



AUCHÉ-HÉDOU
AVOCATS ASSOCIÉS

**GUIDE PRATIQUE
DU CONTROLE EXTERNE DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE
A L'ATTENTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE**

TABLE DES MATIERES

TABLE DES MATIERES	2
PROPOS INTRODUCTIFS	3
CHAPITRE PRELIMINAIRE – PERIMETRE DU CONTROLE EXTERNE DELAT2A	5
I. LES ACTIVITES HOSPITALIERES CONCERNEES PAR LE CONTRÔLE EXTERNE DELAT2A	5
II. LE CIBLAGE DES ACTIVITES HOSPITALIERES, DES ETABLISSEMENTS ET LES PERIODES CONTROLEES	6
A. Les actes	7
B. Les établissements ciblés	9
C. La période considérée	9
CHAPITRE I – LE PRE CONTENTIEUX : LE CONTROLE EXTERNE DELAT2A	11
I. ORGANISATION DU CONTROLE EXTERNE A UN NIVEAU REGIONAL	11
II. LES PREMISES DU CONTROLE : LE CIBLAGE	11
III. LA PREPARATION DU CONTROLE	13
A. Echanges avec l'établissement contrôlé	13
B. Le schéma de la procédure de la préparation du contrôle	16
C. Conseils pratiques dans la préparation du contrôle externe delat2A	17
III. LE DEROULEMENT DU CONTROLE SUR SITE	20
A. La vérification des informations transmises par l'établissement sur les bases PMSI	20
B. La concertation	22
C. L'élaboration du rapport par le médecin responsable du contrôle et de la transmission à l'UCR	24
IV. L'ISSUE DU CONTROLE	25
A. Le traitement du rapport de contrôle par l'UCR	25
B. Notification des sommes à payer	26
C. La saisine de l'ATIH à titre d'expert	29
D. La constitution du dossier de sanction	31
CHAPITRE II – PHASE CONTENTIEUSE	35
I. ACTION EN RECOUVREMENT DE L'INDU	36
A. Objet du contentieux	36
B. Première phase du contentieux	40
C. Phase contentieuse devant le TASS	41
D. Recours contre le jugement du TASS	43
II. LES PENALITES FINANCIERES	44
A. Pénalités financières notifiées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé	44
B. Pénalités financières notifiées par le Directeur de l'Assurance Maladie	49
III. PROCEDURES SPECIFIQUES EN CAS D'OBSTRUCTION AU CONTROLE	52
A. Définition de l'obstruction au contrôle	52
B. Déroulement de la procédure	54
ANNEXES	57

PROPOS INTRODUCTIFS

Selon une lettre d'information de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude parue en janvier 2017, la lutte contre les fraudes constitue désormais une des composantes essentielles du plan global de gestion du risque maladie. Depuis une dizaine d'années, l'action du Gouvernement à cet égard s'est intensifiée, professionnalisée et régionalisée.

Pour les seuls établissements de santé, le montant des fraudes et activités fautives détectées s'élève en 2016 à 82,4 millions d'euros soit près de 33% du montant total des fraudes et activités fautives détectées et stoppées en 2016.

Le contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A) qui visait en premier lieu à garantir la juste application des législations de Sécurité Sociale, l'exactitude du codage et le respect des règles de facturation a désormais pour finalité de dissuader les établissements de santé de transgresser des règles de facturation et de codage.

Dans le contexte actuel d'une politique répressive assumée, les contrôles externes de la T2A se sont organisés et se sont multipliés pour devenir aujourd'hui un véritable levier de régulation des dépenses hospitalières.

Pour ce faire, le Conseil de l'Hospitalisation définit chaque année à l'échelle nationale les priorités du contrôle externe de la tarification¹, reprises ensuite dans les programmes régionaux de contrôles élaborés par les Unités de Coordination Régionales (UCR) en fonction des résultats des campagnes de contrôle précédentes, des sanctions financières antérieures ainsi que des modifications réglementaires de codage ou de facturation.

L'enjeu est de taille.

Dans son rapport de décembre 2015² relatif aux sanctions et contentieux résultant de la campagne des contrôles T2A, l'ATIH indique que les établissements ayant fait l'objet d'une notification définitive (montants considérés pour les seuls champs sanctionnés) ont été sanctionnés à hauteur de 2 293 980€ (41 établissements Ex-DGF) et 1 667 673€ (29 établissements Ex-OQN).

¹Les priorités de contrôles sont définies en tenant compte notamment des évolutions de l'activité des établissements de santé, de l'évolution de la réglementation ainsi que des contrôles antérieurs.

²Le rapport ATIH de décembre 2015 porte sur la campagne des contrôles externes T2A menée en 2012 (base de données)

Même si ces dernières années le montant des sanctions financières infligées aux établissements de santé a connu une sensible baisse, **on assiste en contrepartie à l'émergence d'une jurisprudence défavorable aux établissements dans le cadre des contentieux résultants des campagnes de contrôles T2A.**

Sont concernés tous les établissements de santé dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité :

- ❖ En premier lieu, les établissements de santé autorisés pour des activités dans les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie, hospitalisation à domicile.
- ❖ A terme, seront également concernés les établissements de soins de suite et de réadaptation (dont le mode de financement à l'activité a démarré au 1^{er} janvier 2017), les établissements psychiatriques ainsi que les établissements médico-sociaux qui basculent progressivement vers ce même mode de financement (notamment à travers la Loi SERAFIN).

Le présent guide vise à présenter :

- ❖ La procédure du contrôle externe de la tarification à l'activité (les acteurs et leur organisation au niveau régional, les actes ciblés dans les campagnes de contrôle T2A, la préparation, le déroulement et le suivi du contrôle ainsi que les sanctions financières envisageables à l'encontre des établissements de santé)
- ❖ Des conseils pratiques à tous les stades de ladite procédure.

CHAPITRE PRELIMINAIRE – PERIMETRE DU CONTROLE EXTERNE DE LA T2A

Les activités hospitalières concernées par le contrôle externe de la T2A (I). Le ciblage des activités hospitalières, des établissements ainsi que les périodes contrôlées (II)

I. LES ACTIVITES HOSPITALIERES CONCERNEES PAR LE CONTRÔLE EXTERNE DE LAT2A

Toutes les prestations qui font l'objet d'un financement lié au volume d'activité réalisé :

- ❖ Les prestations d'hospitalisation en MCO (hospitalisations complètes et ambulatoires),
- ❖ Les forfaits IVG,
- ❖ Les forfaits « dialyse à domicile ou auto dialyse»,
- ❖ Les forfaits annuels FAU (forfait annuel urgences), CPO (forfait coordination des prélèvements d'organes), FAG (forfait annuel greffe),
- ❖ Les suppléments journaliers facturables en sus (encadré) : REA, REP, STF, SRC, SRA, SSC, NN1, NN2, NN3³.
- ❖ Les médicaments et dispositifs médicaux implantables faisant l'objet d'un paiement en sus du tarif GHS,
- ❖ Les activités de soins externes visées dans l'arrêté du 25 août 2006⁴ ainsi que les urgences non suivies d'hospitalisation:
 - ATU : Forfait accueil et traitement des urgences
 - FFM : Forfait de « petit matériel»
 - SE : Soins sécurité et environnement hospitalier (SE1, SE2, SE3 ou4)
 - FO : Forfait activité prélèvement d'organe

Ne rentrent pas dans le champ du contrôle externe de la T2A :

- ❖ Les dotations « Missions d'Intérêts Générales » (MIG) et « Aide à la Contractualisation »(AC).
- ❖ Le contrôle spécifique de suivi des obligations prévues dans le cadre du CBUM⁵ pour lequel la non adhésion ou le non-respect des dispositions du contrat peuvent entraîner pour l'établissement une diminution du taux de remboursement de 10% par l'ARS.

³REA : supplément dénommé réanimation, REP : supplément dénommé réanimation pédiatrique, STF : supplément dénommé soins intensifs, SRA : supplément dénommé soins particulièrement coûteux, SSC : supplément dénommé supplément surveillance continue.

⁴Modifié par l'arrêté du 27 février 2007.

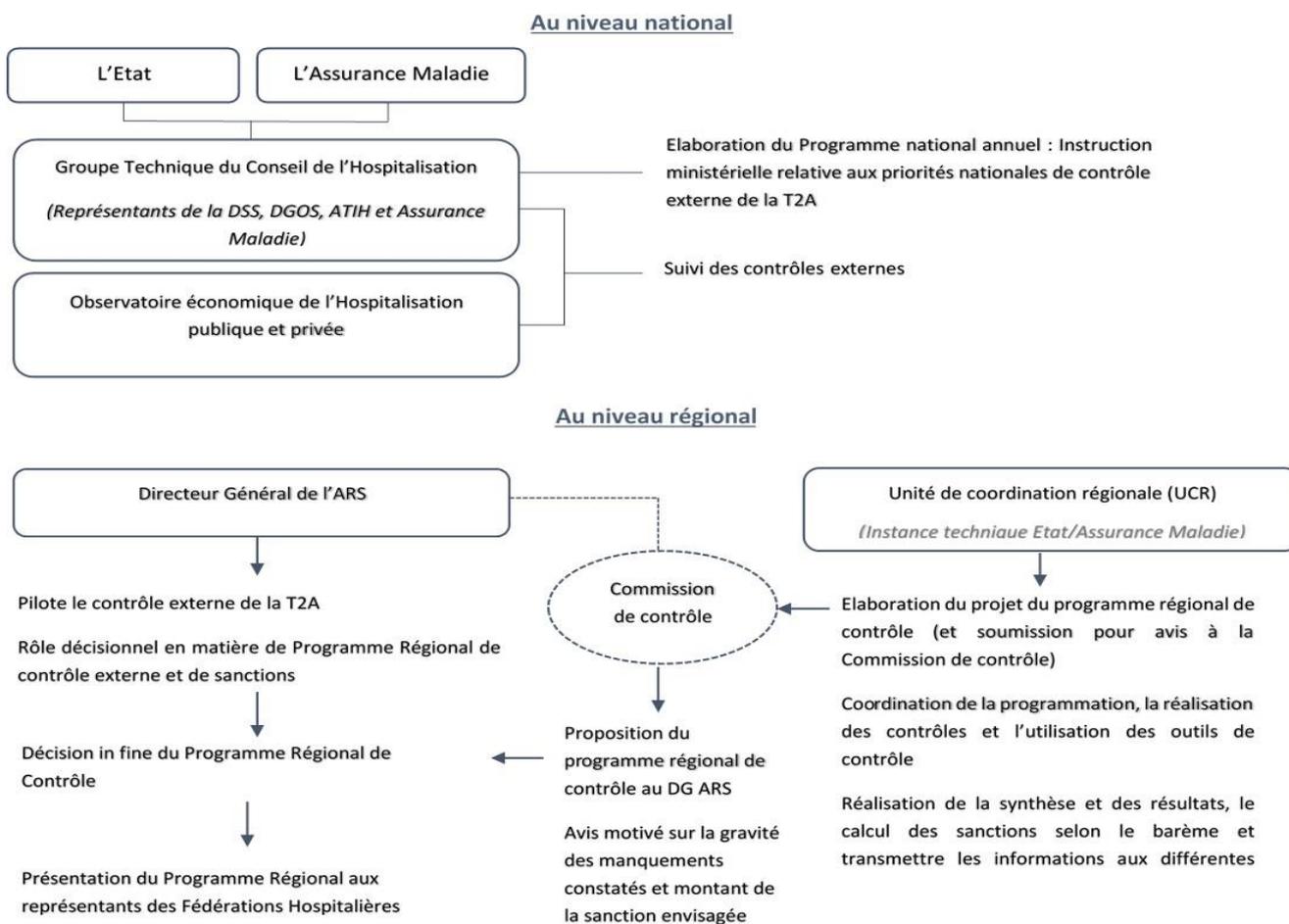
⁵CMBUM : Contrat de bon usage des médicaments prévu à l'article 49 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 et la circulaire N°DSS/FSS/DHOS/E2/SG/2009/180 du 16 juin 2009 relative aux actions locales à conduire en terme de contrôle des contrats de bon usage et application du dispositif de régulation.

II. LE CIBLAGE DES ACTIVITES HOSPITALIERES, DES ETABLISSEMENTS ET LES PERIODES CONTROLEES

Le ciblage régional des établissements de santé et le périmètre du contrôle sont établis dans le programme régional annuel de contrôle externe de l'Agence Régionale de Santé⁶.

Ce programme est élaboré sur la base du « projet de programme » proposé par l'Unité de Coordination Régionale (UCR)⁷ qui prend en compte:

- ❖ Les priorités nationales de contrôle de l'année (Cf. Instruction ministérielle)
- ❖ Les atypies de l'activité des établissements constatées dans la région
- ❖ Les résultats des précédents contrôles externes
- ❖ Les évolutions réglementaires de tarification et de facturation.



⁶ Articles R.162-35-4 du code de la sécurité sociale relatif au rôle du Directeur de l'ARS ; Articles R.162-35 et suivant du code de la sécurité sociale relatifs à la composition et aux missions de la Commission de contrôle paritaire de l'ARS (créés par le décret 2017-500 du 6 avril 2017.)

⁷L'UCR est composée pour les 2/3 de personnels des caisses d'assurance maladie désignée par la Commission de Contrôle sur proposition des membres mentionnés au 2eme alinéa de l'article R.162-35-1 et pour 1/3 de personnels de l'ARS. L'unité est composée majoritairement de médecins et comprend notamment le médecin conseil régional des régimes de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de l'assurance maladie des indépendants et du médecin coordonnateur des régimes agricoles de protection sociale et leurs représentants.

A Les actes

La dernière instruction ministérielle N°DGOS/R1/DSS/1A/2017/265 du 5 septembre 2017 relatives aux priorités nationales de contrôle externe de la tarification à l'activité pour 2017 cible les thèmes suivants:

❖ Les activités non prises en charge par l'assurance maladie et ne relevant pas d'une facturation T2A

- Les essais cliniques (notamment de la phase I)
- Les interventions dites « de confort », et particulièrement : les actes d'implantologie et de chirurgie réfractive
- Dans le cadre de la radiation partielle d'AVASTIN bevacizumab:
 - ⇒ Les séjours réalisés, à compter du 1^{er} septembre 2016, ayant donné lieu à facturation de la molécule dans les indications radiées en sus d'un GHS correspondant aux continuités de traitement des patients pour lesquels une prise en charge de leur cancer du sein ou du rein a été initiée avec AVASTIN bevacizumab avant le 1^{er} septembre 2016.
 - ⇒ Les prises en charge d'une population spécifique de patients présentant un cancer du sein métastatique HER2 négatif et récepteurs hormonaux négatifs (triple négatif).

