

Ce guide a été produit dans le cadre d'un groupe de travail piloté par la Caisse Nationale d'Assurance maladie (Cnam), associant des représentants de l'Etat, de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), les représentants des Fédérations Nationales et des deux principaux régimes de l'Assurance maladie.

Il fait suite aux travaux techniques qui ont réuni les mêmes acteurs lors de la reprise des contrôles T2A, en 2024 et 2025, suspendus pendant la crise sanitaire.

Ses membres sont les suivants :

ATIH : Catherine LE-GOUHIR ;

Emmanuel THAMMAVONG.

CNAM : Marie MASSEMIN ;

Typhaine MOGUEROU ; Guillaume

NATHAN ; Beatrice RIO ;

Jérôme RODENBACH ; Laura SALAH ;

Isabelle GAUTIER LHERMITE ;

MSA : Anne-Yvonne GARNIER ;

Laurence LADRIERE LIZET.

DGOS : Olivia BRANCO ; Rémi

FAIVRET ; Céline FAYE ; Caroline

JEANNE ; Noémie PESNAUX ; Grégoire

LAUBIE

DSS : Marie CASTELNAU, Houda

HUBERT ; Charlotte LEGRESY ; Gaele

BREGEON

FEHAP : Naudge BALANDAMIO ; Sarah

BEKHADA ; Hélène CAILLAT ; Arnaud

JOAN-GRANGE ; Meggyn PANZU ;

Jean-Philippe HELYE ; Blandine

VACHON.

FHF : Cécile CHEVANCE ; Véronique

GILLERON ; Thierry GODEAU ;

Laurence MAUTÉ ; Zaynab RIET ; Didier

THEIS ; Francis SAINT-HUBERT ; Pierre

METRAL ;

FHP : Thierry BECHU ; Matthieu

DERANCOURT ; Thomas GRAFFIN ;

UNICANCER : Sandrine BOUCHER ;

Sophie BARON ; Sophie BEAUPERE.

Les travaux préliminaires de 2024 et 2025 ont mis en exergue la nécessité d'actualiser le guide de contrôle externe 2018, afin de sécuriser la procédure, et en introduisant la notion de dématérialisation et de délocalisation.

Comme les versions précédentes, ce guide a pour ambition d'apporter à tous les acteurs impliqués (équipes de contrôle de l'Assurance maladie, Etablissement de santé, Agences régionales de santé [ARS]) un socle commun d'informations permettant notamment aux établissements de santé et aux équipes de contrôle d'accéder aux principes et méthodes qui orientent l'Etat et l'Assurance maladie dans leur décision de notification de sommes indûment payées et de sanctions financières.

Il se propose d'apporter dans les contrôles une plus grande équité de traitement, une plus grande sécurité juridique tout en concourant à harmoniser les pratiques de ces dernières.

Enfin il vise à réduire les risques de différends.

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CEHPP : Comité Economique de l'Hospitalisation Publique et Privée
CIM / CIM-10 : Classification Internationale des Maladies / version N°10
CMA : Complication ou Morbidité Associée
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
COTRIM : Comité Technique Régional de l'Information Médical
CPAM : Caisse d'Assurance maladie
CRA : Commission de Recours Amiable
CSP : Code de la Santé Publique
CSS : Code de la Sécurité Sociale
DA : Diagnostic Associé (MCO)
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
HDJ : Hôpital de Jour
DIM : Département d'Information Médicale
DG ARS : Directeur (trice) Général (e) de l'Agence Régionale de Santé
DMI : Dispositif Médical Implantable
DP : Diagnostic Principal
DPI Dossier Patient Informatisé
DPO : Délégué à la Protection des Données
DSS : Direction de la Sécurité Sociale
DR : Diagnostic Relié
e-PMSI: outil en ligne pour le recueil et l'analyse des données sur l'hospitalisation
Ex-DG : Etablissement de santé, de statut public ou privé (établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS),
Ex OQN : Etablissement de santé ex-OQN (établissements de santé visés aux d et e du même article)
FFM : Forfait Frais Matériel (petit matériel)
FAU : Forfait Annuel d'Accueil aux Urgences
FINESS : Fichier National des Etablissements Sanitaires et Sociaux
GenRSA : Générateur de Résumés de Sortie Anonymes
GHM : Groupes Homogènes de Malades
GHS : Groupes Homogènes de Séjour

ISM: Infirmier du Service Médical
LAMDA : Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
LPP : Liste des Produits et Prestations remboursables
LRAR : Lettre Recommandée avec Accusé de Réception
MCO médecine chirurgie obstétrique odontologie
MDIM : Médecin Responsable du DIM
MCRC : Médecin Conseil Responsable du Contrôle
MSA : Mutualité Sociale Agricole
NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OGC : Outil de Gestion des Contrôles
OQN : Objectif Quantifié National
PC : Praticiens-Conseils
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PNC : Priorités Nationales de contrôle
PSSI-MCAS : politique de sécurité des systèmes d'informations des ministères sociaux
RAM : Recette Annuelle Assurance maladie
RSA : Résumé de Sortie Anonyme
RSF : Résumé Standardisé de Facturation
RSFA : Résumé Standardisé de Facturation Anonyme
RSS : Résumé de Sortie Standardisé
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SE : Sécurité et Environnement (hospitalier)
Serveur SDS : Serveur sécurisé Assurance maladie
SNIIRAM : Système National d'Information Inter-régimes d'Assurance Maladie
TIM : Technicien de l'Information Médicale
T2A : Tarification à l'activité
TA: Tribunal administratif
TJ : Tribunal judiciaire
UCR: Unité de Coordination Régionale
UNCAM Union nationale des caisses d'Assurance maladie
VMS : vidéo Med sécurisé

