ce même article, le directeur de l'organisme de sécurité sociale compétent lui adresse la mise en demeure prévue à l'article L. 133-4 par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

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 ainsi que l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées. Elle mentionne, en outre, l'existence et le montant de la majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai, ainsi que les voies et délais de recours.

II.- 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.

22- Article L. 133-4

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

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

1° 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, L. 162-22-7-3 et L. 162-23-6 ou relevant des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-6 et L. 162-23-1 ;

2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 160-8, 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.

Lorsque l'action en recouvrement porte sur une activité d'hospitalisation à domicile facturée par un établissement de santé mentionné à l'article L. 6125-2 du code de la santé publique, l'indu notifié par l'organisme de prise en charge est minoré d'une somme égale à un pourcentage des prestations facturées par l'établissement. Ce pourcentage est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

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.

Si le professionnel ou l'établissement n'a ni payé le montant réclamé, ni produit d'observations et sous réserve qu'il n'en conteste pas le caractère indu, l'organisme de prise en charge peut récupérer ce montant par retenue sur les versements de toute nature à venir.

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.

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. Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise.

Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des quatre alinéas qui précèdent.

23- Article L. 315-1-III

III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie, de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies en application des dispositions de l'article L. 162-1-7.

28-Article R. 133-9-3

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

18.2 Code de la santé publique

1- Article L. 6113-7

Les établissements de santé, publics ou privés, procèdent à l'analyse de leur activité.

Dans le respect du secret médical et des droits des malades, ils mettent en œuvre des systèmes d'information qui tiennent compte notamment des pathologies et des modes de prise en charge en vue d'améliorer la connaissance et l'évaluation de l'activité et des coûts et de favoriser l'optimisation de l'offre de soins.

Les praticiens exerçant dans les établissements de santé publics et privés transmettent les données médicales nominatives nécessaires à l'analyse de l'activité et à la facturation de celle-ci au médecin responsable de l'information médicale pour l'établissement dans des conditions déterminées par voie réglementaire après consultation du Conseil national de l'ordre des médecins.

Les praticiens transmettent les données mentionnées au troisième alinéa dans un délai compatible avec celui imposé à l'établissement.

Sous l'autorité des chefs de pôle, les praticiens sont tenus, dans le cadre de l'organisation de l'établissement, de transmettre toutes données concernant la disponibilité effective des capacités d'accueil et notamment des lits.

A la demande du directeur, ce signalement peut se faire en temps réel.

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale. Pour ce qui concerne les établissements publics de santé, les conditions de cette désignation et les modes d'organisation de la fonction d'information médicale sont fixés par décret.

Lorsque les praticiens appartenant au personnel des établissements publics de santé ne satisfont pas aux obligations qui leur incombent en vertu des troisième et quatrième alinéas, leur rémunération fait l'objet de la retenue prévue à l'article 4 de la loi de finances rectificative pour 1961 (n° 61-825 du 29 juillet 1961)

2- Article L. 6113-8

Les établissements de santé transmettent aux agences régionales de santé, à l'Etat ou à la personne publique qu'il désigne et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, à leurs données sanitaires, démographiques et sociales qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision du projet régional de santé, à la détermination de leurs ressources, à l'évaluation de la qualité des soins, à la veille et la vigilance sanitaires, ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation.

Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en œuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au Répertoire national d'identification des personnes physiques, et dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers, notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire.

Les établissements qui ne transmettent pas les informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur général de l'agence régionale de santé, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie.

19- Article L. 1110-4

I.- Toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins dont les conditions d'exercice ou les activités sont régies par le présent code, le service de santé des armées, un professionnel du secteur médico-social ou social ou un établissement ou service social et médico-social mentionné au I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel, de tout membre du personnel de ces établissements, services ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

II.- Un professionnel peut échanger avec un ou plusieurs professionnels identifiés des informations relatives à une même personne prise en charge, à condition qu'ils participent tous à sa prise en charge et que ces informations soient strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou à son suivi médico-social et social.

III.- Lorsque ces professionnels appartiennent à la même équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12, ils peuvent partager les informations concernant une même personne qui sont strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins ou à son suivi médico-social et social. Ces informations sont réputées confiées par la personne à l'ensemble de l'équipe.