❖ Le codage de diagnostic principal et certains actes CCAM classant

- Les hospitalisations entrant dans le cadre de la règle S1, notamment la situation de prise en charge dite de « surveillance négative ». Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations de courte durée (environ 5 jours) en vue de réévaluer la situation et/ou modifier le traitement d'une pathologie chronique.
- Les actes classant ayant pour effet de classer un séjour dans un GHS mieux valorisé que celui dans lequel le séjour aurait été classé en l'absence de codage de ce diagnostic principal ou de cet acte classant. *(Sur la base du nombre de racines « apparentées » avec proportion élevée de la racine la plus valorisée-Test DATIM111)*

❖ Les séjours avec comorbidités

- Le codage des diagnostics associés significatifs (DAS) ayant une valeur de CMA (complication et morbidité associée). Il s'agit d'un diagnostic associé (en plus du diagnostic principal) constituant la prise en charge d'un problème de santé distinct supplémentaire, une complication du diagnostic principal (DP) ou d'une complication du traitement du DP.
- Le diagnostic associé est dit « *significatif* » s'il est pris en charge pour sa propre part à titre diagnostique ou thérapeutique ou s'il majore l'effort de prise en charge d'une autre affection.

❖ **Les actes et consultations externes facturés en hospitalisation de jour, notamment la facturation en hôpital de jour chirurgical des actes inscrits sur la liste des forfaits « sécurité- environnement »⁸.**

- Les séjours ambulatoires dans lesquels seuls des actes ou des consultations externes ont été réalisés.
- Les venues itératives, hors séances, en hôpital de jour médical : au moins 3 venues par mois durant 2 mois consécutifs.
- Les prises en charge ne donnant lieu à la réalisation d'aucun acte ou d'un acte unique.
- Les prises en charge donnant lieu au codage d'un acte unique associé au codage d'actes CCAM du chapitre 19 (actes en 4Y), ou d'actes de radiologie simple (de type radiologie pulmonaire par rayon X) ou d'ECG (électrocardiographie).

Remarque :

Les prises en charges en diabétologie et celles relevant de la CMD 19 (psychiatrie) et la CMD27 (greffes) font l'objet d'un moratoire.

❖ **Les prestations inter établissements⁹**

Rappel de la notion de « prestation inter établissement » :

Les transferts <2 jours (soit une nuitée maximum) sont considérés comme des prestations inter-établissements, lorsqu'ils ont lieu entre deux établissements relevant du même champ d'activité (transfert intra-MCO, intra-SSR ou intra psychiatrie). Ces prestations inter établissements n'interrompent pas le séjour du patient.

La priorité nationale est ici de contrôler les séjours facturés à l'Assurance Maladie par les établissements prestataires dans le cadre d'une prestation inter établissements :

- Hors exceptions au régime des prestations inter établissements (transfert HAD vers MCO et séances);
- Hors séjours réalisés dans le cadre des prestations inter établissements¹⁰ pour lesquels chaque établissement facture ses prestations.

⁸Les dispositions de l'article 11 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précisent les conditions de facturation d'un GHS d'hôpital de jour (conditions cumulatives).

⁹L'article 4 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié fixe les conditions de facturation des GHS. Le guide méthodologique MCO n°2016-6bis précise la notion de prestations inter établissements et précise le régime applicable.

¹⁰L'article 4 ter de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précise le régime de ces prestations inter-activités qui correspondent aux transferts de moins de 2 jours entre 2 unités médicales relevant de champ d'activité différents (Transferts SSR vers MCO, psychiatrie vers MCO, etc.)

❖ **Les ré-hospitalisations, le même jour, sur un même site géographique¹¹**

La priorité nationale est de contrôler la facturation de 2 GHS par le même établissement, entendu au sens d'entité géographique, alors que la date de sortie de la première hospitalisation est égale à la date d'entrée de la seconde hospitalisation.

❖ **L'utilisation des LAMDA dans les établissements ex-DG**

Rappel de ce qu'est l'outil LAMDA :

Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité, mis à disposition par l'ATIH, permettant aux établissements ex-DG de transmettre sur la plateforme e-pmsi à année N+1 les données d'activité de l'année N non valorisées ou de les modifier si des éléments nouveaux sont intervenus.

La priorité nationale a pour objectif de contrôler les valorisations opérées via LAMDA.

❖ **Le contrôle des structures HAD (en limitant le nombre de séjours contrôlés en regard du volume de séjour produit par l'établissement pour l'année considérée)**

Les contrôles seront menés sur la base des atypies en matière de séquences HAD et de combinaisons entre modes de prise en charge et diagnostics.

B. Les établissements ciblés

- Les établissements dits « les plus atypiques ».
- Les établissements n'ayant jamais fait l'objet d'un contrôle externe.
- Les établissements ayant déjà fait l'objet d'un contrôle externe ayant abouti sur une sanction financière ou concernés par une modification de codage et/ou de facturation décidée au niveau réglementaire.

C. La période considérée

Les priorités nationales de contrôle retenues pour l'année N sont issues des atypies repérées lors des campagnes de contrôle précédentes à **partir des analyses statistiques des bases PMSI à année N-1.**

¹¹Les dispositions de l'article 4 de l'arrêté du 19 février 2015 modifié précisent que lorsqu'un patient est réadmis dans un établissement de santé le même jour que son jour de sortie, le séjour n'est pas interrompu et un seul GHS peut être facturé. Le guide méthodologique MCO n°2016-6 bis précise également que cette situation constitue un seul séjour donnant lieu à la production d'un RSS unique.

Sauf exception : si le retour du patient est dû à une autre affection que celle prise en charge initialement ou à un autre problème de complication de l'affection prise en charge initialement ou de son traitement. Dans ce cas, l'établissement est autorisé à distinguer deux séjours et donc produire deux RSS distincts.



Les priorités nationales établies dans l'instruction ministérielle de 2017 portent donc sur l'activité réalisée au titre de l'année 2016. Tout nouveau contrôle externe réalisé dans un établissement de santé et pouvant aboutir à des sanctions, **ne doit être engagé que, dans l'année qui suit la notification des griefs du précédent contrôle.**

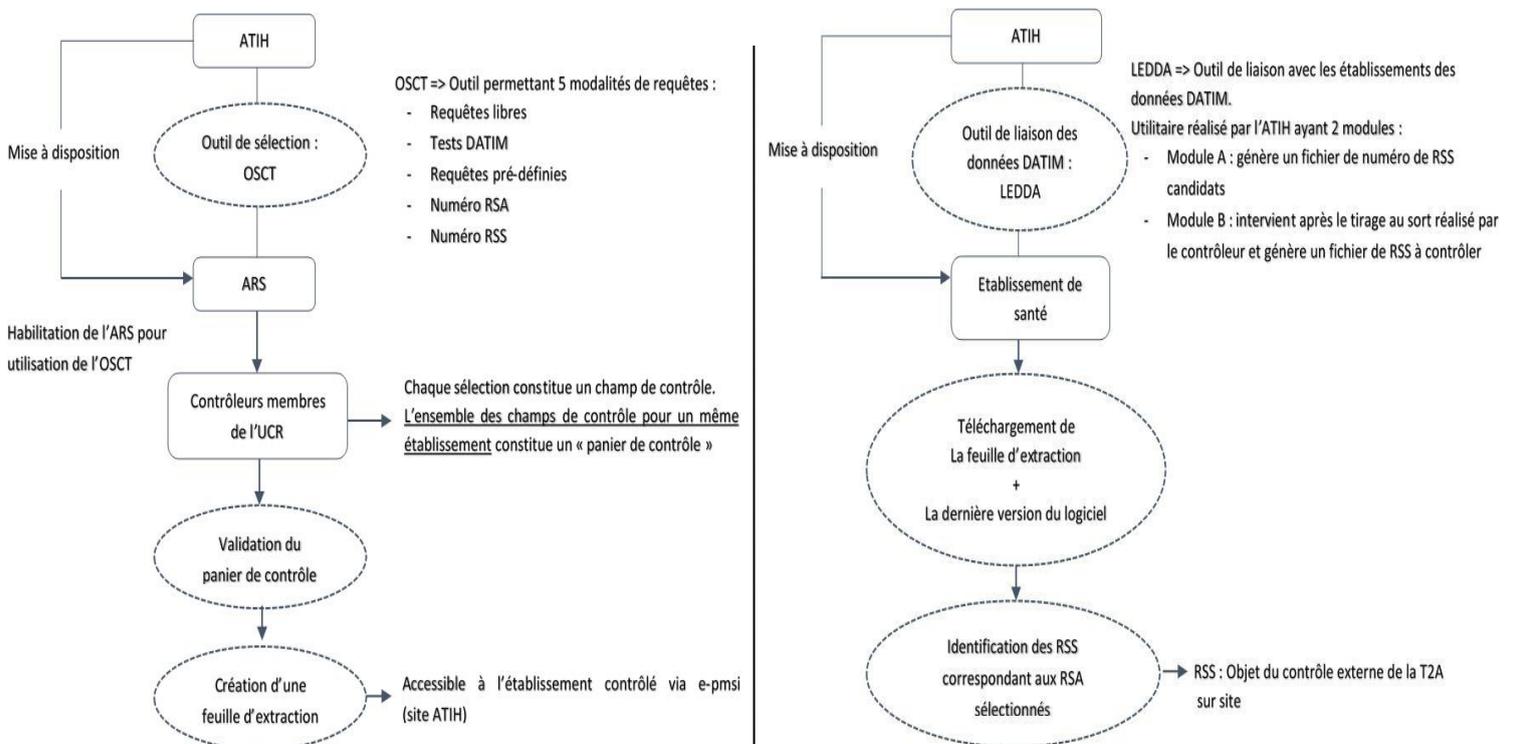
CHAPITRE I – LE PRE CONTENTIEUX : LE CONTROLE EXTERNE DE LA T2A

Le contrôle externe est un contrôle régional, confié au Directeur Général de l'ARS et opéré par le Responsable du contrôle sur site s'analyse en « un pré contentieux ».

I. ORGANISATION DU CONTROLE EXTERNE AU NIVEAU REGIONAL

L'ATIH met à disposition des membres de l'UCR régionale en charge du contrôle un outil permettant de sélectionner les séjours à contrôler : l'OSCT.

Les dossiers sélectionnés sont connus par les établissements de santé à travers un outil de liaison : LEDDA.



II. LES PREMISSES DU CONTROLE : LECIBLAGE

Le ciblage est réalisé à partir des de recherches sur les bases de données. Pour le secteur MCO :

- ❖ Base de RSA : requêtes libres sur la base régionale de RSA, requêtes libres et/ou préétablies de l'outil DATIM.
- ❖ Base de facturation de l'Assurance Maladie.

L'UCR recherche les atypies évocatrices d'anomalies de codage et de facturation. Les recherches sont, en principe, appliquées à la totalité des établissements de la région soumis à la T2A.

Ces recherches sont menées à titre systématique :

- Etude de tableau de résultats de MAT2A et de DATIM
- Analyse de case-mix et comparaison du case-mix de l'année N à celui de l'année N-1
- Comparaison du case-mix des RSA avec celui des données de SNIREP de la même période pour les établissements ex-OQN.

Ces recherches sont également menées :

- Sur la base des priorités nationales
- Sur la base des signalements et des résultats de contrôles antérieurs
- Sur la base des informations détenues par les partenaires institutionnels : % de factures rectificatives, % de factures rejetées, forte diminution des recettes de l'Assurance Maladie annuelle, etc.

En pratique, les recherches peuvent porter sur :

- Vérification de l'adéquation des facturations et de leurs volumes aux autorisations d'activité de soins ou des reconnaissances détenues par les établissements
- Recherche de facturation de GHS pour des actes ne relevant pas habituellement d'une prise en charge en hospitalisation : « soins sécurité environnement », etc.
- Etude de l'évolution du nombre de séjours classés dans des GHM ciblés : « soins palliatifs », « groupes au niveau de sévérité 3 ou 4 », etc.
- Analyse du nombre de séjours contigus
- Analyse du codage des prestations inter-établissements

***Attention :** la base RSA peut être consultée par chacun des membres de l'UCR dès lors qu'ils disposent d'une autorisation de la CNIL. Les résultats des requêtes sur les bases RSA à fin de ciblage ne peut être transmis à l'UCR que sous forme agrégée afin qu'aucune identification ne soit possible.*

Les conclusions liées aux résultats des différents travaux de recherche sont réalisées et coordonnées au sein de l'UCR.

L'UCR établit ensuite le « *projet du programme régional de contrôle externe de la T2A* » qui sera soumis pour avis à la Commission de contrôle de l'ARS avant sa validation par le Directeur Général de l'ARS.

Le projet de programme de contrôle comprend deux parties :

1. **Un préambule** qui mentionne:
 - Les textes réglementaires régissant le contrôle externe de la T2A.
 - La composition de l'UCR et la date de sa nomination par la Commission de contrôle.
 - La période sur laquelle porte le programme de contrôle.
 - Les priorités nationales de ciblage et la méthodologie appliquée par l'UCR.
 - La liste des établissements inclus dans le programme et le calendrier de mise en œuvre.

2. **Les « fiches établissements » :**
 - Une fiche récapitulative relative à l'établissement.
 - Une fiche pour chacun des champs à contrôler au sein de l'établissement.

III. LA PREPARATION DU CONTROLE

A. Echanges avec l'établissement contrôlé

1. Notification d'un avis de contrôle

Le Directeur Général de l'ARS est tenu d'informer le représentant légal de l'établissement du contrôle envisagé sur site par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception à travers un « avis de contrôle »¹².

- **Forme et modalités d'envoi :** L'avis de contrôle est une lettre signée du Directeur Général de l'ARS, adressée par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.
- **Contenu :** L'avis de contrôle doit préciser *a minima*:
 - Les activités, prestations ou ensemble de séjours sur lesquels porte le contrôle,
 - Les débouchés éventuels (indus, sanctions financières)
 - La période concernée par le contrôle
 - Le nom et la qualité du médecin responsable du contrôle
 - La date du début du contrôle.

Le délai minimum entre la réception de l'avis du Directeur Général de l'ARS et la date de début du contrôle sur site **est de 4 semaines.**

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

¹²L'article R.162-35-2 du code de la sécurité sociale prévoit les modalités et le contenu de l'avis de contrôle.

2. Echanges entre le médecin responsable du contrôle et l'établissement de santé

L'avis de contrôle précède de quelques jours le premier contact du médecin responsable du contrôle sur le site pour organiser le contrôle.

Il est vivement conseillé de préparer le contrôle externe en échangeant avec le médecin coordinateur, car cela peut avoir une incidence déterminante sur les risques financiers encourus par l'établissement. En effet, l'UCR peut modifier les conclusions des médecins contrôleurs dans un sens favorable à l'établissement.

Dès lors que l'établissement de santé a été avisé par le Directeur Général de l'ARS, le médecin responsable du contrôle peut établir des contacts préalables au contrôle avec le représentant légal et/ou le médecin DIM de l'établissement.

- **Contact informel établi dans le cadre d'une concertation préalable**, dont l'objectif est de déterminer la date de début¹³ et la date de fin (prévisionnelle) du contrôle sur site.

Lors de ce premier échange (téléphonique ou électronique) sont également abordés les aspects pratiques : le lieu sur site dédié aux médecins contrôleurs, les modalités de mise à disposition des dossiers (informatiques ou papiers, classement), les modalités de concertation (par étape pendant le contrôle ou à l'issue du contrôle) ainsi que la participation éventuelle des médecins responsables de l'hospitalisation du patient.