INTRODUCTION

I.	FINANCEMENT DE LA T2A ET CONTROLE EXTERNE	7
II.	EVOLUTIONS MARQUANTES DANS LE CADRE DES CONTROLES EXTERNES depuis 2011: PRINCIPAUX POINTS	9
A.	Deux textes sont venus modifier et encadrer les contrôles en 2011	9
	Décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé	9
	Circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.....	9
B.	Propositions de nouvelles modalités de contrôle par l'Assurance maladie en 2018 ...	9
C.	Création du dispositif de rescrit tarifaire en 2021	10
D.	Modifications intervenues en 2024.....	10
	Introduction	10
	La possibilité de préparation du contrôle par l'Etablissement de santé	11
	La dématérialisation	11
	La délocalisation	11

ORGANISATION NATIONALE ET REGIONALE DU DISPOSITIF DE CONTROLE EXTERNE

I.	LE NIVEAU NATIONAL DU DISPOSITIF DU CONTRÔLE EXTERNE	13
A.	Acteurs impliqués et cadre général.....	13
B.	Les règles de codage et de facturation.....	13
II.	LE NIVEAU REGIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE	14
A.	Macro-processus vue d'ensemble.....	14
B.	Les acteurs du contrôle externe	15
	Les établissements de santé.....	15
	Le médecin du Département d'information médicale ou MDIM (Art. R. 6113-4 CSP et <i>suiv.</i>)	16
	Le DG ARS	16
	La Commission de contrôle.....	17
	L'unité de Coordination Régionale ou UCR.....	17
	L'équipe de contrôle.....	18
	Les Caisses	18
	L'ATIH.....	18
	Les tribunaux.....	20
C.	Les missions de l'UCR avant le contrôle sur site	21

Le ciblage des établissements	21
Elaboration du projet de programme de contrôle régional.....	22

PREPARATION DU CONTROLE EXTERNE

I. ELABORATION ET REDACTION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE	23
II. INFORMATION DES DIFFERENTS ACTEURS DU CONTROLE	24
A. Lettre d'information du DG ARS à l'établissement de santé.....	24
B. Information des équipes AM par le service contentieux régional ou l'UCR	25
III. PREPARATION DE L'EQUIPE DE CONTROLE	26
A. Programmation régionale des contrôles	26
B. Constitution des équipes.....	26
C. Préparation du contrôle par le médecin responsable du contrôle	26
IV. ENTRETIEN PREALABLE AU CONTROLE : PREMIERE VENUE EN ETABLISSEMENT de santé	27
A. Eléments de cadrage - vue globale	27
B. Choix des modalités de contrôle.....	29
Les deux modalités possibles de contrôle	29
Dématérialisation de la transmission des pièces	32
C. Echanges de fichiers	34
D. Logistique	36
E. Organisation lorsqu'un établissement de santé est implanté sur plusieurs sites géographiques.....	37
F. La concertation modalités et planification.....	37

LE CONTROLE EXTERNE EN PRATIQUE

I. INTRODUCTION.....	38
II. OUTIL DE CONTROLE DE ASSURANCE MALADIE / OGC	39
III. LE PREMIER JOUR SUR SITE	40
A. Finalisation de la préparation	40
B. Vérifications	40
C. Edition des fiches de recueil et de concertation	41
IV. ANALYSE DES DOSSIERS.....	41
A. Principe et but.....	41
B. La fiche médicale de recueil.....	41
C. Vérifications préalables	42
D. Le rôle du médecin responsable du contrôle	42
E. Le rôle des praticiens-conseils, TIM et ISM selon l'organisation.....	43

F.	Pseudonymisation des données nominatives	44
G.	Saisie OGC	44
V.	LA CONCERTATION	45
A.	Objet	45
B.	Principes généraux.....	45
C.	Les Acteurs	46
D.	Matérialisation de l’avis des praticiens-conseils	47
E.	Les éléments du dossier argumentaire.....	48
F.	Situations de concertation.....	48
G.	Documents transmis au MDIM avant la concertation	49
H.	modalités de concertation	50
I.	Quels documents signer ?.....	51
J.	La concertation à distance	51
VI.	FINALISATION DU CONTROLE	52
A.	finalisation du rapport ogc	52
	Pièces à conserver après concertation par le service contentieux régional	52
	Pièces à transmettre au MDIM.....	52
B.	réunion de restitution avec la direction.....	53
	Réunion de restitution	53
	Avant de quitter l’établissement de santé.....	53

LE RAPPORT DE CONTRÔLE

I.	GENERALITES.....	54
II.	LA STRUCTURE DU RAPPORT DE CONTROLE.....	54
A.	1 ^{ère} partie : le rapport de contrôle issu de la finalisation dans OGC.....	54
	La première partie du rapport constituée des fiches récapitulatives élaborées par OGC sous format Excel	54
	2 ^{ème} partie : la synthèse/conclusions rédigée sous Word par le médecin responsable du contrôle.....	55
III.	LE CIRCUIT DU RAPPORT DE CONTROLE.....	56
A.	Transmission à l’établissement de santé.....	56
B.	Transmission à l’UCR	56
IV.	TRAITEMENT du RAPPORT DE CONTROLE par l’UCR	57
A.	A réception du rapport de contrôle	57
B.	Conclusions de l’UCR.....	58
C.	Echanges de l’UCR avec les caisses.....	59
	Préparation des dossiers relatifs aux indus.....	59

L'UCR envoie l'archive de contrôle à l'ATIH	59
Préparation des dossiers relatifs aux sanctions	59
Le rôle des membres AM de l'UCR dans les contentieux	60
Obstacle à contrôle	61
Conservation des données	63

LA PROCEDURE D'INDUS

I. LA NOTIFICATION DES INDUS.....	64
A. Le courrier de notification d'indu.....	64
B. Les pièces jointes.....	65
C. Le principe de compensation.....	65
D. Les voies de recours ouvertes à l'établissement de santé pour contester la notification 65	
II. LE RECOUVREMENT DES INDUS	65

LA PROCEDURE DE SANCTION

I. CONFIRMATION DU CARACTERE SANCTIONNABLE DU CHAMP CONTROLE. 67	
A. Préalable	67
B. Le calcul du montant maximal de la sanction	67
C. La synthèse de l'UCR transmise à la Commission de contrôle et au DGARS	68
D. Les modalités de modulation de la sanction.....	70
E. La procédure de notification de la sanction.....	70
La notification de la sanction envisagée	70
La notification de la sanction prononcée.....	71
II. LES VOIES DE RECOURS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE	71

INTRODUCTION

I. FINANCEMENT DE LA T2A ET CONTROLE EXTERNE

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

Les organismes de Sécurité sociale sont chargés du contrôle de la bonne application des règles de facturation et de codage fixées par les dispositions de l'article L.162-22-3 du Code de la sécurité sociale (CSS).