Le partage, entre des professionnels ne faisant pas partie de la même équipe de soins, d'informations nécessaires à la prise en charge d'une personne requiert son consentement préalable, recueilli par tout moyen, y compris de façon dématérialisée, dans des conditions définies par décret pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

IV.- La personne est dûment informée de son droit d'exercer une opposition à l'échange et au partage d'informations la concernant. Elle peut exercer ce droit à tout moment.

V.- Le fait d'obtenir ou de tenter d'obtenir la communication de ces informations en violation du présent article est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 euros d'amende.

En cas de diagnostic ou de pronostic grave, le secret médical ne s'oppose pas à ce que la famille, les proches de la personne malade ou la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 reçoivent les informations nécessaires destinées à leur permettre d'apporter un soutien direct à celle-ci, sauf opposition de sa part. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

Le secret médical ne fait pas obstacle à ce que les informations concernant une personne décédée soient délivrées à ses ayants droit, son concubin ou son partenaire lié par un pacte civil de solidarité, dans la mesure où elles leur sont nécessaires pour leur permettre de connaître les causes de la mort, de défendre la mémoire du défunt ou de faire valoir leurs droits, sauf volonté contraire exprimée par la personne avant son décès. Toutefois, en cas de décès d'une personne mineure, les titulaires de l'autorité parentale conservent leur droit d'accès à la totalité des informations médicales la concernant, à l'exception des éléments relatifs aux décisions médicales

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

pour lesquelles la personne mineure, le cas échéant, s'est opposée à l'obtention de leur consentement dans les conditions définies aux articles L. 1111-5 et L. 1111-5-1.

VI. - Les conditions et les modalités de mise en œuvre du présent article pour ce qui concerne l'échange et le partage d'informations entre professionnels de santé et non-professionnels de santé du champ social et médico-social sont définies par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

20- Article R. 6113-5

Les médecins chargés de la collecte des données médicales nominatives ou du traitement des fichiers comportant de telles données sont soumis à l'obligation de secret dont la méconnaissance est punie conformément aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

Il en est de même des personnels placés ou détachés auprès de ces médecins et qui travaillent à l'exploitation de données nominatives sous leur autorité, ainsi que des personnels intervenant sur le matériel et les logiciels utilisés pour le recueil et le traitement des données.

18.3 Décrets et circulaires

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

9- Arrêté du 19 février 2015 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ayant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ou ayant une activité d'hospitalisation à domicile.

10- Circulaire DSS/DGOS/MCGR no 2011-395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

12- Annexe II de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 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 « PMSI-MCO »).

24- 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.

25- CIRCULAIRE N°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).

26- CIRCULAIRE N°DHOS/F/ATIH/2008/ du 18 Juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008, et au bilan de la campagne de contrôle 2007.

27- Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, 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.

29- Décret n° 2012-1032 du 7 septembre 2012 modifiant les procédures relatives à la répétition des indus et aux pénalités financières prononcées par les organismes de sécurité sociale.

19 CHARTE DU CONTROLE EXTERNE SIGNEE EN 2008

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

Engagements de l'Assurance Maladie et de l'Etat :

- L'Etat et l'Assurance Maladie veillent au respect du principe d'égalité de traitement des établissements contrôlés.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à ce que les contrôles soient réalisés avec compétence, rigueur et professionnalisme respectant les principes d'objectivité, de neutralité et d'impartialité.
- L'Etat et l'Assurance Maladie veillent à ce que les médecins contrôleurs placés sous leur autorité respectent le secret médical dans toutes les actions d'analyse, de conservation, d'anonymisation et de transmission des données médicales dont ils sont responsables tout au long de la procédure du contrôle et notamment à l'issue du contrôle sur site.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à préciser à l'établissement, avant le début du contrôle sur site, le cadre juridique du contrôle (article L. 162-22-18 CSS relatif aux sanctions financières).
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à actualiser en tant que de besoin le guide du contrôle externe régional. Chaque actualisation fera l'objet d'une information préalable des fédérations hospitalières.
- L'Etat et l'Assurance Maladie s'engagent à communiquer aux établissements le bilan d'activité annuel de l'UCR par l'intermédiaire de l'ARH.