- **Contact formel établi dans le cadre d'un courrier adressé au représentant légal de l'établissement.**

Ce courrier adressé au directeur de l'établissement comprend :

- Les modalités arrêtées conjointement lors du premier échange
- Les modalités de téléchargement de la feuille d'extraction, de l'outil LEDDA, des échanges de fichiers préalables au contrôle sur site ainsi que **la date limite d'envoi du fichier de N°RSS (généralisé par LEDDA)**
- Les documents demandés à l'établissement (dossiers médicaux, bordereaux de facturation, etc.)
- **Les dates de contrôle sur site**
- Les éléments nécessaires et le format pour la fiche de liaison avec les organismes de l'Assurance Maladie **ainsi que la date limite de son envoi.**
- Le cas échéant, la possibilité pour les médecins contrôleurs d'effectuer des copies de pièces des dossiers médicaux consultés sur site.

Une copie de ce courrier adressé par le responsable du contrôle est également adressée respectivement et nominativement au Président de la CME et au médecin DIM de l'établissement.

¹³La date de début du contrôle doit être établie dans un délai compatible avec la mise à disposition des dossiers des patients par l'établissement aux médecins contrôleurs. Ce délai est fixé dans une fourchette indicative de 2 à 4 semaines.

3. Confirmation de l'avis de contrôle par le médecin responsable du contrôle

A l'issue de ces échanges, le responsable du contrôle doit adresser au représentant légal de l'établissement **la confirmation de l'avis de contrôle** par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa date de réception.

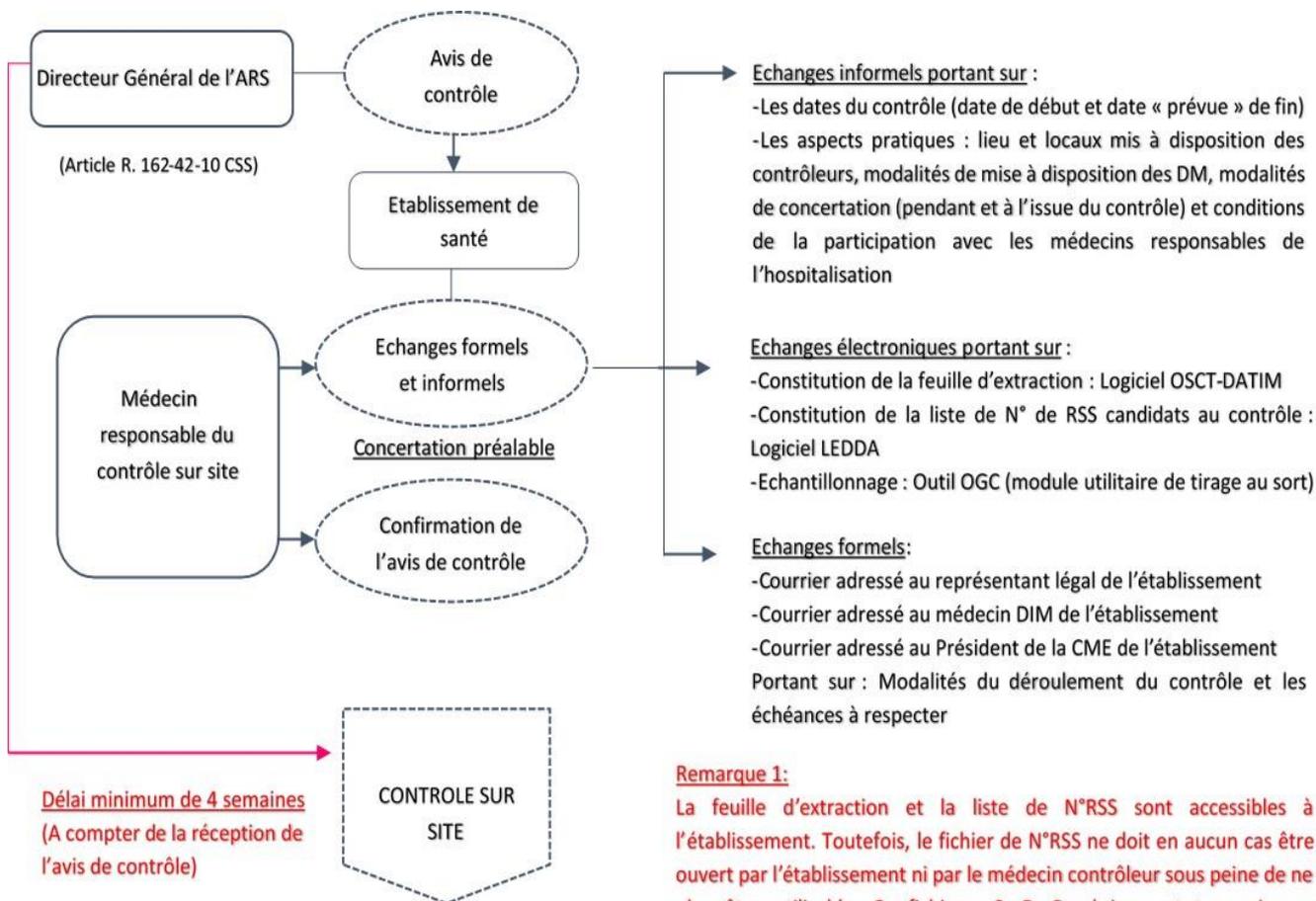
Contenu de la confirmation de l'avis de contrôle :

- Les informations présentes dans l'avis de contrôle du Directeur Général de l'ARS.
- La date de début et la date de fin prévue du contrôle (arrêtées conjointement avec l'établissement).
- Les noms et qualités des personnes constituant l'équipe de contrôle¹⁴.
- Les modalités d'échanges de fichiers électroniques.
- Les documents et supports à mettre à la disposition des médecins contrôleurs : dossiers médicaux, bordereaux de facturation, fiche de liaison avec les organismes de l'Assurance Maladie.
- Les modalités de concertation (pendant et à l'issue du contrôle).
- Les engagements respectifs de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements de santé prévus dans la Charte du contrôle de la T2A.

(Cf. Charte du contrôle de la T2A en annexe n°1)

¹⁴L'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale précise la qualité des médecins contrôleurs : médecins inspecteurs de santé publique ou praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie et les inspecteurs de l'ARS ayant la qualité de médecin.

B. Le schéma de la procédure de la préparation du contrôle



Remarque 1:

La feuille d'extraction et la liste de N°RSS sont accessibles à l'établissement. Toutefois, le fichier de N°RSS ne doit en aucun cas être ouvert par l'établissement ni par le médecin contrôleur sous peine de ne plus être utilisable. Ce fichier « SecRssCand.zip » est transmis par messagerie.

Remarque 2 :

En cas de contrôle sans OGC (si les prises en charges facturées ne correspondent pas à des RSS):

- Chaque organisme réalise pour son propre compte les requêtes sur les bases AM (RG, MSA, RSI) et transmet à l'établissement les éléments permettant d'identifier les dossiers.
- L'établissement vérifie les informations et transmet à son tour (soit à l'UCR soit à chaque organisme) la liste des N° de facture sur laquelle l'UCR effectuera le tirage au sort (s'il y a lieu)
- L'UCR transmet à l'établissement la liste des dossiers tirés au sort
- A réception de cette liste, l'établissement dispose de 2 à 4 semaines pour sortir les DM et dossiers administratifs (Bordereaux S3404)

L'établissement est tenu de mettre à disposition tout moyen permettant aux contrôleurs de réaliser leurs missions de contrôle.

Les oppositions ou obstacles à ces contrôles sont passibles de sanctions financières.

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

C Conseils pratiques dans la préparation du contrôle externe de laT2A

1. *Obtenir du médecin responsable le début de la procédure le plus tôt possible afin d'anticiper et de se préparer au mieux pour le contrôle*

Il est conseillé de solliciter auprès du médecin coordinateur du contrôle de débiter au plus vite la procédure, notamment en échangeant les documents obligatoirement transmis avant le délai de 3 semaines prévu dans le guide du contrôle externe.

Ex. : Echanger au plus tôt les premiers fichiers du module A de LEDDA

2. *Vérifier le contenu des dossiers médicaux : éléments essentiels du contrôle*

Il est fortement recommandé de réaliser une vérification des dossiers médicaux avec les médecins responsables de l'hospitalisation du patient.

Toute cotation doit impérativement faire l'objet d'un élément figurant au dossier.

- **L'enjeu de la bonne tenue et de l'exhaustivité du dossier médical**

Le dossier médical (dont l'accès est réglementé¹⁵ et qui nécessite l'accord préalable du praticien responsable de l'hospitalisation) constitue le point de départ du travail des médecins contrôleurs qui est, rappelons-le, de vérifier le bien-fondé de la cotation des actes et de la facturation associée.

Pour chaque dossier, le médecin contrôleur va vérifier :

-Le numéro du GHS

-Le nombre de suppléments journaliers par passage en réanimation, soins intensifs, surveillance continue, nombre de suppléments journaliers en néonatalogie, codage des médicaments coûteux, dispositifs médicaux implantables (DMI), dialyse, IVG, soins palliatifs, etc.

-Au vu des éléments présents dans le dossier médical, le médecin contrôleur extrait les informations qui doivent être notées sur le RSS.

¹⁵L'accès au dossier médical par les médecins contrôleurs est prévu dans le respect des règles de déontologie médicale et dans la limite de leurs missions aux articles L.1112-1 alinéa 6 du code de la santé publique et autres articles L.162-29-1 à L.162-30-1 du code de la sécurité sociale.

La conformité du codage des informations portées par l'établissement sur le résumé de sortie est alors vérifiée par rapport aux règles de production des résumés de sorties, aux outils de codage et aux éléments du dossier médical du patient.

En l'absence de traçabilité (écrite dans le dossier médical), l'établissement ne sera pas en mesure d'opposer ses arguments au médecin contrôleur.

Il sera très difficile d'établir a posteriori, de manière incontestable, la réalisation d'un acte non renseigné dans le dossier médical.

Il en résulte que l'acte est considéré comme inexistant et n'a pas à être facturé.

Si en droit, la preuve de la réalisation d'un acte ou d'une prise en charge peut se faire par tout moyen, il n'en demeure pas moins que le dossier médical constitue le moyen principal de rapporter la preuve de la réalisation des actes et de la pertinence du codage.

Par ailleurs, les caisses d'assurance maladie tendent à se prévaloir devant les juridictions des recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) sur la tenue des dossiers médicaux. Il est vivement conseillé de consulter ces recommandations, sur lesquelles l'établissement de santé peut également se fonder, notamment afin de justifier la tarification retenue.

- **Rappel sur le contenu réglementé du dossier médical**

L'article R.1112-2 du code de la santé publique liste les informations minimales devant être présentes dans le dossier médical :

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

2° Les informations formalisées établies à la fin du séjour ;

3° Les informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant de tels tiers. (Sont seuls communicables les informations énumérées aux 1° et 2°).

En plus des informations susvisées, l'article D.6214-304 du code de santé publique exige la remise d'un **bulletin de sortie** à chaque patient pris en charge en hospitalisation de jour, avant son départ de la structure.

Le bulletin de sortie, signé par l'un des médecins de la structure, doit mentionner l'identité des personnels médicaux ayant participé à l'intervention, les recommandations sur les conduites à tenir en matière de surveillance post-opératoire ou anesthésique et les coordonnées de l'établissement de santé assurant la permanence et la continuité des soins.

- **Exigences particulières des médecins contrôleurs déjà constatés dans le cadre de certains contrôles externes**

Pour certaines spécialités comme les soins palliatifs, les exigences des médecins contrôleurs vont au-delà de la réglementation¹⁶. Même si ces pratiques sont contestées, il est fortement recommandé de faire figurer dans les dossiers médicaux les éléments susceptibles d'être exigés par les médecins contrôleurs.

La charge de la preuve en matière de procédure de répétition de l'indu est répartie entre :

- l'organisme d'assurance maladie : doit rapporter, à l'appui de sa demande de répétition de l'indu, **la preuve du non-respect des règles de tarification et de facturation**, et notamment face à un dossier médical complet, de faire ressortir, par les pièces versées aux débats, que les conditions de la facturation ne sont pas remplies
- l'établissement de santé : lorsque les lacunes ou mentions insuffisantes du dossier médical ne permettent pas aux médecins contrôleurs d'apprécier la justification de l'hospitalisation, **se doit d'établir par tous moyens que l'acte litigieux nécessitait médicalement un séjour en établissement**¹⁷.

Autrement dit, la preuve du paiement indu incombe à la Caisse¹⁸. En revanche, la preuve du bien fondé de la qualification tarifaire ou du codage retenue repose sur l'établissement de santé¹⁹.

Les juridictions du fond admettent parfois que même en cas de carences probantes du dossier médical dans la justification d'une facturation (par exemple : défaut de compte rendu d'hospitalisation ou défaut de lettre de sortie), l'établissement de santé établisse par d'autres moyens le bien-fondé de celles-ci. Néanmoins, il doit se fonder sur d'autres éléments présents dans ce même dossier, afin de justifier précisément le bien fondé de la tarification appliquée²⁰.

La seule inobservation des dispositions de la nomenclature générale des actes professionnels peut justifier la réclamation tendant au recouvrement de l'indu. En revanche, le seul fait que le compte rendu écrit exigé pour certains actes ne figure pas au dossier médical ne saurait seul justifier la demande de remboursement²¹.

Cette preuve ne peut être rapportée par des éléments généraux, mais doit se fonder sur des éléments précis figurant notamment dans le dossier médical qui démontrent les conditions légales exigées pour chacune des tarifications²².

¹⁶ Article R.1112-2 du code de santé publique

¹⁷ CA Toulouse, 3eme, 18 avril 2017, n°16/02076 (annexé)

¹⁸ Civ., 2, 12 juin 2007, n°06-12.696 (annexé)

¹⁹ CA Rouen 26 janvier 2016, n°14/01105 (annexé)

²⁰ CA Rouen, ch. Urgence-séc sociale, 19 mai 2015, n°13/00968 (annexé)

²¹ Soc., 17 janvier 2002, n°00-16.162 (annexé)

²² CA Rouen 26 janvier 2016, n°14/01105 (annexé)

3. *Préparer en amont du contrôle un argumentaire dossier par dossier et anticiper les suites du contrôle dès le début de la procédure*

Il est fortement recommandé de préparer en amont du contrôle, un argumentaire dossier par dossier sur les points dits « sensibles » qui auront été identifiés par le médecin DIM.

Enfin, le contrôle porte sur des séjours de N-1 et éventuellement N-2 de l'année du contrôle.

Les procédures contentieuses se déroulant sur plusieurs années, il est préférable de les anticiper en structurant, conservant et classant l'ensemble des éléments nécessaires à la défense des dossiers concernés ainsi que d'établir un tableau de suivi spécifique reprenant chacune des étapes de la procédure et le montant de l'indu pour chaque dossier.