Le contrôle de la T2A, au titre de l'article L.162-23-13 du CSS, est un contrôle de régularité et de sincérité de la facturation, mené par des représentants de l'Etat et de l'Assurance maladie, auprès de l'établissement de santé contrôlé soumis à ce mode de tarification.

Ce contrôle externe a pour objectif de s'assurer de la qualité et de la fiabilité des informations produites à des fins de facturation des prestations d'hospitalisation. Il ne concerne que la facturation des établissements de santé et non le contrôle de l'activité des praticiens, qui ressort d'un autre cadre réglementaire.¹

Le contrôle externe vise à s'assurer de la juste application de la législation et de la réglementation, l'exactitude du codage décrivant strictement la mobilisation des moyens nécessaires à la prise en charge du patient.

Les établissements de santé sont tenus, aux termes de l'article L. 6113-8 du Code de la santé publique (CSP), de transmettre « *aux agences régionales de santé, [...] et aux organismes d'assurance maladie les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement, à leur activité, [...] ainsi qu'au contrôle de leur activité de soins et de leur facturation* »

Ce contrôle nécessite la transmission aux personnes chargées du contrôle de tous documents administratifs ou médicaux, d'ordre individuel ou général, en lien avec les séjours à contrôler.

Ce transfert d'informations est prévu aux articles R.162-35-2 et R. 166-1 du CSS.

Le contrôle T2A n'est **ni un audit de la qualité de codage, ni un contrôle de la pertinence des soins**. C'est pourquoi le contrôle des dossiers, champ par champ, est centré sur les **seuls éléments du dossier patient impactant la valorisation du séjour avant ou après recodage par le Praticien –conseil (PC)**.

Il poursuit plusieurs objectifs :

- cibler les activités et les prestations susceptibles de relever de manquement aux règles de facturation fixées en application des articles L. 162-22-3 et L. 162-23-1, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ;
- dissuader les pratiques opportunistes ou négligentes ;
- inciter les établissements de santé à une amélioration continue de la facturation ;

¹ Article L.315-1 IV du Code de la sécurité sociale : Le contrôle médical procède « À l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'Assurance maladie, de l'aide médicale de l'État ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du Code de l'action sociale et des familles, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie (...). La procédure d'analyse d'activité se déroule dans le respect des droits de la défense selon des conditions définies par décret »

- graduer les effets répressifs ;
- garantir une égalité de traitement dans le financement des établissements de santé.

Le contrôle externe d'un établissement de santé est une procédure qui peut se solder par des indus, seuls ou associés à une sanction. En effet, l'Assurance maladie est fondée à engager une action en restitution d'indus au titre de l'article L. 133-4 du CSS (procédure de notification et de récupération des indus). La sanction, adaptée aux manquements, est de nature administrative et relève d'une décision du DG ARS.

Le contrôle externe, impulsé au niveau national notamment via la détermination des priorités nationales de contrôle (PNC), est **mis en œuvre au niveau régional** où il est organisé en deux étapes :

- ***Une procédure de ciblage des établissements de santé à contrôler***

Cette procédure s'inscrit dans le cadre général des PNC.

Les établissements contrôlés sont **ciblés** sur des critères des priorités de contrôle explicités dans la lettre du DGARS à l'établissement de santé et pouvant être le reflet d'irrégularités de codage, ou de facturations à l'origine d'un préjudice pour l'Assurance maladie

- ***Un contrôle approfondi***

Celui-ci est conduit sur site ou en délocalisé, sur les établissements de santé et des activités dépistées à l'étape précédente.

Au niveau régional, le pilotage est confié au Directeur général de l'Agence régionale de santé (DG ARS) qui a un rôle décisionnel en matière de programme régional de contrôle externe et de sanctions.

Une instance technique Etat/Assurance maladie, l'unité de coordination régionale (UCR), est chargée d'élaborer un projet de programme de contrôle, de coordonner la programmation, la réalisation des contrôles, l'utilisation des divers outils de contrôle, de réaliser la synthèse, l'interprétation des résultats, éventuellement le calcul des sanctions selon le barème, et de transmettre les informations nécessaires aux différentes instances ou organismes.

Son rôle est relayé auprès du DG ARS par la Commission de contrôle, qui se prononce sur le programme régional de contrôle établi par l'UCR avant transmission au DG ARS.

L'Assurance maladie met à disposition un outil de gestion des contrôles (OGC) et effectue les contrôles.

L'ATIH met à disposition des outils permettant le déploiement des contrôles et intervient en répondant aux saisines des différents acteurs du contrôle sur les problématiques de codage.

Les fiches de procédures sont disponibles au lien suivant : <https://www.atih.sante.fr/contrôles-externes-t2a-saisine-de-latih>;

Tout établissement de santé, ex-DG de statut public ou privé (établissements de santé visés aux a, b et c de l'article L. 162-22 du CSS), ou ex-OQN (établissements de santé visés aux d et e du même article), dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité, et ayant une autorisation dans les activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, peut être contrôlé.