Engagements de l'Assurance Maladie

- L'Assurance Maladie s'engage à mettre en place une procédure interne permettant d'éviter les conflits d'intérêt entre les contrôleurs et l'établissement contrôlé.
- L'Assurance Maladie s'engage à respecter les procédures du contrôle externe décrites dans le guide du contrôle externe régional.
- L'Assurance Maladie s'engage à fixer les dates du contrôle sur site au cours d'une concertation préalable avec l'établissement à contrôler.
- A l'issue de la mise à disposition des dossiers médicaux et administratifs par l'établissement, l'Assurance Maladie s'engage à ce que les tâches de secrétariat inhérentes au contrôle sur site, et notamment à l'exécution de photocopies, soient assurées par les contrôleurs ou par le personnel administratif du service du contrôle médical les accompagnant.
- L'Assurance Maladie s'engage à ce que les contrôleurs observent une stricte réserve, soient circonspects dans leur propos et s'interdisent d'intervenir dans la relation soignant soigné.

AS Q MP 12/07/08

- L'Assurance Maladie s'engage à ce que les contrôleurs observent une stricte réserve, soient circonspects dans leur propos et s'interdisent d'intervenir dans la relation soignant soigné.
- L'Assurance Maladie s'engage à proposer à l'établissement dès le début du contrôle sur site une organisation et une planification de la concertation entre les contrôleurs, le médecin responsable du DIM et, en tant que de besoin, les praticiens concernés par des dossiers divergents.
- L'Assurance Maladie s'engage à ce que les fiches argumentaires contradictoires (nommées fiches n°6 dans le guide du contrôle externe régional) signées par le contrôleur et le médecin responsable du DIM ou le médecin clinicien, soient mises à dispositions des deux parties à l'issue de la concertation, dans le respect du secret médical.

Engagements des établissements :

- Les établissements s'engagent à assurer de bonnes conditions de travail afin de faciliter la tâche des contrôleurs : accueil, local, disponibilité...
- Les établissements s'engagent à respecter les dates du contrôle sur site fixées au cours d'une concertation préalable avec l'Assurance Maladie.
- Les établissements s'engagent à mettre à disposition des contrôleurs les dossiers médicaux et administratifs ainsi que tous les documents nécessaires au contrôle prévus dans le guide du contrôle externe régional.
- Les établissements s'engagent à respecter les procédures du contrôle externe décrites dans le guide du contrôle externe régional.
- Les établissements s'engagent à favoriser la disponibilité des médecins (DIM et cliniciens) lors de la concertation avec les médecins contrôleurs sur les dossiers.
- Les établissements veillent à respecter le secret médical tout au long de la procédure de contrôle ainsi qu'au cours de la phase contentieuse postérieure au contrôle.
- Les établissements veillent à respecter le secret professionnel tout au long de la procédure de contrôle ainsi qu'au cours de la phase contentieuse postérieure au contrôle.

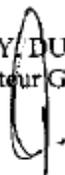
Mr F. van ROEKEGHEM
Directeur UNCAM



Mr P. BURNEL
Délégué Général FHP



Mr J.Y. DUPUIS
Directeur Général FEHAP



Mme A. PODEUR
Directeur DHOS



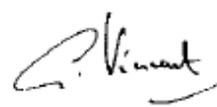
Mr D. MAIGNÉ
Délégué Général ENCLCC



Mr D. LIBAULT
Directeur DSS



Mr G. VINCENT
Délégué Général FHF



20 FICHES ASSURANCE MALADIE

20.1 Fiche de liaison

Chaque séjour contrôlé est identifié par son numéro OGC. La liste des numéros OGC est fournie par le fichier *SecRssDef.zip*, ainsi que les numéros RSS correspondants.

A partir du numéro RSS les services administratifs de l'établissement retrouvent le numéro administratif du séjour, l'identité du patient et les informations de prise en charge.