III. LE DEROULEMENT DU CONTROLE SUR SITE

A. La vérification des informations transmises par l'établissement sur les bases PMSI

Les points contrôlés par l'équipe chargée du contrôle sont la concordance des informations et des dossiers mis à disposition (1), le contrôle de la facture (2), le contrôle du codage du séjour (3). Le médecin contrôleur saisit ensuite l'ensemble des informations contrôlées sur le logiciel de contrôle (OCG) (4).

1. La concordance des informations et des dossiers mis à disposition

Le contrôleur vérifie :

- L'exhaustivité des dossiers
- La cohérence entre le numéro de la facture papier et celui porté sur le fichier liant le numéro de séjour et le numéro de facture
- La correspondance entre les numéros de RSS du fichier fourni par l'établissement et ceux tirés au sort par le médecin responsable du contrôle
- Les informations contenues dans le dossier médical

2. Le contrôle de la facture

Parmi les données contenues dans la facture, sont contrôlées :

- Le numéro du GHS et le tarif
- Le nombre de suppléments (REA, STF, SRC, etc.)
- La modulation du tarif du GHS (extrêmement bas, supplément pour extrêmement haut)

3. Le contrôle du codage du séjour

Le médecin contrôleur s'attache à vérifier la validité des éléments médicaux et administratifs saisis par l'établissement dans le RSS permettant la création d'un GHM et d'un GHS.

La cause des éventuelles discordances sera en principe systématiquement recherchée, notamment si :

❖ Une discordance est constatée entre le GHM contrôlé et le GHS porté sur la facture (Etablissement ExOQN).

Il peut s'agir, le cas échéant, d'une facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur ou d'une modification de RSS après envoi de la facture à l'Assurance Maladie.

❖ Une discordance est constatée entre le GHM remis par le médecin DIM et celui ciblé et tiré au sort (Etablissement ExDG).

Il peut s'agir de séjours transmis par l'applicatif LAMDA dans un établissement Ex DG.

Pour chaque dossier contrôlé, les éléments suivants seront recherchés et vérifiés :

- Les observations médicales
- Les comptes rendus opératoires
- Les comptes rendus d'hospitalisation
- Les résultats d'examens radiologiques, biologiques et tout autre élément médical permettant de vérifier les informations portées dans le RSS.

A l'issue, le médecin contrôleur code le séjour contrôlé, selon le référentiel en vigueur sur la période considérée, et émet un avis sur le codage et la facturation.

4. La saisie sur le logiciel de contrôle (OGC)

Le médecin contrôleur ne saisit que les informations médicales dans le logiciel OGC.

Les informations administratives sont renseignées automatiquement (dès lors que le médecin DIM a transmis le fichier de RSS). Cependant, le médecin contrôleur vérifie et valide la conformité des informations administratives au regard notamment des modes d'entrée et de sortie.

Le logiciel OGC procède automatiquement à la comparaison des informations produites par l'établissement à celles codées par le médecin contrôleur.

Cette comparaison automatisée conduit à identifier les divergences.

Zoom sur la manière dont sont traitées en pratique les situations suivantes par les médecins contrôleurs :

- Une situation de prise en charge exclue du champ de production du résumé de séjour : « **non justification du ou des RSS** ».
- La non présentation par l'établissement du dossier médical du patient : « **dossier manquant** ».
- Une information dans le RUM ne correspondant à aucun élément documenté dans le dossier médical : « **absence de codage** ».
- Une situation où un séjour a été produit en MCO alors qu'il correspond à une situation de production d'actes externes : « **valorisation des actes selon les règles de facturations CCAM, NGAP, NABM** ».

B. La concertation

La phase de concertation est une étape importante, réglementaire et obligatoire. Elle permet le respect du principe du contradictoire, puisqu'elle a pour finalité d'exposer au médecin responsable du contrôle, à l'issue de la phase d'analyse et de recueil par les contrôleurs, les avis portés par l'établissement sur les facturations et les codages.

La concertation a lieu en principe au terme du contrôle de l'ensemble des séjours ou après le contrôle d'un champ donné.

Mais la concertation peut être convenue d'un commun accord entre le médecin responsable du contrôle et le médecin DIM de l'établissement au cours du contrôle.

1. Les acteurs de la concertation

Cette concertation réunit à une date définie :

- **Le médecin DIM (régulièrement nommé : présence obligatoire)** peut être accompagné, le cas échéant, du ou des médecins responsables des séjours contrôlés et assisté d'un(e) technicien(e) de l'information médicale.
- **Le médecin responsable du contrôle (présence indispensable)** assisté d'un ou de deux médecins contrôleur(s) et d'un agent administratif de l'équipe.

Le principe de l'égalité de la représentation entre les deux parties n'est pas réglementaire mais fortement préconisé.

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

2. *Les modalités de la concertation*

Préalablement la réunion de concertation, un tableau de synthèse récapitulant les avis des médecins contrôleurs doit être remis au médecin DIM de l'établissement.

❖ **La fiche argumentaire contradictoire**

Pour chaque dossier, une fiche argumentaire contradictoire doit être constituée et sert de support écrit à la concertation. Cette fiche comprend deux parties :

- **Une partie destinée aux médecins contrôleurs** (dans laquelle sont consignées toutes les informations telles que : la liste des documents contrôlés et photocopiés, les arguments justifiant la modification des codages)
- **Une partie destinée au médecin DIM de l'établissement et aux médecins responsables des séjours.**



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

GHS initial ·	GHS avant concertation ·	GHS final après concertation ·
---------------	--------------------------	--------------------------------

Fiche argumentaire du · / / 201x

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

ARGUMENTAIRE DU MEDECIN CONTROLEUR

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

Accord :

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

Nom et signature du médecin du DIM :
Dr

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

DECISION FINALE APRES CONCERTATION

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

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN CONTROLEUR AYANT FAIT LA
CONCERTATION
Dr

NOM ET SIGNATURE DU MEDECIN DU DIM
Dr

Cette fiche doit être renseignée et signée systématiquement par les deux parties, qu'il y ait ou non un impact sur la tarification et validée par le médecin responsable du contrôle.

La portée juridique de cette fiche est d'apporter la preuve de la réalité de la concertation et de recueillir, pour les éventuels contentieux, les argumentaires des parties.

Le médecin DIM est invité à en garder une copie.

Cette fiche doit indiquer, le cas échéant, le changement de position du contrôleur au cours de la concertation.

❖ **Le dossier argumentaire**

Pour tous les séjours dont le montant de la facture devra être recalculé (sur ou sous facturation), le médecin contrôleur constitue un dossier argumentaire.

Ce dossier doit comprendre l'ensemble des éléments nécessaires au traitement du dossier à l'issue du contrôle : coordination des contrôles par l'UCR, saisine de l'ATIH, actions contentieuses.

Ce dossier constitue un moyen de preuve déterminant pour le traitement ultérieur du dossier après la fin du contrôle sur site, que cela soit :

- Dans le cadre d'une coordination des contrôles par l'UCR
- En cas de saisine de l'ATIH
- En cas d'actions contentieuses.

C L'élaboration du rapport par le médecin responsable du contrôle et de la transmission à l'UCR

1. Elaboration du rapport

Le rapport de contrôle reprend les différentes fiches de synthèse élaborées par le logiciel OGC. Ces fiches sont remplies de manière automatique par le logiciel, à la suite de la finalisation du contrôle.

Ce rapport comprend :

- la période vérifiée
- la date de début et de fin du contrôle
- Les activités, prestations et ensemble des séjours contrôlés : leur libellé, le nombre total de séjours répondant aux critères de définition, le nombre de séjours soumis au contrôle et le nombre de séjours contrôlés
- une synthèse des anomalies, de leur cause et de leur nature par activités, prestations et séjours contrôlés.
- la mention éventuelle de la constatation d'un incident ou d'une obstruction survenue pendant le contrôle

Le rapport doit être adressé par le médecin responsable du contrôle au représentant légal de l'établissement avec copie au médecin DIM dans les jours qui suivent la fin du contrôle.

A compter de la date de la réception de ce rapport, **l'établissement dispose de 30 jours pour transmettre ses observations et le retourner au médecin responsable du contrôle.**

2. Transmission du rapport à l'UCR

Le médecin responsable du contrôle transmet le rapport au responsable du contrôle externe de la Direction Régionale du Service Médical à l'expiration du délai de 30 jours (à compter de la réception du rapport par l'établissement) ou à réception des observations de l'établissement.

Cet envoi doit se faire dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives (sous pli confidentiel).

Le responsable du contrôle externe de la Direction Régionale du Service Médical, transmet un exemplaire du rapport à l'UCR.

Le médecin responsable du contrôle communique également directement à l'UCR (sous pli confidentiel) :

- La fiche de liaison avec les caisses de l'Assurance Maladie
- Les fiches argumentaires contradictoires.

Le médecin responsable du contrôle reste associé au suivi du contrôle : il peut être consulté lors du traitement du rapport, sera informé des avis des experts éventuels et sera destinataire du bilan annuel de l'exécution du programme élaboré par l'UCR.

IV. L'ISSUE DU CONTRÔLE

A. Le traitement du rapport de contrôle par l'UCR

A réception du rapport, l'équipe médicale de l'UCR s'assure de sa conformité dans la forme : complétude, cohérence, présence des signatures nécessaires.

Elle prend également connaissance du contenu du rapport de contrôle, des divergences constatées et des observations de l'établissement.

L'équipe médicale de l'UCR peut modifier la position des médecins contrôleurs, après en avoir débattu avec eux.

Cette modification du rapport de contrôle ne peut se faire qu'en faveur de l'établissement, afin de respecter la procédure de concertation.

En cas de divergences avec les médecins contrôleurs : seule la décision de l'UCR est retenue.

L'UCR adresse à l'établissement, par tout moyen rapportant la preuve de la date de réception un courrier l'informant²³ :

- De la prise en compte ou non des observations de l'établissement
- Le cas échéant, de la demande d'avis d'expert (l'ATIH)

L'UCR doit apprécier la pertinence de la saisine de l'ATIH au regard des divergences déjà traitées dans un rapport de saisines de l'ATIH ou Forum AGORA du site de l'ATIH.

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

A l'issue du traitement du rapport de contrôle, l'UCR rédige une note de synthèse à l'attention de la Commission de contrôle de l'ARS et du Directeur Général de l'ARS. L'UCR ne peut pas contourner l'éventuelle sévérité de la sanction par un abandon des sanctions avant une proposition de la commission de contrôle.

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

B. Notification des **sommes à payer**

En cas de surfacturation ou de sous facturations constatées, la caisse engage une procédure de notification des sommes à payer. Cette notification ne peut être réalisée que sur un dossier effectivement contrôlé par le médecin contrôleur.

La notion de « caisse » :

Cette appellation générique fait référence à la caisse en charge des calculs (cellule régionale de calcul), la caisse référente ou la caisse gestionnaire.

L'UCR transmet aux caisses l'ensemble des éléments nécessaires au calcul du montant de la facture contrôlée, le rapport de contrôle et la fiche de liaison avec les caisses (dans le respect des autorisations données par la CNIL).

Les caisses prennent en compte le taux réel de prise en charge par l'Assurance Maladie des séjours et appliquent les tarifs nationaux complétés le cas échéant de suppléments, minorations ou majorations. Les caisses établissent ensuite la notification des sommes à payer.

Les caisses transmettent à l'UCR pour chaque séjour :

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

²³C'est sur la base de ce courrier que l'établissement peut saisir le Directeur Général de l'ARS d'une demande de saisine de l'ATIH si elle n'a pas été jugée nécessaire par l'UCR.

Les notifications des sommes à payer sont réglementées²⁴ :

-Notification envoyée par tout moyen permettant de prouver la date de sa réception

-Dans son contenu, les éléments devant impérativement être mentionnés :

⇒ La cause, la nature et le montant des sommes réclamées ainsi que 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 1 mois à compter de réception de la notification imparti au débiteur pour s'acquitter des sommes réclamées.

⇒ L'information qu'à défaut de paiement dans un délai de 1 mois, le débiteur sera mis en demeure de payer l'indu avec une majoration de 10%.

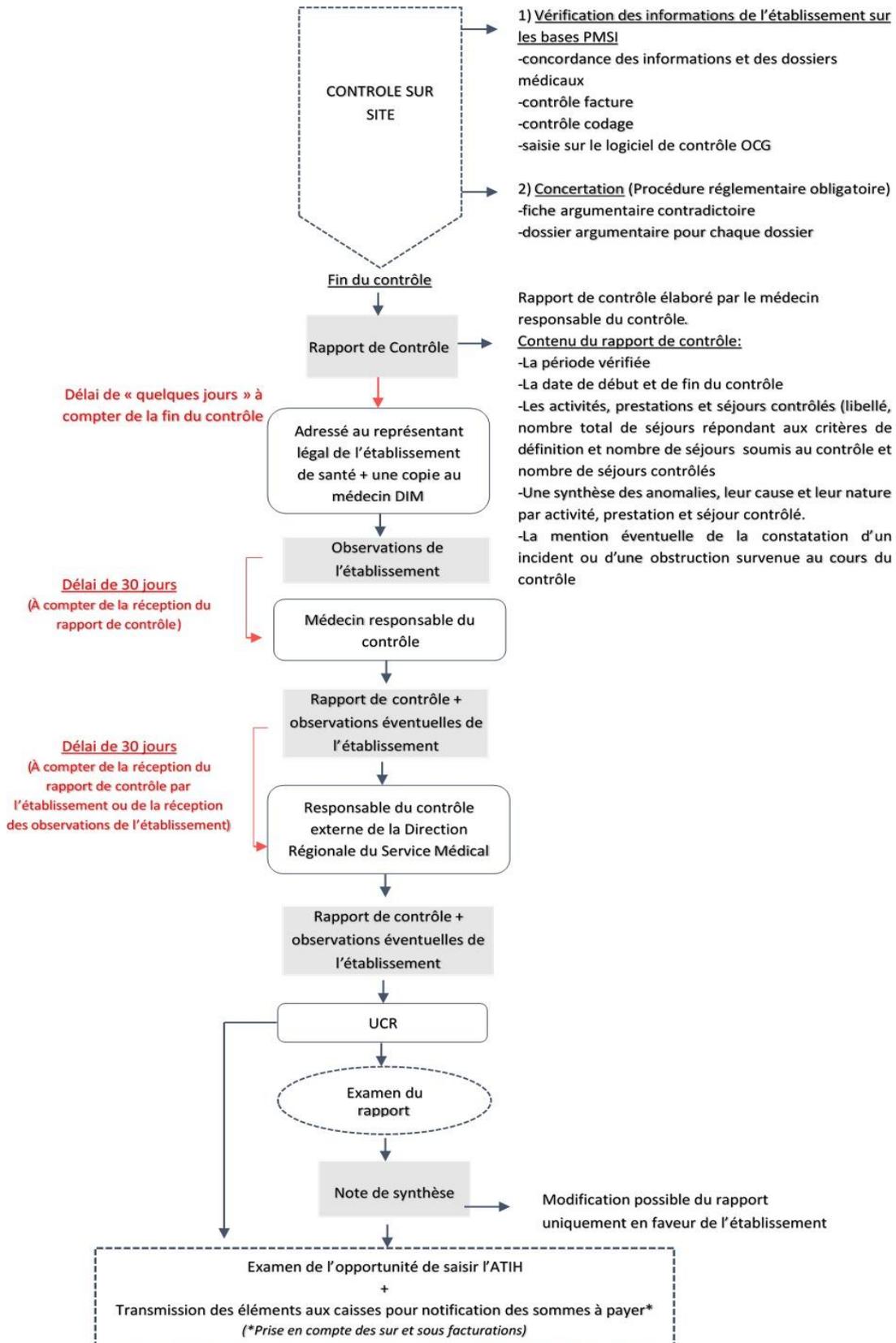
⇒ La possibilité pour le débiteur de présenter ses observations écrites à l'organisme d'Assurance Maladie.