Les activités de soins externes ne sont pas concernées par le contrôle externe de la T2A, à l'exception du forfait FSD « Forfait sécurité dermatologique » et de certains forfaits visés par l'arrêté du 19 février 2015 modifié, au Chapitre VIII (Articles 13 à 17 ter), définissant les prestations définies comme « Autres prestations d'hospitalisation »

Il s'agit des forfaits suivants : « forfait de petit matériel » (FFM), « sécurité et environnement hospitalier » (SE) « administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en environnement hospitalier » (APE).

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051270839>.

II. EVOLUTIONS MARQUANTES DANS LE CADRE DES CONTROLES EXTERNES DEPUIS 2011: PRINCIPAUX POINTS

Les implications de ces points seront développées dans la suite du document.

A. DEUX TEXTES SONT VENUS MODIFIER ET ENCADRER LES CONTROLES EN 2011

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

- (1) Renforcement du caractère contradictoire de la procédure ;
- (2) Allongement du délai laissé à l'établissement de santé pour présenter ses observations sur le rapport de contrôle ;
- (3) Méthode de calcul et limitation du montant maximal de la sanction ;
- (4) Principe de compensation entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur l'échantillon pour le calcul de l'indu.

Circulaire n° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

- (1) Validation statistique par l'INSEE de la méthode de contrôle par échantillonnage ;
- (2) Aménagement d'un temps minimal après la notification des griefs sur un champ particulier avant un autre contrôle portant sur le même champ ;
- (3) Fixation d'un cadre dans lequel devait s'inscrire le contrôle :
 - Priorités de contrôle des facturations de l'année n-1 : elles sont fixées après décision du Conseil de l'hospitalisation, (devenu CEHPP, Comité économique de l'hospitalisation publique et privée) ;
 - Instauration d'une réunion de présentation associant l'ensemble des fédérations et visant à expliciter ces priorités ;
- (4) Critères de modulation de la sanction (gravité **des manquements, réitération**) ;
- (5) Explicitation des modalités de calcul de la sanction.

B. PROPOSITIONS DE NOUVELLES MODALITES DE CONTROLE PAR L'ASSURANCE MALADIE EN 2018

Le guide du contrôle externe 2018 prévoyait que les établissements de santé puissent être contrôlés selon 2 modalités, laissées au choix de ces derniers. Ces 2 modalités sont les suivantes :

- Les modalités 2018 dites alors « nouvelles modalités », dans lesquelles les pièces médico administratives du contrôle étaient préparées par l'établissement de santé, incluant notamment un temps préparatoire aux contrôles plus long pour celui-ci.
- Ou l'application des modalités antérieures de contrôle sur site, décrites dans le guide 2012 et reprises dans le guide 2018, à savoir notamment la préparation des pièces du contrôle par les contrôleurs de l'Assurance maladie.

Dans ce guide 2026, les deux modalités sont également proposées à l'établissement de santé qui choisit l'une ou l'autre (Page 31 partie "PRÉPARATION DU CONTRÔLE EXTERNE" Chapitre IV B : "choix des modalités de contrôle").

C. CREATION DU DISPOSITIF DE RESCIT TARIFAIRE EN 2021

Le dispositif de rescrit tarifaire a été mis en place par l'article 54 de la LFSS pour 2021 (article L. 162-23-13-1 du CSS) et le décret du 25 juin 2021 relatif au dispositif de rescrit tarifaire pour les prises en charge de moins d'une journée, réalisées par les établissements de santé (article D. 162-10-2 du CSS).

Pour les prises en charge de moins d'une journée, le rescrit tarifaire permet à tout établissement de santé, société savante ou fédération hospitalière, d'obtenir en dehors des périodes de contrôle une prise de position formelle de l'Etat, sur les règles de facturation applicables.

La réponse apportée, dès lors qu'elle a fait l'objet d'une publication, est opposable par l'établissement de santé à l'origine de la demande, et par les autres établissements de santé, y compris au cours d'un contrôle, à condition de relever de situations de faits comparables à celle exposée dans le rescrit.

Un établissement de santé ne peut pas solliciter une prise de position formelle de l'administration sur sa situation dans les cas suivants :

- 1° Lorsqu'un contrôle de la tarification à l'activité, prévu à l'article L. 162-23-13, sur ce séjour, a été engagé ;
- 2° Lorsqu'un contentieux en lien avec un contrôle de la tarification à l'activité, prévu au même article L. 162-23-13, sur ce séjour, est en cours

D. MODIFICATIONS INTERVENUES EN 2024

Introduction

Lors de la reprise des contrôles en 2025, le groupe de travail comprenant les Fédérations hospitalières, l'ATIH, le Ministère chargé de la santé et la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) ont défini et validé une procédure de contrôle permettant :

- 1- La possibilité, laissée au choix de l'établissement, de la *préparation (ou non) du contrôle* par le département d'information médicale (DIM) ;
- 2- La *transmission dématérialisée* des pièces médicales et administratives ainsi que des fichiers nécessaires aux contrôles ;
- 3- La *délocalisation du contrôle*.

Un document explicitant les règles et enjeux autour du traitement des données sensibles a été mis à disposition des acteurs par la Cnam : La « *Charte du contrôle T2A. Protection des données personnelles dans le cadre d'un contrôle sur pièce* » (annexe 1)

La possibilité de préparation du contrôle par l'Etablissement de santé

Le choix de la préparation du contrôle revient à l'établissement de santé :

- Si l'établissement de santé décide de ne pas préparer le contrôle, les équipes du MCRC (médecin conseil responsable du contrôle) sélectionneront et scanneront les pièces nécessaires au contrôle, puis les déposeront sur un espace sécurisé informatique de l'établissement de santé, désigné par ce dernier.
- S'il prépare le contrôle, le Médecin Responsable du DIM (MDIM) et ses équipes sélectionneront les documents d'intérêt dans les dossiers patients, puis les déposeront sur un espace sécurisé informatique de l'établissement de santé.