Anciennement fiche N°5, l'établissement renseigne une fiche de liaison sous format excel avec une ligne par séjour contrôlé et avec a minima les informations suivantes :

FINESS établissement :

Nom établissement :

N°OGC	N° Administratif de séjour	NIR Assuré Social	Nom bénéficiaire	Prénom bénéficiaire	Date de naissance bénéficiaire

(...)

Régime AM	Numéro Caisse Gestionnaire	Date d'entrée	Date de sortie	Taux de prise en charge Assurance maladie du séjour	Taux de prise en charge VIDHOS / LAMDA	Majoration parcours de soins	Ticket modérateur forfaitaire	Forfait journalier hospitalier

20.2 Exemple de fiche médicale de recueil nouvelles modalités

FICHE MEDICALE DE RECUEIL DU PRATICIEN CONSEIL (une fiche par RUM)
 (à transmettre au médecin du DIM avant concertation)
 Seul le recodage impactant la facturation est renseigné

Etablissement :				FINESS :				Date début contrôle :										
N° champ :		Libellé champ de contrôle :						N° OGC :										
Dossier manquant :				Dates du séjour : au														
Données du séjour		Age (ans)	Age (jours)	Sexe	Délai dem. règles	Age gestation	Poids d'entrée	Durée de séjour	Mode d'entrée	Provenance	Mode de sortie	Destination	Nb séances	Nb RUM	Nb j EXH	Type EXB	Nb j EXB	
Etablissement																		
Recodage																		
Données du RUM					Lits dédiés SP	UM	IGS II	Durée RUM			Nature suppl.	Nb suppl.						
N° RUM Etablissement :								du au										
N° RUM Recodage :								du au										
Codage de l'Etablissement													Codage PC					
DP																		
DR																		
DAS																		
Actes																		

Rappel : un code CIM de DAS suivi d'un astérisque correspond à une CMA exclue par le DP

GHM établissement :		GHS établissement :		GHM après recodage :		GHS après recodage :	
Praticien conseil				Médecin DIM			
Recodage impactant la facturation						<input type="checkbox"/> Accord <input type="checkbox"/> Désaccord	
GHS injustifié :		SE	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	ATU <input type="checkbox"/> FFM <input type="checkbox"/> FSD <input type="checkbox"/>

Nom du praticien conseil responsable du codage :

En fonction des DP/DR et actes retenus par le PC, seul le recodage d'une des CMA les plus élevées ayant une incidence sur la racine GHM ou sur la facturation des suppléments sera renseigné. Hors RSS injustifié avec actes externes, seuls les actes classants seront recodés.

20.3 Exemple de fiche médicale de concertation

FICHE MEDICALE DE CONCERTATION

Date de concertation :

Etablissement :		FINESS :	N° OGC :
N° Champ :	Libellé du champ de contrôle :		
Document couvert par le secret médical Ne peut pas être produit aux services administratifs de l'établissement et des organismes de sécurité sociale			
Nom du praticien-conseil :		Nom du médecin DIM :	

<p>NOM et SIGNATURE du MEDECIN RESPONSABLE du CONTRÔLE</p> <p>NOM(S) et SIGNATURE(S) du (des) MEDECIN(S) CONTROLEUR(S) ayant réalisé la concertation</p>	<p>NOM et SIGNATURE du MEDECIN du DIM</p> <p>Atteste avoir pris connaissance des éléments du dossier y compris ceux couverts par le secret médical et des arguments soutenus par les médecins contrôleurs et avoir eu l'opportunité d'en débattre contradictoirement</p>
---	---

20.4 Exemple de fiche administrative de concertation

FICHE ADMINISTRATIVE DE CONCERTATION 1/2
(à établir lors de la concertation avec le médecin du DIM)

Etablissement :		FINESS :	N° OGC :
N° Champ :	Libellé du champ de contrôle :		

Date de concertation :

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

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

FICHE ADMINISTRATIVE DE CONCERTATION 2/2 (à établir lors de la concertation avec le médecin du DIM)

Etablissement :		FINESS :	N° OGC :
N° Champ :	Libellé du champ de contrôle :		

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

DECISION FINALE APRES CONCERTATION

Maintien de l'avis initial du médecin contrôleur : Retour groupage initial DIM : Autre groupage :