La notification doit également préciser qu'en présence d'un accord écrit de l'établissement, la caisse référente procédera à la compensation entre le sommes dues au titre des surfacturations et celles dues au titre des sous facturation.

Cet accord écrit ne prive pas l'établissement de sa capacité à contester la somme à payer.

²⁴Articles R.162-35-3 et R.162-35-5 du code de la sécurité sociale.

PROCEDURE A L'ISSUE DU CONTRÔLE EXTERNE DE LA T2A



C La saisine de l'ATIH à titre d'expert

La saisine de l'ATIH à titre d'expert n'est pas systématique mais reste très fréquente dans le cadre des contrôles externes de la T2A.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), fondée en 2000, est un établissement public de l'État à caractère administratif placé sous la tutelle des ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

L'ATIH est un pôle d'expertise qui a pour missions :

- La collecte, l'hébergement et l'analyse des données des établissements de santé
- La gestion technique des dispositifs de financement des établissements de santé : calcul des tarifs annuels hospitaliers et allocations des ressources
- La réalisation d'études sur les coûts des établissements sanitaires et médico-sociaux
- L'élaboration et la maintenance de la nomenclature de santé : classification internationale des maladies (CIM), classification commune des actes médicaux (CCAM), catalogue spécifique des actes de rééducation et de réadaptation (CSARR), etc.

❖ Conditions préalables de saisine de l'ATIH

La saisine de l'ATIH ne peut émaner que de :

- L'UCR, à son initiative ou à la demande d'un établissement de santé
- L'UCR à la demande du directeur de l'ARS, lui-même saisi par un établissement de santé lorsque l'UCR a émis un refus de saisine en première intention.

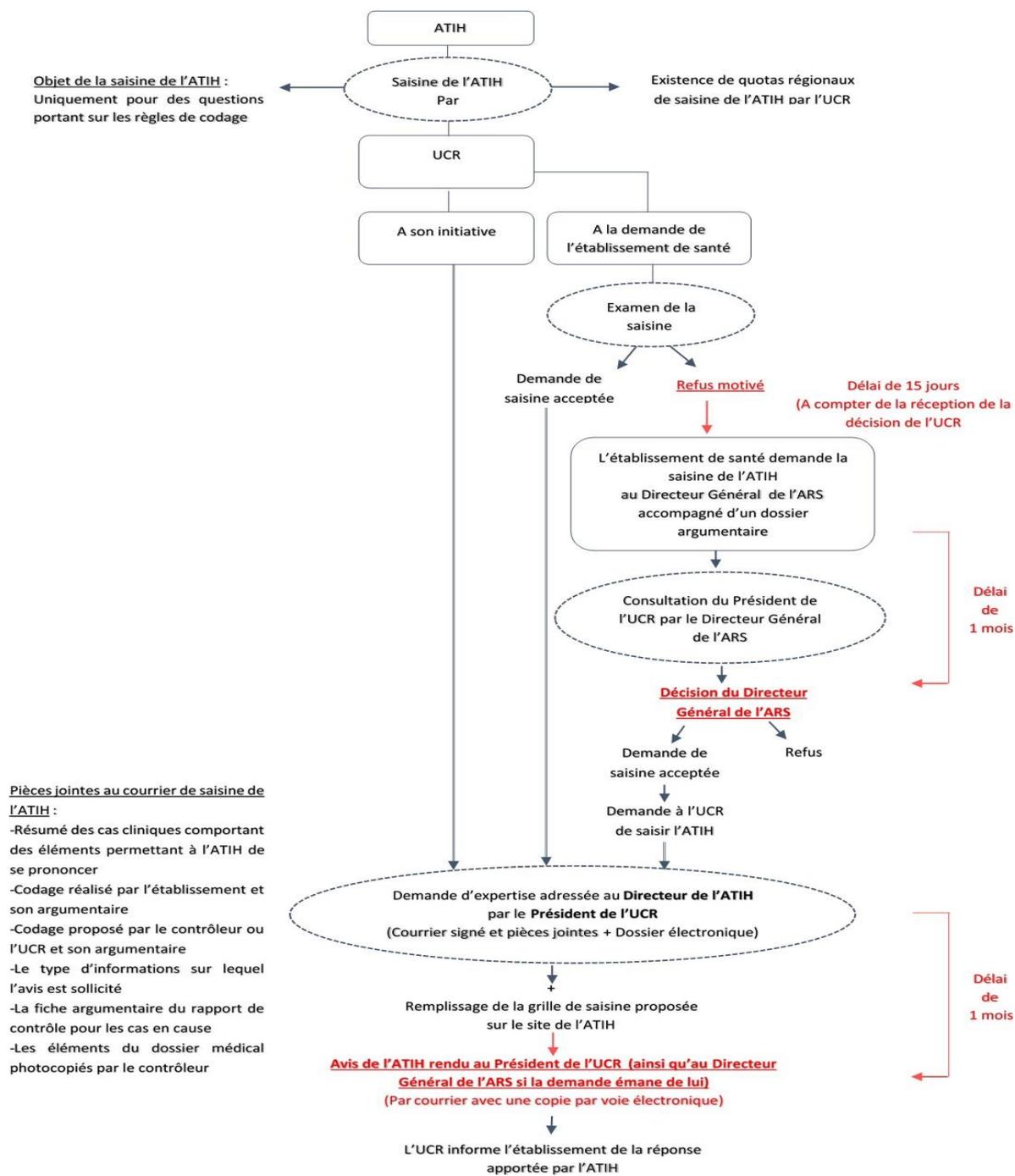
L'UCR doit examiner toute demande d'établissement souhaitant saisir l'ATIH et apprécier la pertinence de la demande. L'UCR informe l'établissement des suites données à sa demande de saisine et la motive. L'ATIH ne peut être saisi que pour les divergences relatives aux règles de codage de toutes les variables du résumé de sortie de séjour.

Ne peuvent pas faire l'objet d'une saisine de l'ATIH, les questions relatives à:

- des définitions médicales d'une affection
- de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic
- des honoraires médicaux
- du bien-fondé du classement des séjours dans un GHM (l'ATIH ne peut vérifier que le groupage).
-

Pour ces questions, l'UCR peut recourir à tout autre expert qu'elle jugera compétent.

❖ La procédure de saisine de l'ATIH²⁵



²⁵Décret dit « sanction » n°2011-1209 du 29 septembre 2001 modifiant les dispositions relatives au contrôle d'activité des établissements de santé. Circulaire n°DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relatives aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

❖ Rapport annuel de saisine de l'ATIH (2016): les divergences constatées et les avis rendus

A titre indicatif, le dernier rapport annuel de l'ATIH en date d'avril 2016 relatif aux campagnes de contrôle de 2011 à 2015 (portant sur les données d'activité des années de 2010 à 2014) est annexé au présent guide.

Ce rapport reprend les avis rendus par l'ATIH sur les situations les plus fréquentes en Médecine, Chirurgie et Obstétrique soumises à expertise :

- Le choix du diagnostic principal (situation clinique de diagnostic, situation clinique de traitement)
- Les diagnostics associés significatifs
- Le codage avec la CIM10
- Le codage des actes médico techniques

Les conclusions émises par l'ATIH au regard notamment des argumentaires de chaque partie (établissement et médecin contrôleur) montrent ici encore l'importance pour l'établissement d'avoir des dossiers médicaux exhaustifs et précis.

(Cf. Rapport annuel de l'ATIH d'avril 2016 en annexe 2)

D. La constitution du dossier de sanction

L'UCR transmet au DGARS et à la commission de contrôle le rapport de contrôle et une note de synthèse. Avant cela, elle doit vérifier le caractère sanctionnable du champ, réunir les éléments financiers nécessaires au calcul de la sanction, et calculer le montant maximal de la sanction.

1. Contrôle du caractère « sanctionnable » du champ contrôlé

L'UCR doit vérifier que la totalité des contraintes réglementaires établies par l'article L.162-22-18 du Code de la sécurité sociale ont été respectées. A défaut, la procédure de sanction financière prévue par cet article doit être abandonnée au profit d'une autre.

2. Instruction du rapport de contrôle et recueil des éléments financiers par l'UCR

Lorsque les différents avis sont rendus (avis de l'ATIH, observations diverses), l'UCR procède au recueil des éléments financiers nécessaires au calcul du montant de la sanction.

L'UCR demande les éléments financiers aux caisses ayant supporté un indu :

- L'état des sommes payées au titre des factures contrôlées
- L'état des sommes indûment perçues par l'établissement au titre des surfacturations

- L'état des sommes dues par les caisses au titre des sous facturations
- Le montant des recettes annuelles de l'Assurance Maladie de l'établissement (pour l'année de la production des données)
- Les recettes annuelles totales de l'Assurance Maladie de l'établissement pour l'année de la production des données

3. *Calcul du montant maximal de la sanction*²⁶

A compter de la réception de la demande de l'UCR, les caisses ont un délai de 2 mois pour communiquer à l'UCR les informations demandées.

A réception des informations transmises par les caisses, l'UCR détermine :

- Le taux d'anomalies constaté sur le champ de contrôle
- Le montant maximal de la sanction pour le champ de contrôle
- Le montant maximal de la sanction pouvant être appliqué à l'établissement

L'UCR communique ensuite ces éléments à la Commission de contrôle et au Directeur Général de l'ARS.

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

❖ **Le taux d'anomalie (%) calculé sur l'échantillon=**

$$\frac{\text{Sommes indûment perçues (sur facturations - sous facturations) sur l'échantillon}}{\text{Sommes dues après contrôle par l'assurance maladie au titre de la totalité de facturations de l'échantillon}}$$

❖ **Le montant maximal de la sanction doit être < à 10X le montant du préjudice subi par l'assurance maladie constatée sur l'échantillon**

(Tenant compte des sur et sous facturations)

❖ **Montant plafonné à 5% des recettes annuelles totales de l'assurance maladie de l'établissement**²⁷

L'UCR transmet au Directeur Général et à la Commission de contrôle de l'ARS un dossier de sanction accompagnée d'une note de synthèse pour chaque établissement contrôlé.

²⁶Articles R.162-35-4 du code de la sécurité sociale. Décret n°2006-307 du 16 mars 2006 (JO Du 17 mars) pris pour application de l'article L.162-2-18 du code de la sécurité sociale. Décret n°2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé. Circulaire N°DSS/SD1/MCGR/2011/395/ du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

²⁷Article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale.

Le dossier de sanction comprend :

Pour l'ensemble du contrôle	Par champ sanctionnable	Pour chaque champ sanctionnable (les éléments financiers suivants)
-La copie du courrier de l'ARS informant l'établissement du contrôle -L'avis de réception du courrier	Le nombre total de séjours du champ du contrôle	Le montant total initial des séjours contrôlés
Le rapport de contrôle, l'avis de réception	Le nombre de séjours contrôlés pris en compte pour la détermination de la sanction	-L'état des sommes indûment perçues -L'état des sommes dues par les caisses
Les observations et/ou réponses de l'établissement	Pour chaque séjour contrôlé intégré dans le calcul de la sanction : -le n° d'ordre du rapport de l'OGC (identification du dossier) -Les éléments permettant la valorisation du séjour avant et après contrôle anonymisé -Le cas échéant, le motif de l'avis défavorable	Le montant après contrôle des séjours contrôlés
L'avis sur les observations l'établissement	Le cas échéant, les avis des experts (ATIH et autres) demandés par l'UCR	La date, la cause et la nature des sommes indûment perçues
	Les éléments permettant au Directeur Général et à la Commission de contrôle de l'ARS de se prononcer sur la gravité et la réitération des manquements	-Le montant des recettes de l'assurance maladie afférent au champ contrôlé pour l'année N-1 au contrôle -La recette annuelle totale de l'assurance maladie pour l'année N-1 au contrôle et le plafond de 5% de cette recette -Le montant des sommes indûment perçues et le plafond de 10 fois ce montant -Le taux d'anomalie -Le montant calculé de la sanction

Le courrier d'accompagnement du dossier de sanction et de la note de synthèse, doit être envoyé par l'UCR par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa réception et doit comporter les mentions suivantes :

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

4. *La notification de la sanction*

❖ **La procédure : Article R.162-35-5 du code de la sécurité sociale**



Cf. Procédure relative à la notification de la sanction financière détaillée au chapitre II ; Partie II du présent guide.

CHAPITRE II – PHASE CONTENTIEUSE

Plusieurs procédures peuvent être mises en œuvre par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé et le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie :

- Recouvrement de l'indu correspondant auprès de l'établissement de santé
- Pénalités financières notifiées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé
- Pénalités financières notifiées par le Directeur de la Caisse d'Assurance Maladie
- Procédure spécifique en cas d'obstruction au contrôle externe de la T2A

La particularité du contentieux du contrôle technique est caractérisée par le principe d'indépendance des procédures, plusieurs procédures pouvant ainsi être poursuivies simultanément ou non.

I. ACTION EN RECOUVREMENT DE L'INDU

Rappel :

La charge de la preuve en matière de procédure de répétition de l'indu est répartie entre :

- l'organisme d'assurance maladie : doit rapporter, à l'appui de sa demande de répétition de l'indu, **la preuve du non-respect des règles de tarification et de facturation**, et notamment face à un dossier médical complet, de faire ressortir, par les pièces versées aux débats, que les conditions de la facturation ne sont pas remplies
- l'établissement de santé : lorsque les lacunes ou mentions insuffisantes du dossier médical ne permettent pas aux médecins contrôleurs d'apprécier la justification de l'hospitalisation, **se doit d'établir par tous moyens que l'acte litigieux nécessitait médicalement un séjour en établissement.**

A ce titre, la Cour de cassation exige des juges du fond qu'ils recherchent si l'établissement de santé apporte les éléments pour justifier la qualification des actes qu'il revendiquait et contester celle retenue par la caisse lors de son contrôle²⁸.

En revanche, la Cour de cassation reconnaît aux juridictions du fond un pouvoir souverain pour apprécier, au regard des éléments de faits soumis au débat, si les conditions fixées par la réglementation tarifaire sont réunies²⁹.