La dématérialisation

La campagne 2025 intervenant après 5 ans d'interruption de contrôles T2A en raison de la crise sanitaire, a constitué une année charnière et a nécessité de s'adapter à de nouvelles contraintes organisationnelles et de sécurité imposées notamment par la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

En effet, pour des raisons de sécurité informatique, **la récupération de documents via une clé USB même cryptée est proscrite.**

Le document « *Charte du contrôle T2A. Protection des données personnelles dans le cadre d'un contrôle sur pièce* » reprend les obligations que s'impose l'Assurance maladie pour assurer cette protection. Il propose comme outil de transmission des données **l'outil sécurisé Bluefiles**, qui répond aux exigences de l'article 32 du RGPD relatif à la sécurité du traitement. Bluefiles permet le transfert sécurisé de mails et/ou de pièces et assure un chiffrement de bout en bout depuis l'émetteur jusqu'à son destinataire, garantissant ainsi la sécurité de l'envoi des pièces nécessaires au contrôle (*Annexe 2*).

Pour permettre aux personnes chargées du contrôle de mener à bien leur mission, l'établissement est tenu de leur fournir l'ensemble des documents qu'elles demandent en lien avec le séjour facturé², conformément à l'obligation légale confiée aux organismes d'Assurance maladie dans le cadre de ses missions de contrôle. En ce sens, il n'y a aucune obligation de réaliser une convention dans le cadre du transfert de données des établissements à l'Assurance maladie.

Quelle que soit l'option de préparation choisie par l'établissement, après leur sélection, l'envoi des pièces d'intérêt se fera **dans tous les cas** depuis l'espace sécurisé informatique d'un ordinateur de l'établissement de santé, par la messagerie sécurisée du MDIM **via Bluefiles**, vers la messagerie sécurisée du MCRC.

La délocalisation

La délocalisation partielle du contrôle, rendue possible par les mutations technologiques, répond aux évolutions des pratiques, dans une logique d'optimisation et d'efficience en termes d'organisation :

- (1) *Réduction du temps de mise à disposition de locaux* et de moyens dédiés par les établissements de santé sur site ;
- (2) *Réduction du stockage* dans ces mêmes locaux des dossiers « papiers » nécessaires au contrôle, imposant à l'établissement de santé des procédures de récupération en urgence de ces données en cas de venue des patients ;

² Conformément à l'article R. 162-35-2 du Code de la sécurité sociale

(3) *Mise à disposition de postes informatiques en nombre / temps réduit par celui-ci.*

La Cnam s'inscrit dans cette logique à partir du moment où un **accord commun des acteurs sur l'organisation du contrôle** est obtenu, dans le respect des échanges.

Cet accord pourra permettre à l'équipe de contrôle de réaliser l'analyse et le recodage des séjours en délocalisé.

Les concertations pourront également, suite à un accord entre le MDIM et le MCRC, être réalisées en partie en délocalisé (voir chapitre Concertation).

Cependant la Cnam préconise **qu'a minima, un temps initial et un temps final** (ce dernier pour la signature des fiches de concertation) **soit réalisé en établissement de santé.**

Conformément à l'article R 315-2-3 CSS, les échanges avec les établissements de santé par le service du contrôle médical peuvent être effectués **à distance**, au moyen d'un dispositif utilisant les technologies de l'information et de la communication, dans le **respect des règles de sécurité et de confidentialité** des données de santé prévues aux articles L. 1470-1 à L. 1470-6 du code de la santé publique.

La Cnam dispose de l'outil VMS (vidéo Med sécurisé) qui répond à ces obligations et tout échange sur des dossiers de patients devra se faire par ce canal.

I. LE NIVEAU NATIONAL DU DISPOSITIF DU CONTRÔLE EXTERNE

A. ACTEURS IMPLIQUES ET CADRE GENERAL

Le dispositif du contrôle externe de la tarification est piloté par l'**Etat** et l'**Assurance maladie**.

Chaque année, les PNC sont définies par instruction du ministre chargé de la Santé. La préparation technique de ces priorités associe des représentants de la Direction de la Sécurité Sociale (DSS), de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) et de l'Assurance maladie.

Celles-ci sont définies en tenant compte notamment des évolutions de l'activité des établissements de santé, de l'évolution de la réglementation ainsi que des résultats des contrôles antérieurs.

Chaque année, généralement avant la **fin du mois de mai**, les priorités nationales de contrôle et le bilan annuel des résultats des campagnes de contrôle T2A sont présentés à l'occasion d'une réunion du Comité économique de l'hospitalisation publique et privée (CEHPP) qui associe notamment les fédérations hospitalières.

Le CEHPP peut constituer un espace d'échanges sur les priorités et la procédure de contrôles, sans avoir vocation néanmoins à revêtir le rôle d'expert contentieux.

B. LES REGLES DE CODAGE ET DE FACTURATION

Les règles de codage et de facturation découlent de l'application du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique, de décrets ou d'arrêtés.

L'instruction n° DGOS /R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020 relative à la **gradation des prises en charge ambulatoires**, vient expliciter le chapitre 7 de l'arrêté du 15 février 2015 modifié (dit « arrêté prestations ») et précise les conditions de facturation à l'Assurance maladie, par les établissements de santé, de l'ensemble des prises en charge ambulatoires réalisées au sein de ces derniers.

Elle vise notamment à clarifier les conditions de facturation d'un groupe homogène de séjours (GHS) pour les **prises en charge hospitalières sans nuitée**.

Elle **introduit la notion de dénombrement des interventions** auprès du patient pour la facturation d'un séjour sans nuitée, les notions de contexte patient, de prises en charge comportant l'administration des produits de la réserve hospitalière, de surveillance particulière ainsi que les GHS intermédiaires.

Les règles de codage sont plus spécifiquement établies par l'ATIH dans un « **Guide méthodologique** » pour le MCO. Ce guide est l'annexe III prévue à l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique (arrêté "**PMSI MCO**").