Avis Final du MEDECIN DIM

Accord :
 Désaccord : (les éléments couverts par le secret médical sont à mentionner sur la fiche médicale de concertation)

Date de concertation :

<p>NOM et SIGNATURE du MEDECIN RESPONSABLE du CONTRÔLE</p> <p>NOM(S) et SIGNATURE(S) du (des) MEDECIN(S) CONTROLEUR(S) ayant réalisé la concertation</p>	<p>NOM et SIGNATURE du MEDECIN du DIM</p> <p>Atteste avoir pris connaissance des éléments du dossier y compris ceux couverts par le secret médical et des arguments soutenus par les médecins contrôleurs et avoir eu l'opportunité d'en débattre contradictoirement</p>
---	---

20.5 Exemple de fiche de concertation unique des séjours en iso facturations

FICHE MEDICALE DE SYNTHESE DU PRATICIEN CONSEIL (une fiche par champ de contrôle) (à transmettre au médecin du DIM avant concertation)		
Etablissement : CH Fictif	Finess : 991562257	Date début contrôle : 03/08/2016
N° champ : 1	Libellé champ de contrôle : Champ fictif n°1	
N°OGC des séjours pour lesquels le contrôle n'entraîne pas de modification de valorisation (qu'il y ait ou pas de divergence de codage entre l'établissement et le contrôleur)		
10 15 27 36 57 122		
Date de concertation :		
NOM et SIGNATURE du MEDECIN RESPONSABLE du CONTRÔLE NOM(S) et SIGNATURE(S) du (des) MEDECIN(S) CONTROLEUR(S) ayant fait la CONCERTATION	NOM et SIGNATURE du MEDECIN du DIM Atteste avoir pris connaissance des éléments du dossier y compris ceux couverts par le secret médical et des arguments soutenus par les médecins contrôleurs et avoir eu l'opportunité d'en débattre contradictoirement	

21 MODELE DE RAPPORT DE CONTROLE

21.1 Onglet « 1 »

FINESS :

ETABLISSEMENT :

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

ACTIVITES CIBLEES

Requêtes :	Effectifs (Ctlés/Soumis ctl)
1 - Activité test DATIM 111	119/119
2 - Séjours sans nuitée et sans anesthésie	401/401
3 - Séjours en hospitalisation complète avec niveau de sévérité 4	74/74
4 - Séjours en hospitalisation complète avec niveau de sévérité 3	214/214
Période soumise au contrôle : du 01/01/20.. au 31/12/20..	
Nombre de RSS soumis au contrôle :	808
Nombre de RSS contrôlés :	808
Nombre de RSS avec recalcul après contrôle:	583
dont :	
. nombre de RSS avec changement de GHS :	187
. nombre de RSS injustifiés :	396
. nombre de dossiers manquants :	0

21.2 Onglet « 5 »

CONCLUSIONS

Date du bordereau :

Observations des praticiens-conseils :

Signature du médecin responsable du contrôle :

Observations de l'établissement :

Signature du médecin responsable du DIM :

Signature du Directeur de l'établissement :

21.3 Onglet « A N-2 »

FINESS :
ETABLISSEMENT :

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

ACTIVITE CIBLEE	
Requêtes :	Effectifs (Ctlés/Soumis ctl)
1 - Activité test DATIM 111	119/119
Période soumise au contrôle : du 01/01/20.. au 31/12/20..	
Nombre de RSS soumis au contrôle :	119
Nombre de RSS contrôlés :	119
Nombre de RSS avec recalcul après contrôle:	103
dont :	
. nombre de RSS avec changement de GHS :	103
. nombre de RSS injustifiés :	0
. nombre de dossiers manquants :	0

21.4 Onglet « A N-3 »

Informations colligées pour chaque séjour du champ N contrôlé

N°OGC	Recalcul	RSS injustifié	Dossier manquant	Désaccord	GHM - Divergence groupage Ets et groupage Initial	GHS - Ets	GHS - MC	Médicaments coûteux	DMI
-------	----------	----------------	------------------	-----------	---	-----------	----------	---------------------	-----