A. Objet du contentieux

Le Directeur Général peut agir en recouvrement de la somme indûment perçue par l'établissement sur les fondements et au titre des dispositions suivantes:

1. Les fondements juridiques

❖ Les dispositions du droit commun : le code civil

- L'article 1302 du code civil:
« Tout paiement suppose une dette : ce qui a été payé sans être dû, est sujet à répétition. La répétition n'est pas admise à l'égard des obligations naturelles qui ont été volontairement acquittées ».
- L'article 1302-1 du code civil:
« Celui qui reçoit par erreur ou sciemment ce qui ne lui est pas dû doit le restituer à celui de qui il l'a indûment reçu ».
- L'article 1353 du code civil:
« Celui qui réclame l'exécution d'une obligation doit la prouver »

²⁸Cass., civ., 2eme, 18 juin 2015, n°14-17.616

²⁹Cass., civ., 2eme, 24 mai 2017, n° 16-17.826

❖ **Les dispositions prévues dans le code de la sécurité sociale**

Le mécanisme de répétition d'indus introduit dans le code civil est décliné en droit de la sécurité sociale dans l'article L.133-4 du code de la sécurité sociale:

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

-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 ;

-des frais de transports mentionnés à l'article L.321-1 ;

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

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

L'action en recouvrement de l'indu porte donc exclusivement sur :

- Les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale;**
- Les erreurs de codage;**
- L'absence de réalisation d'une prestation facturée**

2. *Le caractère sanctionnable*

Pour sanctionnable, le séjour doit présenter l'un des 3 griefs suivants :

1° Manquements aux règles de facturation prévues à l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

La Cour de cassation considère que l'action en recouvrement de l'indu est justifiée dès lors que les conditions cumulatives exigées par l'article L.162-22-6 du CSS pour qualifier une prestation donnant lieu à facturation ne sont pas réunies. Il n'est pas exigé que la Caisse démontre en sus que l'établissement a facturé indûment une prestation³⁰.

2° L'erreur de codage

3° La non réalisation de la prestation facturée



Au préalable, les contraintes réglementaires doivent avoir été respectées³¹:

- Le programme de contrôle a formellement été établi par le Directeur Général de l'ARS
- L'information faite à l'établissement par le Directeur Général de l'ARS (par tout moyen permettant de rapporter la preuve de la réception du courrier) :
 - L'intitulé des champs contrôlés, libellé comme le programme de contrôle
 - Le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle sur site³²
 - La date à laquelle l'établissement est informé du contrôle
- Le courrier du Directeur Général de l'ARS doit avoir été reçu avant le 31 décembre de l'année suivant celle de la production des données PMSI,
- Le contrôle a lieu à une date compatible avec celle fixée dans le courrier de l'ARS
- Le respect des règles de constitution du champ de contrôle³³,
- La vérification que les séjours contrôlés répondent à la définition du champ de contrôle (tel qu'il figure dans le programme de contrôle et dans le courrier d'information de l'ARS envoyé l'établissement),
- En cas de contrôle sur plusieurs champs : vérification qu'aucun séjour n'est pris en compte dans plus d'un champ,
- Tous les éléments susceptibles d'influer sur le montant des séjours (à la fois les sur et sous facturations) ont été recueillis dans la procédure de contrôle

- Les anomalies prises en considération pour la sanction sont motivées par l'un des griefs suivants : manquement aux règles de facturation³⁴, erreur de codage et absence de réalisation de la prestation facturée
- Le respect de la procédure de concertation,

³⁰Civ. 2eme, 12 mars 2015, 14-11.514 (annexé)

³¹ Vérification faite au préalable par l'UCR.

³² L'indication précise les noms et qualité des personnes chargées du contrôle dans la lettre d'information adressée à l'établissement de santé n'est pas prescrite à peine de nullité du rapport des opérations de contrôle (JP 8)

³³ Contraintes relatives à l'élaboration du programme de contrôle : type et au libellé du champ de contrôle ainsi qu'à la constitution de l'échantillon contrôlé sur site, calcul des montants financiers, potentiels de chevauchements, procédure et outils utilisés.

³⁴ Article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale

- La transmission du rapport de contrôle à l'établissement³⁵
- La conformité du rapport de contrôle : signé du médecin responsable du contrôle, mentions obligatoires (période, objet, durée et résultats du contrôle)
- La transmission du rapport de contrôle à l'UCR accompagné des observations de l'établissement.

Enfin, **le préjudice subi par la caisse de l'Assurance Maladie doit avoir été notifié.**

L'article R.133-9 du CSS règlemente cette notification, en imposant certaines mentions telles que la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement.

Les juridictions du fond sont néanmoins réticentes à faire droit à une demande d'annulation de la procédure en recouvrement d'indu pour défaut ou inexactitude de ces mentions, dès lors que n'est pas démontré un véritable grief qui en résulterait pour l'établissement³⁶.

Ainsi, dès lors que sont mentionnés des motifs à l'appui de la sanction, et que la notification fait référence à divers éléments attestant de la nature, l'étendue et la cause des versements (contrôle sur site, résultats du contrôle portant montant global de l'indu réclamé), il sera difficile pour l'établissement de santé d'invoquer l'absence de motivation suffisante pour faire déclarer la procédure irrégulière³⁷.

De même, figurent annexés à la lettre de notification de l'indu un tableau fournissant des informations détaillées comme la période à laquelle se rapportent les indus, les patients concernés, le numéro de facture etc...³⁸

3. *Le délai prescription*

L'action en recouvrement d'un indu **se prescrit par 3 ans**, sauf en cas de fraude, à compter de la date de paiement de la somme indue.

Cette action en recouvrement s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, des observations.

³⁵ Conformément à l'article L.162-35-2 CSS, le médecin chargé du contrôle doit signer le rapport de contrôle. La Cour de cassation exige cette signature à peine de nullité de la procédure, pour l'ensemble des médecins en charge du contrôle, et ce même pour des médecins contrôleurs placés sous la responsabilité d'un autre praticien (JP 9)

³⁶ V. en ce sens la CA de Caen qui refuse de faire droit à l'annulation de la procédure, et ce malgré divers manquements aux mentions exigées par l'article R.133-9 dans la lettre de notification (CA Caen, Ch. Sociale sect. 2, 26 janvier 2018, n°16/02986, annexé)

³⁷ V. en ce sens la CA de Montpellier (CA Montpellier, 4ème ch. Sociale, 25 octobre 2017, n°14/03763, annexé)

³⁸ V. En ce sens Cour de cassation (Cass., civ., 2ème, 19 déc. 2013, n°12-20.144, annexé)

B. Première phase du contentieux

- **La notification de payer** : Articles L.133-4 et R.133-9-1 du code de la sécurité sociale.

L'organisme d'Assurance Maladie procède à une notification de l'indu à l'établissement de santé par lettre recommandée avec accusé de réception.

Cette notification doit contenir³⁹ :

- La cause, la nature, le montant des sommes réclamées
- La date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement
- L'existence d'un délai de deux mois à partir de la réception de la notification imparti au débiteur pour régler sa dette
- L'existence d'un délai de deux mois à partir de la réception de la notification pour saisir les Commissions de Recours Amiable des caisses gestionnaires⁴⁰
- La possibilité pour le débiteur, dans le même délai, de présenter des observations écrites à l'organisme de santé.

Suite à la réception de la notification de l'indu, l'établissement peut finalement :

- Saisir une CRA dans le délai de deux mois : si cette dernière ne répond pas dans les 30 jours qui suivent sa saisine, la demande est implicitement rejetée, et il convient de saisir le TASS dans le délai de 2 mois à compter de ce rejet pour contester les sommes réclamées.
- Régler les sommes réclamées par l'Organisme : la procédure est alors terminée.
- Présenter des observations à la Caisse d'Assurance Maladie concernée.

- **La mise en demeure** : Articles L.133-4 et R.133-9 -1 du code de la sécurité sociale.

Une mise en demeure de régler l'indu sera adressée à l'établissement de santé par LRAR dans les hypothèses suivantes :

- l'indu n'a pas été réglé par l'établissement de santé
- la CRA n'a pas été saisie ou a confirmé l'indu
- l'établissement a présenté des observations sans régler l'indu.

La mise en demeure contient :

- 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

³⁹ R.133-9-1 CSS

⁴⁰ R. 142-1 CSS

- 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 de la majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai, ainsi que les voies et délais de recours.

Si l'établissement de santé souhaite contester la mise en demeure, la saisine de la CRA est obligatoire avant la mise en œuvre d'une procédure contentieuse devant le TASS.

Si la CRA ne répond pas dans le délai de 30 jours à compter du recours de l'établissement, l'établissement peut saisir directement le TASS dans le délai de deux mois à compter du rejet.

- **La contrainte de recouvrement forcé** : Article R.133-3 à R.133-7 du code de la sécurité sociale.

A défaut de règlement dans le délai d'un mois à compter de la réception de la mise en demeure, une contrainte peut être délivrée contre l'établissement de santé.

La contrainte est signifiée à l'établissement de santé par acte d'huissier de justice ou par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. A peine de nullité, l'acte d'huissier ou la notification mentionne la référence de la contrainte et son montant, le délai dans lequel l'opposition doit être formée, l'adresse du tribunal compétent et les formes requises pour sa saisine.

L'établissement de santé peut former opposition à la contrainte devant le TASS dans le délai de quinze jours à compter de la notification ou de la signification. L'opposition doit être motivée ; une copie de la contrainte contestée doit lui être jointe.

La décision du tribunal, statuant sur opposition, est exécutoire de droit à titre provisoire.

C Phase contentieuse devant le TASS⁴¹

La procédure devant le TASS est prévue à l'article R.142-17 du code de la sécurité sociale.

1. La saisine du TASS

Le TASS est saisi sur simple requête déposée au secrétariat ou adressée au secrétaire par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (LRAR) dans un délai, soit :

- ⇒ De deux mois à compter de la notification de la décision de la CRA
- ⇒ D'un mois à compter de la saisine de la CRA⁴²

2. Convocation à l'audience du TASS

❖ **Délai de convocation des parties** : Délai de 15 jours (au moins) avant la date de l'audience.

⁴¹TASS : Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

⁴²Article R.142-6 du code de la sécurité sociale.

❖ **Modalités:**

Par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (LRAR) ou par remise d'acte d'huissier au destinataire contre émargement et récépissé.

La convocation est réputée faite à la personne lorsque l'avis de réception est signé par le destinataire ou son mandataire.

❖ **Contenu de la convocation:**

La convocation doit contenir les noms, profession et adresse du réclamant, l'objet de la demande ainsi que la date, le lieu et l'heure de l'audience.

❖ **Renvoi de l'audience⁴³:**

Dans le cas où l'audience n'a pas pu se tenir en raison de l'absence d'une des parties, la partie présente est convoquée verbalement à une nouvelle audience avec émargement au dossier et remise par le greffe d'un bulletin mentionnant la date et l'heure de l'audience.

3. *Comparution des parties*

Les parties peuvent comparaître personnellement, se faire représenter ou assister. Les parties peuvent déposer des observations sur papier libre.

La procédure est orale.

Conseil :

La présence d'un médecin conseil ou du médecin DIM est fortement recommandée.

⁴³Articles R.142-19 au R.142-21 du code de la sécurité sociale.

4. Jugement du TASS

Le jugement du TASS est notifié par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception (LRAR) sous 15 jours à chacune des parties convoquées à l'audience.

La portée des décisions du Tribunal⁴⁴ :

- Décider des mesures conservatoires ou de remise en état.
- Accorder une provision.
- Engager une procédure d'expertise (médicale et/ou technique).
- Prescrire une enquête ou une consultation.

Le TASS statue en dernier ressort jusqu'à la valeur de 4000 euros⁴⁵.

D. Recours contre le jugement du TASS

1. L'appel

Le délai pour interjeter l'appel est de 1 mois à compter de la notification du jugement du TASS.

L'appel⁴⁶ est suspensif de l'exécution du jugement.

Le TASS qui rend une décision défavorable à l'établissement peut, à la demande de la caisse, prévoir une provision totale ou partielle.

2. Le pourvoi en cassation

Un pourvoi en cassation peut être formé par ministère d'un avocat au Conseil d'Etat et à la Cour de Cassation, contre un jugement rendu en dernier ressort **dans un délai de 2 mois à compter de la notification de la décision de la Cour d'Appel**. (Le délai de 2 mois ne court pas s'il n'est pas expressément mentionné dans la notification de la décision de la Cour d'Appel).

Le pourvoi n'est pas suspensif de l'exécution.

Si la décision de la Cour de Cassation est un renvoi devant le TASS ou devant la Cour d'Appel (désignée par la Cour de Cassation), il appartient à l'une des parties de saisir la juridiction par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception adressée au greffe ou au secrétariat de ladite juridiction.

⁴⁴Articles R.142-21-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

⁴⁵Article R.142-25 du code de la sécurité sociale.

⁴⁶Article R.142-28 du code de la sécurité sociale.

Précision sur le délai de prescription de l'action en recouvrement pour l'Assurance Maladie

: L'action se prescrit par 3 ans à compter de la date de paiement des sommes indues.

L'action en recouvrement s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification de payer ou de produire ses observations.

Les conditions d'interruption de la prescription :

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

II. PENALITES FINANCIERES

A. Pénalités financières notifiées par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé

1. *Objet du contentieux*

L'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale dispose que :

« Les établissements de santé sont passibles [...] d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. [...]

Son montant est en fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la base des recettes annuelles de l'assurance maladie afférente à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5% des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Les établissements faisant obstacle à la préparation et à la réalisation de lu contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant peut excéder la limite fixée au 3eme alinéa. [...]».

2. *Détermination du montant de la sanction*

Le montant de la sanction est déterminé **en fonction de la gravité et du caractère réitéré des faits**.

Le pouvoir d'appréciation incombe au Directeur Général de l'ARS qui peut, le cas échéant, prononcer une sanction au-delà du montant maximal indicatif⁴⁷.

⁴⁷Article R.162-35-4 du code de la sécurité sociale.

Si le Directeur Général de l'ARS **ne suit pas l'avis de la commission de contrôle**⁴⁸, il est tenu de **motiver sa décision**.

Les juridictions administratives retiennent difficilement un défaut de motivation de la décision de sanction. Elles considèrent notamment que l'exigence de motivation est respectée dès lors que la décision procède à une simple référence aux différents actes de la procédure contradictoire⁴⁹.