Il précise les conditions du recueil des informations du résumé de sortie standardisé (RSS) et des informations relatives à la facturation de l'activité. Il décrit également la hiérarchisation et le codage des informations médicales du résumé d'unité médicale et présente un guide de situations cliniques. Les règles de facturation à l'Assurance maladie sont explicitées aux établissements de santé dans divers documents de la Cnam accessibles sur son site <https://www.ameli.fr/etablissement/exercice-professionnel/facturation-prise-charge/facturation/facturation-etablissements>.

Le « **guide du parcours patient et de la facturation des soins au sein des établissements de santé** », élaboré par la DGOS, constitue également une ressource à destination des établissements de santé pour faciliter le respect des règles de facturation : [Facturation des soins en établissement de santé - Ministère de la Santé, de la Famille, de l'Autonomie et des Personnes handicapées](#).

La première partie du guide qui en comporte 3 est désormais en ligne et téléchargeable sur le site : https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/financement/facturation-des-soins-en-etablissement-de-sante-11524/article/partie-1-admission-sortie-et-prise-en-charge-administrative-du-patient?var_mode=calcul

II. LE NIVEAU REGIONAL DU DISPOSITIF DU CONTROLE EXTERNE

A. MACRO-PROCESSUS VUE D'ENSEMBLE

Le contrôle externe peut se matérialiser au niveau régional sous la forme de 3 Macro-processus aboutissant chacun à un livrable et pouvant se décomposer en microprocessus simultanés ou consécutifs

Niveau	Macro processus	Micro processus	Livrable ou résultat
NATIONAL	ÉLABORATION DES PRIORITÉS NATIONALES DE CONTRÔLE POUR L'ANNÉE N	Réunions de travail DGOS ATIH CNAM Présentation lors du CEHPP	Priorités nationales de contrôle (Cadre de la campagne de contrôle)
REGIONAL	PRÉPARATION DU CONTROLE Ciblage des établissements de santé à contrôler par l'Assurance maladie Elaboration du programme de contrôle Préparation des équipes Contact avec l'établissement de santé	UCR propose le Programme de contrôle - Ciblage des établissements de santé - Transmission à la Commission de contrôle de l'ARS. Après validation, la Commission de contrôle établit le programme de contrôle régional qu'elle propose au DG ARS. Le DG ARS arrête le programme de contrôle de la région	Programme de contrôle régional
	CONTROLE	PREPARATION ANALYSE et recodage éventuel CONCERTATION phase contradictoire entre les deux parties	Rapport de contrôle
	SUITES DU CONTROLE	INDUS SANCTION	Notification indu L. 133-4 du CSS Notification sanction financière L. 162-23-13 du CSS

B. LES ACTEURS DU CONTROLE EXTERNE

Si le cadre du contrôle externe est donné par le niveau national, sa **mise en œuvre est régionalisée et relève de la responsabilité du DG ARS**.

Les PNC sont partagées par le ministère avec les ARS et par l'Assurance maladie avec son réseau en région (par l'intermédiaire de l'UCR), impliquant ainsi l'ensemble des acteurs concernés en région.

Les établissements de santé

Ils sont prioritairement concernés par le dispositif de contrôle externe.

Sont particulièrement concernés :

- le Directeur de l'établissement de santé, **responsable légal** de ce dernier,
- le **médecin responsable du département de l'information médicale (MDIM)** ainsi que ses équipes.
- les **praticiens** dispensant les soins.

Le guide méthodologique rappelle :

- Que le directeur est responsable des informations transmises à l'extérieur de l'établissement de santé ;
- Que le règlement intérieur du département ou du service de l'information médicale, approuvé par la commission médicale d'établissement ou par la conférence médicale d'établissement propre aux établissements de santé privés et par le conseil d'administration, est de nature³ à fixer les responsabilités de chacun des acteurs (services administratifs, médecin responsable de l'information médicale, médecins responsables des soins...).

Dans le cadre des contrôles prévus par les articles L. 162-23-12 et L. 162-23-13 du CSS, le MDIM est responsable de la constitution des fichiers de RSS, du groupage des séjours, de la **mise à disposition des informations** (fichiers, dossiers médicaux papiers ou informatiques). Il doit être en mesure d'assurer le rapprochement entre le dossier médical du patient et les numéros du RSS et RSF y afférant. A cet effet **Druides** (Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé), développé par l'ATIH, a pour objectif de remplacer tous les logiciels de recueil et de transmission des données rentrant dans le cadre du PMSI. DRUIDES permet de générer les sauvegardes prévues au II de l'article 5 de l'arrêté PMSI MCO (fichiers de RSS, RPP-MRC, RSF, ainsi que l'ensemble des fichiers créés par les programmes informatiques générateurs des résumés anonymes).

L'établissement de santé contrôlé a également certains droits qu'il peut exercer lors d'un contrôle et qui sont reconnus dans la **Charte du contrôle T2A** :

- Il a connaissance en amont du contrôle par le DG ARS de la durée estimée du contrôle, soit via le courrier de notification du contrôle de l'ARS, soit lors de l'entretien entre le médecin responsable du contrôle et le médecin du DIM.
- Il peut s'assurer du nom et la qualité du médecin responsable du contrôle, communiqué par le DG ARS lorsque le contrôle a été arrêté.
- Il a également connaissance en amont du contrôle par le DG ARS :
 - des activités, prestations ou ensembles de séjours sur lesquels porte le contrôle ;
 - du caractère sanctionnable ou non d'un champ ;
 - de la période concernée par le contrôle.

L'opposition d'un établissement de santé à la préparation ou à la réalisation d'un contrôle, pourrait constituer un obstacle à la réalisation du contrôle⁴.

³ Conformément à l'article R. 6164-1 du CSP.

⁴ Conformément à l'article R. 162-35-6 du CSS.

De même, conformément aux dispositions du CSS⁵, le secret professionnel ainsi que le secret médical ne peuvent pas être opposés aux personnes chargées du contrôle.

Le médecin du Département d'information médicale ou MDIM (Art. R. 6113-4 CSP et suiv.)