Guide du Contrôle Externe T2A MCO

Codage initial de l'établissement

Autres éléments RSA initial	
N°OGC	
RSAI: Nb RUM composant RSS d'origine (NbrUM)	
RSAI: Nb de séances	
RSAI: Nb jours au-delà de la borne sup	
RSAI: Type séjour inférieur à la borne inf	
RSAI: Nb journées EXB	
RSAI: "Forfait dial (GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("""av	
RSAI: Top UHCD	
RSAI: Confirmation du codage du séjour	
RSAI: Nb sup pr hémodial hors séances	
RSAI: Nb sup entraî. dial péritonéale auto HS	
RSAI: Nb sup entraî. dial périton. continu amb	
RSAI: Nb sup pr entraî. à l'hémodial H	
RSAI: Nb d'actes menant au GHS 9615	
RSAI: Nb sup radiothéra pédiatrique	
RSAI: Nb ANT	
RSAI: Nb sup caisson hyperbare	
RSAI: Type presta prélev. d'organe(1, 2 ou 3)	
RSAI: Nb REA	
RSAI: Nb sup soins intensifs réanimation	
RSAI: Nb STF	
RSAI: Nb SRC	
RSAI: Nb NN1	
RSAI: Nb NN2	
RSAI: Nb NN3	
RSAI: Nb REP	
RSAI: Passage dans lit de soins palliatifs	
RSAI: Type de machine en radiothéra	
RSAI: Type de dosimétrie	
RSAI: Numéro d'innovation	
RSAI: Nombre de faisceaux	

Recodage par les praticiens-conseils

Autres éléments RSA final	
N°OGC	
RSA: Nb RUM composant RSS d'origine (NbrUM)	
RSA: Nb de séances	
RSA: Nb jours au-delà de la borne sup	
RSA: Type séjour inférieur à la borne inf	
RSA: Nb journées EXB	
RSA: "Forfait dial (GHS 9500-9503 ou D01-D05 ("""avan	
RSA: Top UHCD	
RSA: Confirmation du codage du séjour	
RSA: Nb sup pr hémodial hors séances	
RSA: Nb sup entraî. dial péritonéale auto HS	
RSA: Nb sup entraî. dial périton. continu amb	
RSA: Nb sup pr entraî. à l'hémodial H	
RSA: Nb d'actes menant au GHS 9615	
RSA: Nb sup radiothéra pédiatrique	
RSA: Nb ANT	
RSA: Nb sup caisson hyperbare	
RSA: Type presta prélev. d'organe(1, 2 ou 3)	
RSA: Nb REA	
RSA: Nb sup soins intensifs réanimation	
RSA: Nb STF	
RSA: Nb SRC	
RSA: Nb NN1	
RSA: Nb NN2	
RSA: Nb NN3	
RSA: Nb REP	
RSA: Passage dans lit de soins palliatifs	
RSA: Type de machine en radiothéra	
RSA: Type de dosimétrie	
RSA: Numéro d'innovation	
RSA: Nombre de faisceaux	

Informations complémentaires

Informations complémentaires	
Activ	
Libellé activité	
Divergence - Argumentaire	
Divergence - Prestation	
Divergence - Fait	
Divergence - Précision	
Version de RSS	
N°OGC	
Actes externes	