- Appréciation de la gravité des manquements

L'appréciation de la gravité est faite selon les critères suivants :

- L'importance du taux d'anomalies sur une même activité, prestations ou séjours présentant une caractéristiques communes (en fonction du % de dossiers en anomalies pour un champ donné)
- Si le manquement relève de l'absence de réalisation d'une prestation

- Appréciation du caractère réitéré des manquements

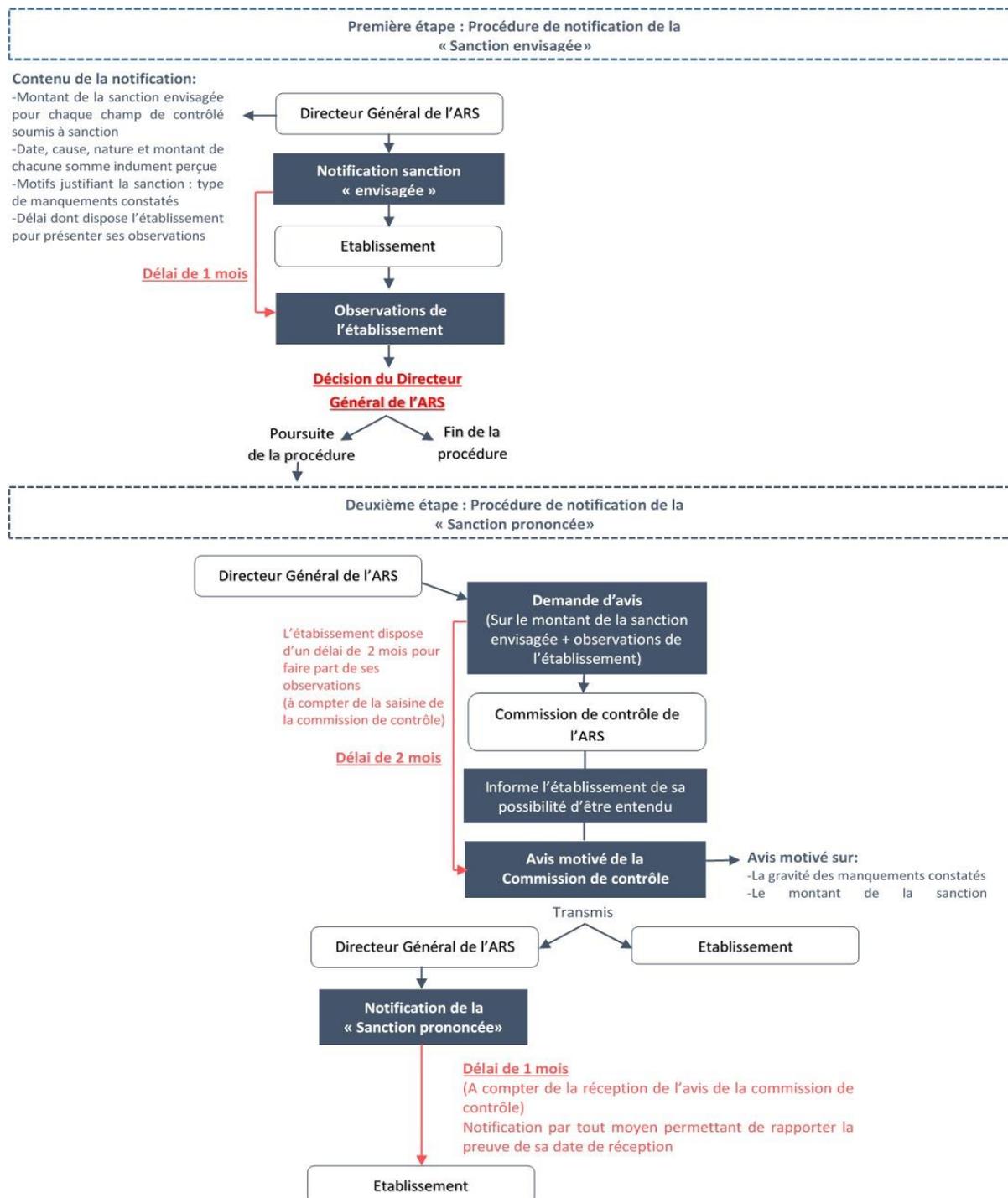
Le caractère réitéré est établi si les deux conditions suivantes sont réunies de manière cumulative :

- Les deux occurrences du manquement doivent porter sur la même activité, prestation ou les mêmes séjours présentant une caractéristique commune de l'établissement ;
- Le manquement doit être constaté sur une campagne précédente.

⁴⁸ La circonstance selon laquelle un membre de l'UCR ait siégé dans la commission de contrôle chargée de rendre un avis sur le projet de sanction n'est pas contraire au principe d'impartialité dans la mesure où « *il n'est pas établi que l'intéressé aurait lui-même participé aux opérations de contrôle de l'activité, ni aurait eu un intérêt direct et personnel dans cette affaire* » (CAA Nancy 4 mai 2017, n°16NC00016)

⁴⁹ Les juges considèrent par exemple que la précision des observations présentées par l'établissement dans le cadre de la procédure contradictoire révélait l'existence d'une motivation (CAA Nancy 4 mai 2017, n°16NC00016)

3. La notification de la « sanction prononcée »



A l'issue de la notification de la « sanction prononcée » adressée par LRAR et en cas d'absence de paiement dans le délai prévu, **une mise en demeure est adressée au représentant légal de l'établissement dans un délai de 1 mois.**

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

4. *Procédure applicable aux pénalités financières*

❖ **Procédure devant le Tribunal Administratif**

Le signataire de la notification de la sanction financière étant le Directeur Général de l'ARS, la décision est donc une décision administrative.

Conformément au droit commun du contentieux administratif, la décision du Directeur Général de l'ARS est susceptible de recours devant le Tribunal Administratif.

(La notification de la sanction doit mentionner expressément le délai de recours devant la juridiction administrative.)

- Le délai:

Le délai de recours devant le Tribunal Administratif est **de 2 mois à compter de la réception de la notification de la sanction.**

Attention : La requête doit être arrivée au greffe du Tribunal avant l'expiration du délai de 2 mois. Si le délai n'est pas respecté, la requête est irrecevable.

- Le contenu de la requête:

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

La contestation de la sanction devant le Tribunal Administratif n'est pas suspensive de l'exécution.

Remarque :

Lorsque la sanction est notifiée, l'établissement est tenu de régler le montant de la sanction.
A défaut de paiement, **une procédure d'exécution forcée de la décision de sanction** peut être engagée, ce qui la rend **immédiatement exécutoire à compter de sa notification.**

❖ Procédure d'urgence

Si l'établissement estime que la décision administrative lui cause **un préjudice grave et immédiat**, une action en « référé suspension » peut être déposée devant le juge des référés.

- Les conditions préalables pour saisir le juge des référés:
 - Avoir au préalable ou simultanément demandé au Tribunal Administratif l'annulation de la décision du Directeur Général de l'ARS.
 - Justifier l'urgence
 - Démontrer qu'il y a un doute sérieux sur la légalité de la décision
 - La décision ne doit pas avoir été entièrement exécutée.

- Les effets:

Le juge se prononce dans **un délai de 48h à 1 mois (maximum) en fonction de l'urgence.**

La mesure de suspension est provisoire et cesse de produire ses effets dès que le tribunal s'est prononcé sur la demande d'annulation qui doit être déposée, rappelons-le, au préalable ou simultanément.

Remarque :

A ce jour, nous n'avons pas connaissance de Tribunaux Administratifs ayant accueillis favorablement une demande d'un établissement dans le cadre d'une procédure de « référé suspension ».

❖ Voies de recours

La décision rendue par le Tribunal Administratif est susceptible d'appel devant la Cour d'Appel Administrative dans les conditions prévues à l'article L.321-1 du code de justice administrative.

B. Pénalités financières notifiées par le Directeur de l'Assurance Maladie

1. *Objet du contentieux*

Les établissements de santé peuvent faire l'objet d'une pénalité en cas de⁵⁰ :

❖ **Fausse facturation:**

Les établissements qui ont tenté d'obtenir pour eux même ou pour un tiers, le versement d'une somme ou le bénéfice d'un avantage injustifié dans les cas suivants :

- Fausse factures : facturation d'actes ou de prestations non réalisées
- Facturation d'un acte, produit ou prestations déjà pris en charge par l'une des dotations (hors T2A) : dotation globale, dotation MIGAC ou forfait annuel.

❖ **Non-respect des conditions de prises en charge:**

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

- Manquement aux règles de facturation et de cotation des actes et prestations;
- Inobservation des règles de de prises decharge

❖ **Obstruction au contrôle:**

Les établissements qui ont empêché ou tenté d'empêcher l'exercice de contrôle d'un organisme de l'assurance maladie par :

- Le refus d'accès à une information;
- L'absence de réponse ou la fausse réponse, la réponse incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant d'un organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical dès lors que cette information est nécessaire à l'exercice du contrôle, de l'enquête ou de la mise sous accord préalable.

❖ **Le non-respect de manière répétée:**

- Des formalités administratives de facturation relatives aux modalités de présentation des documents auxquels sont subordonnés la constatation de soins et l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie;
- De l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations, et actes qu'ils prescrivent (Article L. 321-1 du code de la sécurité sociale);
- De l'obligation de faire figurer sur la feuille d'accident de travail les actes accomplis;
- De l'obligation d'apposer sur l'ordonnance les mentions relatives aux délivrances des médicaments relevant des listes I et II des médicaments stupéfiants (Article R. 5132-12 du code de la santé publique).

⁵⁰Article R.147 et suivants du code de la sécurité sociale issu du Décret n°2005-1016 du 23 août 2005 modifié par le Décret n°2009-982 du 20 août 2009.

- ❖ **Les établissements de santé pour lesquels aura été constaté un état de récidive.**

2. *Procédure applicable aux pénalités financières*

- ❖ **Organisme compétent**

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

En l'absence d'indu ou de préjudice, par dérogation, l'organisme compétent est celui dans lequel les contrôles, la procédure de mise sous accord préalable⁵¹ ou la bonne gestion des services du contrôle médical ont été affectés ou empêchés.

- ❖ **Le montant de la pénalité**

Le montant de la pénalité financière est fixée par le Directeur de la caisse locale d'Assurance Maladie ayant versé les prestations **en fonction de la gravité des faits reprochés.**

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

- En cas de fraude:

Ces montants sont majorés en cas de fraude manifeste:

- Falsification de documents
- Utilisation de faux documents, etc.

- En cas de récidive:

Les taux plafonds et montants maximaux de pénalités sont doublés pour des faits identiques ayant déjà fait l'objet d'une pénalité ou d'un avertissement notifié par le Directeur d'organisme local d'Assurance Maladie quel qu'il soit, au cours des 3 dernières années précédant la date de notification des faits reprochés.

Remarque :

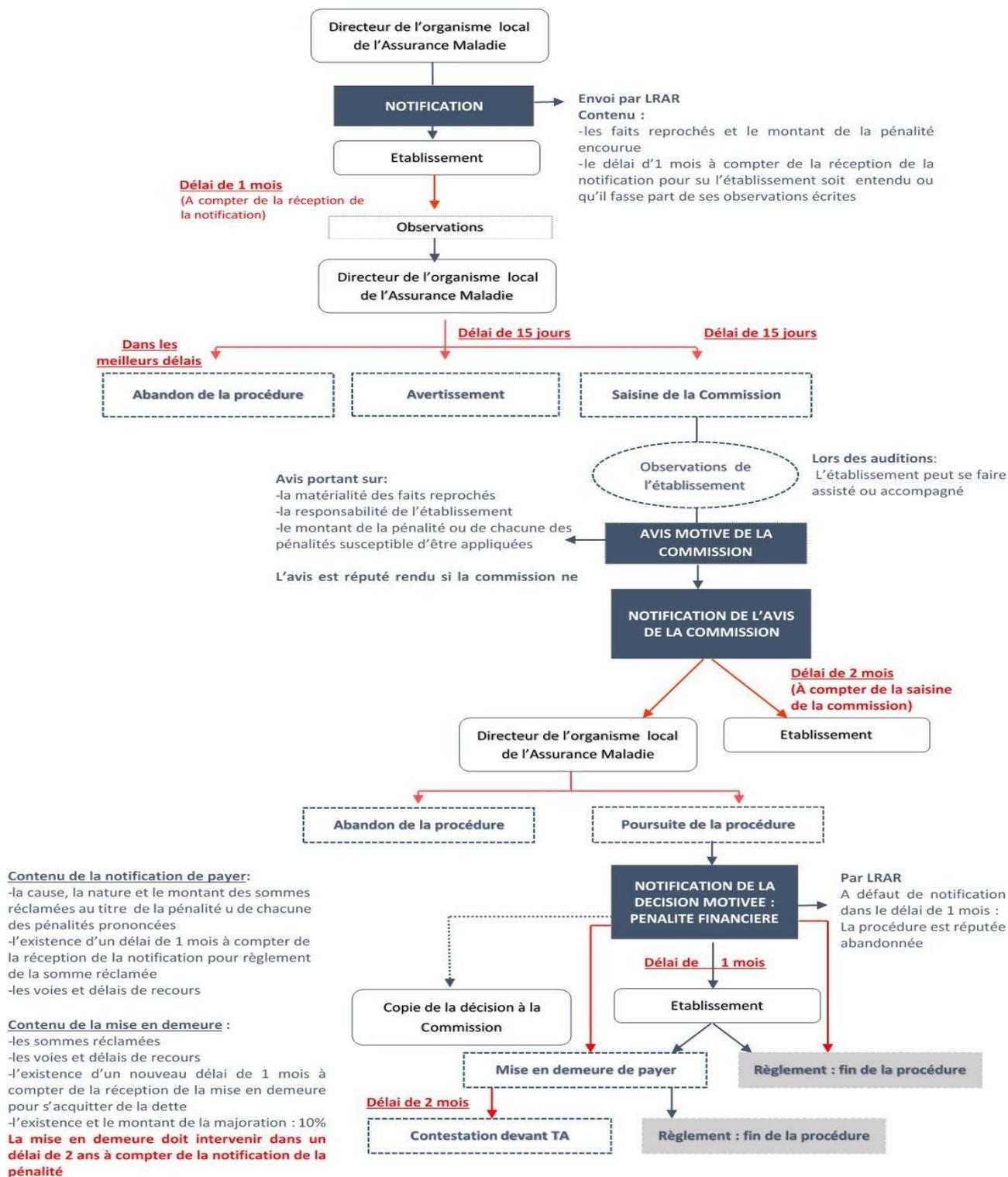
Les pénalités financières se cumulent entre elles.

Toutefois, lorsqu'un même fait ou un même comportement peut relever simultanément de plusieurs situations, seule la peine la plus élevée est encourue.

⁵¹En application de l'article L.162-1-15 du code de la sécurité sociale.

❖ **La procédure**

Article L.162-1-14 et suivants du code de la sécurité sociale



III. PROCEDURE SPECIFIQUE EN CAS D'OBSTRUCTION AU CONTRÔLE

A. Définition de l'obstruction au contrôle

L'obstacle au contrôle concerne toute pratique qui empêche le médecin responsable du contrôle et son équipe de remplir leurs missions⁵².

Il peut s'agir de la « non transmission » des données d'activité (1) ou d'un obstacle à la préparation ou à la réalisation du contrôle (2).

A titre indicatif, l'annexe 2 de la circulaire DHOS/ATIH du 18 juillet 2008 cite des exemples de situations de non transmission d'information ou d'obstruction au contrôle.

1. *Situation de non transmissions d'informations d'activité*

❖ **Absence de transmission de fichiers**

L'absence de transmission des données d'activité dans un délai de 2 mois après le délai réglementaire de transmission de la période ou la transmission de données comportant des défauts importants de qualité, notamment pour ce qui concerne les clés de chaînage anonyme prévues au premier alinéa de l'article 6 de l'arrêté duit PMSI du 22 février 2008, peuvent être considérées comme un défaut de transmission d'information.