Le praticien responsable de l'information médicale est un médecin désigné par le directeur d'un établissement de santé public ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé, après avis de la Commission médicale ou de la Conférence médicale. (Article L. 6113-7 CSP).

Il est le responsable des traitements des données de santé mis en œuvre par l'établissement de santé, en lien avec le délégué à la protection des données (DPO) et conformément aux **politiques de contrôle d'accès** en rapport avec les textes et législations en vigueur.

Selon les organisations, un MDIM régional ou national, missionné par un groupe, ou un MDIM de territoire, seul ou en collaboration avec le MDIM de l'établissement de santé, peut participer, de façon continue ou discontinue, au codage et/ou à la production des informations PMSI de l'établissement de santé.

Si la preuve de l'implication dans le codage et/ou la production des informations PMSI d'un MDIM est formalisée par l'établissement de santé avant le début du contrôle (avis de la CME ou de la conférence médicale, désignation par le directeur), celui-ci est légitime à participer à l'ensemble du contrôle.

Un MDIM est ainsi légitime à participer à l'ensemble du contrôle (phases de codage puis concertations) dès lors qu'il satisfait à deux conditions cumulatives

- C'est un médecin désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé s'il existe, après avis de la commission médicale ou de la conférence médicale, et
- La preuve de l'implication dans le codage et/ou la production des informations PMSI du MDIM est formalisée par l'établissement de santé avant le début du contrôle.

La présence d'un MDIM n'intervenant pas dans la production d'informations en lien avec le PMSI ne peut être acceptée lors du contrôle.

La décision n°2013-037 du 25 septembre 2013 de la CNIL a relevé que le simple fait que des données médicales soient rendues accessibles à des tiers non autorisés, c'est-à-dire à des « *prestataires externes à l'établissement, qui ne sont pas placés sous l'autorité du MDIM de l'établissement et qui ne participent pas à la prise en charge des malades* » constituait une méconnaissance des dispositions de l'article R. 6113-5 du CSP.

Les TIM participent au contrôle sous la responsabilité du médecin DIM.

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

Le DG ARS

Les missions du DG ARS en matière de contrôle T2A sont définies aux articles R. 162-35, R. 162-35-1 à 2, et R. 162-35-4 à 5, du CSS.

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

Il désigne par ailleurs les représentants ARS à la Commission de contrôle.

Cette dernière propose au DG ARS le programme de contrôle régional annuel qu'elle élabore sur la base d'un projet préparé par l'UCR.

Le DG ARS valide le programme et informe les établissements concernés par le contrôle.

⁵ Conformément aux articles R. 166-1 du CSS et L. 161-29 du CSS.

C'est lui qui décide de l'opportunité de sanctionner ou non un établissement de santé et dans un deuxième temps, du montant financier des sanctions après avis de la Commission de contrôle. Dans la procédure d'obstacle à contrôle c'est également le DGARS qui adresse à l'établissement la mise en demeure de mettre fin à cet obstacle.

La Commission de contrôle

La Commission de contrôle est une **instance mixte** composée à **parité** de 5 représentants de l'ARS, désignés par son DG, et de 5 représentants des **caisses locales d'Assurance maladie**, désignés par le Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont la composition et les missions sont définies aux articles R. 162-35, R. 162-35-1 et R. 162-35-4 à 5 du CSS. Ses membres sont nommés pour cinq ans.

La Commission est placée auprès du DGARS et **élabore le programme de contrôle régional** sur la base d'un projet préparé par l'UCR avant transmission au DGARS qui est le décideur.

La Commission donne un **avis sur les sanctions financières** proposées par l'UCR, en amont de la détermination de son montant par le DGARS.

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

L'unité de Coordination Régionale ou UCR

Elle a été créée par le décret n°2006-307 du 16 mars 2006 (les dispositions la concernant figurent aux articles R.162-35-1 à 3 et R.162-35-6 du CSS).

C'est une **instance technique mixte, Etat et Assurance maladie**, composée en majorité de **médecins**

- **1/3 personnels de l'ARS**
- **2/3 personnels de l'Assurance maladie** désignés par la Commission de contrôle sur proposition de ses représentants des caisses locales d'Assurance maladie.

L'unité est composée en majorité de médecins et comprend notamment le Médecin Directeur régional du Régime général d'Assurance maladie et le médecin coordonnateur régional des Régimes agricoles de protection sociale ou leurs représentants.

Pour assurer la continuité des fonctions, des suppléants peuvent également être désignés afin de remplacer un membre titulaire absent.

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

En lien avec les médecins responsables du contrôle, l'UCR **coordonne la réalisation des contrôles** (présents sur site ou en distanciel).

Après contrôle, l'UCR étudie **tous les séjours dont la fiche de concertation signée montre un désaccord de codage** entre le MDIM et le MCRC et analyse les **éventuelles observations de l'établissement**. L'UCR peut solliciter l'**avis de l'ATIH** exclusivement pour les **désaccords de codage**. L'UCR informe les établissements de santé et les équipes de contrôle de ses **décisions finales** et adresse aux caisses gestionnaires l'ensemble des éléments nécessaires au calcul du montant de la facture contrôlée, sur et sous-facturations.

En cas de champ sanctionnable, l'UCR transmet à la Commission de contrôle et au DGARS les éléments définis dans l'article R. 162-35-3 CSS (voir le chapitre sanction page 67).

Tout praticien-conseil membre de l'UCR peut participer au contrôle T2A. Toutefois un praticien-conseil ayant participé à un contrôle pour un établissement donné et membre de l'UCR **ne peut pas participer à la validation UCR des séjours en désaccord relatifs à cet établissement de santé**.

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

Président et Vice-Président de l'UCR

Aucun texte réglementaire n'impose l'adoption par l'UCR d'un règlement intérieur et la désignation d'un Président. Néanmoins, la constitution d'un règlement intérieur permet d'organiser les rôles et les missions de l'UCR.