21.5 Onglet « A N-4 »

N°	libellé de l'argumentaire	liste des séjours concernés
88	<p>La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008.</p> <p>Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est</p> <p>-ni conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV : « Il ne peut figurer dans le RUM, comme diagnostic principal, diagnostic relié ou diagnostic associé, que des problèmes de santé présents, actifs, au moment de l'hospitalisation »</p> <p>-ni conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV paragraphe 2.1 : « Les informations attestant des prises en charge en rapport avec chaque DAS, notamment les comptes rendus des interventions de médecins ou d'auxiliaires médicaux, doivent figurer dans le dossier médical conformément à l'article R. 1112-2 du Code de la Santé Publique. »</p> <p>Le DAS codé par l'établissement ne peut être retenu puisque l'affection codée n'est pas mentionnée dans le dossier du patient.</p>	533, 540, 541, 544, 573, 578
89	<p>La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008.</p> <p>Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre V, paragraphe 1.2 : « Les diagnostics doivent figurer dans le RUM sous forme codée selon la plus récente mise à jour de la 10e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé et selon les extensions nationales données dans la plus récente version du Manuel des groupes homogènes de malades. (...). Le meilleur code est le plus précis par rapport à l'information à coder. »</p> <p>Au vu des éléments présents dans le dossier du patient, le code CIM-10 choisi pour le DAS par l'établissement n'est pas le plus précis par rapport à l'information à coder.</p>	537, 540, 542, 552, 557, 562, 567, 580, 581, 582, 586, 591, 593, 594
91	<p>La facturation du GHS par l'établissement n'est pas conforme à l'article 1 de l'arrêté du 19 février 2015 du fait d'un non-respect des règles de codage édictées dans l'annexe II de l'arrêté du 16 décembre 2014 modifiant l'arrêté du 22 février 2008.</p> <p>Le non-respect des règles porte sur un diagnostic associé significatif (DAS) codé par l'établissement dans le résumé d'unité médicale (RUM). Ce DAS n'est pas conforme aux règles de codage des diagnostics rappelées par l'annexe II, chapitre IV, paragraphe 2.1 : « L'enregistrement dans le RUM d'une affection correspondant à la définition d'un DAS est obligatoire »</p> <p>Au vu des éléments du dossier du patient, le codage d'un diagnostic correspondant à la définition d'un DAS a été omis par l'établissement.</p>	542, 562, 566, 579

21.6 Onglet « A N-5 »

Divergence de codage n'ayant pas entraîné de revalorisation de séjour	
N° OGC	N° GHS
1	2836
3	2836
7	2840
19	2840
29	2840
88	2840
108	2840
112	2836

22 SAISINE ATIH

22.1 Fiche de saisine ATIH



Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

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

Saisine initiée par : l'UCR

le DARS

Région :

Responsable de l'UCR :

Année et période des données concernées :

de à FG...

(préciser la version de la classification)

Dossier n° :

Thème :

Résumé du cas clinique :

Codage de l'établissement

(codes et libellés)

DP :

DR :

DAS :

Actes :

Codage du contrôleur ou de l'UCR

(codes et libellés)

DP :

DR :

DAS :

Actes :

Argumentaire de l'établissement

Argumentaire du contrôleur ou de l'UCR

Synthèse de la demande :

22.2 Procédure de saisine ATIH



Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

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

SAISINE DE L'ATH

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

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

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

Sur les questions suivantes :

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

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

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

3 – Quelle est la procédure de saisine ?

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

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

L'ATH, pour pouvoir se prononcer, a besoin de cerner de manière claire et non biaisée la situation clinique, les objectifs de prise en charge et les soins réalisés pendant le séjour faisant l'objet d'une vérification. En complément de ces éléments descriptifs, les propositions



Agence technique de l'Information sur l'Hospitalisation

de codage et de hiérarchisation des deux parties accompagnées des argumentaires doivent être transmises.

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

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

- a) **un résumé du cas clinique** comportant les éléments permettant à l'ATH de se prononcer
- b) **le codage réalisé par l'établissement** et son **argumentaire** (éventuellement le codage modifié proposé lorsque l'établissement reconnaît une erreur dans le RSS)
- c) **le codage proposé par le contrôleur** ou l'UCR et son **argumentaire** et identifiant les différents types d'informations (diagnostic principal, diagnostic relié, diagnostic associé significatif, actes, et éventuellement les autres informations pertinentes : ex durée de séjour, mode d'entrée ou de sortie, IGS, etc...)
- d) le type d'information sur lequel l'avis est sollicité (hiérarchisation, codage de diagnostics, d'actes, etc...)
- e) **la fiche argumentaire n°6 du rapport de contrôle** pour les cas en cause (celle qui comporte les observations du contrôleur et du DIM en cas de divergence).

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

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

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

4 - Réponse de l'ATH et diffusion

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

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

L'UCR ayant saisi l'agence s'engage à **informer les établissements concernés** des cas soumis à expertise et de la réponse apportée par l'ATH. Une diffusion de l'ensemble des cas au COTRIM est par ailleurs recommandée afin d'homogénéiser les pratiques de codages et de limiter les recours.

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