❖ **Modification des fichiers transmis**

- Pour les établissements Ex-DG:

La modification d'un fichier de données antérieurement transmis (notamment fichier d'activité de type RSA) doit être autorisé par l'ARS.

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

- Pour les établissements Ex-OQN:

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

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

Ainsi, le constat d'un défaut de rectification des données d'activité à la suite d'une rectification de la facturation dans les 2 mois qui suivent, peut être considéré comme un manquement aux conditions de transmission des données d'activité.

⁵²Article R.162-35-6 du code de la sécurité sociale.

2. *Situation constitutive d'obstacles au contrôle*

❖ **Obstacles à la préparation du contrôle**

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

❖ **Obstacles à la réalisation du contrôle**

- L'absence de désignation par le responsable de l'établissement du médecin responsable de l'information médicale (médecin DIM),
- Le report répété de la date de contrôle sur site par rapport à la date initialement fixée,
- La « non communication », le jour fixé pour le début du contrôle sur site, du fichier RSS permettant l'utilisation par les contrôleurs de l'outil de gestion de contrôle (OGC),
- Des dossiers médicaux non préparés ou non communiqués,
- La non communication des informations permettant de faire le lien entre le numéro RSS et le dossier médical,
- La « non communication » des dossiers administratifs et/ou des facturations,
- L'absence de mise à disposition des contrôleurs d'un local unique dédié et adapté au contrôle (confidentialité, accès aux dossiers patients informatisés, conditions techniques d'utilisation du matériel informatique etc.),
- Tout obstacle rencontré par les contrôleurs pour la réalisation de copies d'éléments médicaux ou administratifs à l'appui de leur avis.

B. Déroulement de la procédure

Avant d'engager des démarches en cas d'obstacle au contrôle, il est indispensable d'en confirmer l'existence par un entretien entre le médecin responsable du contrôle et le représentant légal de l'établissement ainsi que le médecin DIM de l'établissement.

1. En cas d'obstacles en amont du contrôle

Le médecin responsable du contrôle consigne la situation (de manière factuelle) dans un **« Procès-verbal d'incident »**.

Le « procès-verbal d'incident » est transmis au médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical de l'UCR.

Le médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical tente **une conciliation** avec le responsable de l'établissement concerné.

Si la tentative aboutit, la procédure de contrôle reprend son cours.

Si la tentative de conciliation n'aboutit pas, le médecin chargé du contrôle sur site, rédige **un rapport d'obstacle au contrôle qui sera adressé au médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical de l'UCR, avec copie au représentant légal de l'établissement**.

Ce rapport, factuel, décrit la situation : il proposera une éventuelle résolution de la situation et précisera les textes réglementaires à l'origine de la procédure de contrôle.

A réception du rapport, le médecin conseil de la Direction Régionale du Service Médical de l'UCR informe l'UCR.

L'UCR informe le Directeur Général de l'ARS qui informe à son tour la Commission de contrôle et adresse à l'établissement (par tout moyen permettant de rapporter la preuve de sa réception) : **une mise en demeure de mettre fin à cet obstacle ou de prendre toute mesure qui s'impose dans un délai de 15 jours**.

Si à l'issue de ce délai, l'établissement n'a pas déféré à la mise en demeure, **le Directeur Général de l'ARS peut lui infliger une sanction**. Cette sanction est décrite précédemment dans le présent guide.

2. En cas d'obstacles au cours du contrôle

La période « au cours du contrôle » : du premier au dernier jour du contrôle et pendant les phases de concertation.

En cas de difficultés, **le médecin responsable du contrôle en informe le médecin conseil de la Direction Générale du Service Médical de l'UCR**.

Le médecin conseil de la Direction Générale du Service Médical de l'UCR apprécie de manière factuelle la situation pour **identifier ce qui relève de l'incident ou de l'obstacle**.

La conséquence est la **possibilité d'interrompre tout ou partie du contrôle sur site** sur la base du procès-verbal d'incident rédigé et transmis par le médecin responsable du contrôle.

Si la tentative de conciliation menée par le médecin conseil de la Direction Générale du Service Médical de l'UCR n'aboutit pas, le médecin responsable du contrôle est susceptible de rédiger un **rapport d'obstacle au contrôle qui sera adressé au médecin conseil de la Direction Générale du Service Médical de l'UCR avec copie au responsable légal de l'établissement.**

Ce **rapport d'obstacle** comprend un descriptif des éléments factuels et une éventuelle proposition de résolution de la situation ainsi qu'un rappel des textes réglementaires en lien avec le contrôle.

A réception du rapport, le médecin conseil de la Direction Générale du Service Médical de l'UCR en **informe les membres de l'UCR et recueille leurs avis.**

Si l'UCR reconnaît la matérialité de l'obstacle au contrôle, elle en informe le Directeur Général de l'ARS dans le respect de l'article L.162-42-14 du code de la sécurité sociale.

Si l'obstacle reconnu porte :

⇒ Sur une partie des séjours à contrôler : les séjours non affectés pourront faire l'objet des investigations et des traitements habituels dans le cadre du contrôle.

⇒ Sur les séjours affectés par l'obstacle : le contrôle sur les séjours concernés est ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

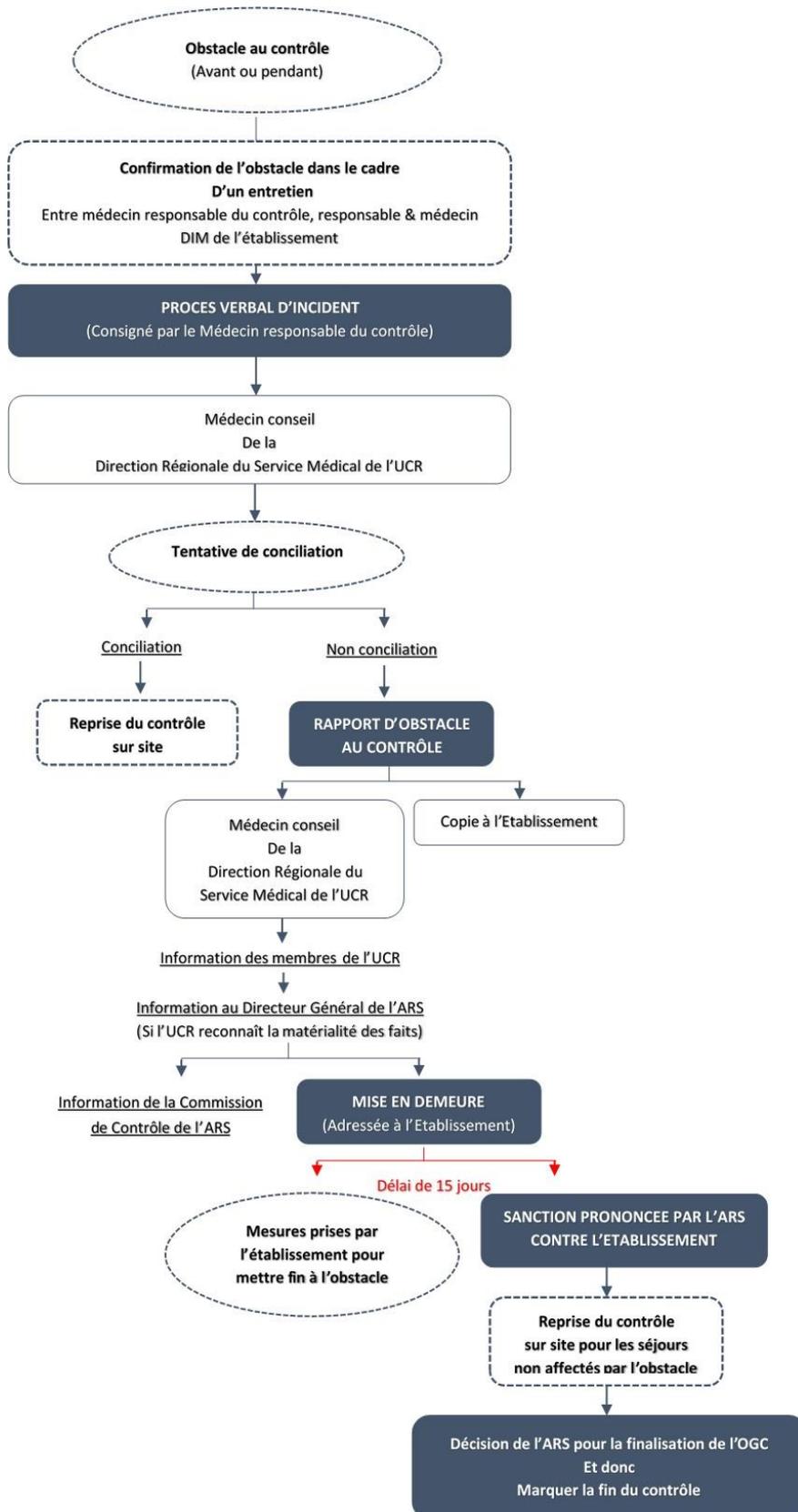
⇒ Sur la totalité des séjours : le contrôle sera ajourné jusqu'à décision de l'ARS.

En tout état de cause, il conviendra d'attendre la décision de l'ARS pour procéder à la finalisation d'OGC.

Cette finalisation marque la fin du contrôle sur site.

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

En cas d'obstacle au contrôle, l'établissement risque 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 précédant le contrôle.



ANNEXES

ANNEXE N° 1: CHARTE DES ENGAGEMENTS DE L'ASSURANCE MALADIE, DE L'ETAT ET DES ETABLISSEMENTS CONTRÔLES POUR LES CONTRÔLES CONTENTIEUX DE LA TARIFICATION A L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

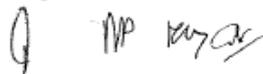
Charte des engagements de l'Assurance Maladie, de l'Etat et des établissements contrôlés pour les contrôles contentieux de la tarification à l'activité des établissements de santé

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.

05 



AUCHÉ-HÉDOU AVOCATS ASSOCIÉS

- 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 DIOS

Mr D. MAIGNÉ
Délégué Général ENCLCC

Mr D. LIBAULT
Directeur DSS

Mr G. VINCENT
Délégué Général FHF



ANNEXE N° 2 : RAPPORT ANNUEL DE SAISINE DE L'ATIH (2016) : LES DIVERGENCES CONSTATEES ET LES AVISRENDUS

https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/3147/rapport_annuel_2011_a_2015.pdf

ANNEXE N°3 : JURISPRUDENCES

LEXIQUE

AC	Aide à la contractualisation (Enveloppe financière prévue dans le cadre du CPOM)
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
« Atypie »	Manque de données par rapport à des données de référence
Commission de contrôle	Commission de l'ARS instituée par le Décret du 31 mars 2010, composée à parité de : - représentants de l'ARS, désignés par son Directeur Général - représentants des caisses locales d'assurance maladie et du service médical, par le Directeur Général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. La Commission a un pouvoir consultatif.
CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
CRA	Commission de Recours Amiable Elle émane du conseil de la caisse d'assurance maladie. Elle est composée d'un nombre égal de représentants des salariés et des représentants des employeurs et des travailleurs indépendants.
DATIM	Outil informatique de dépistage des Atypies de l'Information Médicale utilisé dans le contrôle externe régional en amont des contrôles sur site. Cet outil participe à l'élaboration du programme régional de contrôle.
G.H.M	Groupe Homogène de Malades. A chaque GHM est affecté un tarif.
G.H.S	Groupe Homogène de Séjours Il qualifie la prestation hospitalière facturée.
LAMDA	Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité Outil mis à la disposition par l'ATIH aux établissements (Ex-DG) pour la transmission de leurs données d'activités (année n) sur la plateforme e-pmsi en n+1 et n+2. Son utilisation est soumise à autorisation de l'ARS.
LEDDA	Logiciel d'Extraction des données DATIM pour le contrôle externe. Outil mise à la disposition par l'ATIH.
MAT2A	Données des tableaux de mesure de l'activité hospitalière de la tarification à l'activité
MIG	Mission d'Intérêt Général (Enveloppe financière prévue dans le cadre du CPOM)
Obstacle à contrôle	Infraction caractérisée lorsque le responsable du contrôle sur site est empêché par l'établissement de santé d'accomplir ses missions de vérification et de contrôle.
OSCT	Outil de sélection des contrôles T2A
« Panier de contrôle »	L'ensemble des champs de contrôle pour un même établissement
RSA	Résumé de Sortie Anonyme Document est effectué à partir d'un fichier de RSS : résultat d'un processus automatique réalisé par un module logiciel nommé Genrsa (pour « générateur de RSA ») fourni par les services de l'État.
RSS	Résumé de Sortie Standardisé Document de nature médicale qui rassemble des informations de différentes natures portant sur la démographie, le diagnostic et la thérapeutique à propos de chaque séjour d'un malade. Il est constitué d'un ou plusieurs RUM.

RUM	Résumé d'Unité Médicale
SNIREP	Système National Inter Régime des Etablissements Privés
SNIIRAM	Système National d'Information Inter régimes de l'Assurance Maladie (Article L161-28-1 du code de la sécurité sociale)
SUSANA	Outil de suivi des sanctions notifiées par les ARS
T2A	Tarifification à l'Activité Réforme mise en œuvre depuis le 1 ^{er} janvier 2004 dans les établissements de santé anciennement sous dotation globale (Ex-DG) et à compter du 1 ^{er} mars 2015 dans les établissements de santé privés anciennement sous Objectif Quantifié Nationaux (Ex-OQN). Le principe est le financement de l'activité réellement produite (appréciée à travers des GHM donnant lieu à des « forfait séjour »).
TASS	Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale Juridiction spécifique à la Sécurité Sociale composée d'un magistrat et de deux assesseurs représentant l'un : les travailleurs, l'autre : les employeurs ou travailleurs indépendants. Elle statue uniquement en 1 ^{ère} instance sur les affaires qui opposent les cotisants aux organismes de la Sécurité Sociale.
TA	Tribunal Administratif Juridiction de 1 ^{er} degré de l'ordre administratif pour les litiges opposant les personnes privées à des collectivités publiques ou opposant des collectivités publiques entre elles.
VALCO	Outil de Valorisation des Contrôles
UCR	Union de Coordination Régionale Placée auprès de la commission de contrôle de l'ARS, composée majoritairement de médecins pour les: -> 2/3 : de personnels des caisses d'assurance maladie désignés par la Commission de contrôle -> 1/3 : de personnel de l'ARS. Elle élabore le programme régional de contrôle, coordonne la réalisation des contrôles décidés par le DG de l'ARS et rédige le bilan annuel d'exécution du programme de contrôle.



Jacques-Henri AUCHE

Avocat à la Cour d'appel de MONTPELLIER

<https://www.ah-avocats.fr>

1 rue Saint Firmin - CS

69524 34960 Montpellier

Cedex 2

Tél. 04 67 66 26 65 - Télécopie 04 67 66 12 94