L'équipe de contrôle

Seuls les agents de l'Assurance maladie habilités à participer au contrôle T2A de l'établissement de santé contrôlé peuvent accéder aux dossiers de contrôle, dans la limite de leur **besoin d'en connaître** et du **respect du secret médical**, et sous la responsabilité du MCRC.

Les contrôles sont réalisés par :

- Les praticiens-conseils des organismes d'Assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence
- Les médecins inspecteurs de santé publique
- Les inspecteurs de l'ARS ayant qualité de médecin

Les praticiens-conseils et les agents de l'Assurance maladie exerçant sous la responsabilité des premiers, sont astreints au secret médical et professionnel pour les faits, actes ou renseignements dont ils ont pu avoir connaissance en raison de leurs fonctions, sous peine de poursuites pénales.

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

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

Les Caisses

Les caisses ayant subi l'indu, à savoir **les caisses gestionnaires des dossiers patients**, procèdent au calcul de la refacturation du séjour en cas de **modification de sa valorisation initiale** suite au contrôle. Pour le calcul de la sanction maximale, chaque caisse gestionnaire a deux mois pour envoyer à l'UCR, à date de réception de la demande, par patient et par séjour, les éléments de re-calculation des sur- et sous-facturations.

En parallèle et toujours dans un délai de 2 mois à date de réception de la demande, **la caisse pivot ou centralisatrice des paiements de l'établissement de santé** fait connaître à l'UCR la **recette annuelle Assurance maladie (RAM)** totale de l'établissement de santé et celle de chaque champ de contrôle, pour l'année civile antérieure au contrôle. **Par délégation** des caisses gestionnaires, c'est **la caisse pivot ou centralisatrice des paiements** qui **notifie l'indu prévu à l'article L. 133-4 du CSS** auprès de l'établissement de santé selon les dispositions de l'article R. 133-9-1 du CSS. L'établissement qui entend contester doit **saisir la CRA (Commissions de Recours Amiable) de la caisse gestionnaire par patient et par séjour**.

L'ATIH

Sollicitation de l'ATIH

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

Un établissement de santé ne peut pas saisir l'ATIH à la place de l'UCR, mais l'UCR doit **examiner toute** demande d'un établissement de santé souhaitant une saisine de l'ATIH. Elle en apprécie la **pertinence** et s'assure que la question n'a pas été traitée antérieurement (saisines de l'ATIH ou rescrits). L'UCR informe l'établissement de santé des **suites données à sa demande** de saisine et **motive** sa réponse en cas de **refus**.

Les domaines d'expertise de l'ATIH

Les domaines d'expertise de l'ATIH concernent :

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

L'ATIH n'est pas compétente pour :

- (1) Les **définitions médicales** d'une affection et de l'interprétation du dossier pour poser un diagnostic
- (2) La **pertinence des soins**
- (3) Les **honoraires médicaux**

Dans ces cas, il appartient à l'UCR, si nécessaire, **de recourir à tout autre expert** qu'elle jugera compétent (art. R162-35-2 CSS).

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

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

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

La procédure de saisine ATIH

La procédure de saisine ATIH (procédure) est décrite au lien suivant :

<https://www.atih.sante.fr/contrôles-externes-t2a-saisine-de-latih>

La saisine sur demande de l'UCR

La demande d'expertise signée par le responsable de l'UCR est adressée sous format **papier et dématérialisé** à la directrice de l'ATIH (document disponible sur le site ATIH).

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

Pour une même situation clinique l'UCR établit un **dossier argumentaire en complétant la fiche de saisine téléchargeable sur le site de l'ATIH**.et comportant (cf. modèle sur le site ATIH: fiche de saisine) :

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

Une seule fiche suffit pour une même situation clinique concernant plusieurs établissements ou plusieurs séjours dans le même établissement, sauf en cas de variantes du cas clinique pouvant modifier la hiérarchisation ou le codage.

La saisine sur demande du Directeur général de l'ARS

En cas de refus de l'UCR de saisir l'ATIH d'une demande d'un établissement de santé, celui-ci a **15 jours à réception de l'avis de l'UCR** pour adresser au DGARS sa demande de saisine ATIH contre l'avis de l'UCR ainsi qu'un dossier argumentaire, de même nature que celui produit par l'UCR. Une copie en sera également adressée à l'UCR, l'informant ainsi de la démarche auprès du DG ARS.

Le DG ARS décide de l'opportunité de la saisine ATIH, après avis consultatif du responsable de l'UCR. Cette décision devra intervenir dans le délai maximum d'un mois suivant la demande de l'établissement de santé.

Le DGARS informe alors l'établissement et l'UCR de sa décision. En cas de saisine, l'UCR transmet un dossier argumentaire à l'ATIH.

Suites données à la saisine de l'ATIH

L'ATIH dispose d'un délai d'un mois pour répondre à l'UCR par courrier et par voie électronique, ou au DG ARS s'il est à l'initiative de la demande.

L'UCR transmet la réponse à l'établissement de santé, et les résultats de l'ensemble des saisines chaque année au COTRIM⁶ (comité technique régional de l'information médicale).

L'avis de l'ATIH est un avis consultatif. Elle a également un rôle crucial dans la mise à disposition des outils utiles au contrôle.

Les tribunaux

La chambre sociale du Tribunal judiciaire (TJ) relevant de l'Ordre judiciaire est compétente pour les litiges portant sur l'action en répétition des indus de la part de l'Assurance maladie sur le fondement de l'article L. 133-4 du CSS.

La contestation de l'indu suspend son recouvrement.

Le Tribunal administratif (TA) relevant de l'ordre administratif est compétent pour les litiges portant sur les sanctions notifiées par le Directeur Général de l'ARS

Sur le fondement de l'article L. 162-23-13 du CSS, les contentieux sanctions sont du ressort de l'Etat. Le recours exercé contre la sanction n'est pas suspensif de son exécution, sauf obtention auprès du juge des référés du tribunal administratif d'une suspension de l'exécution de la décision administrative (article L. 521 du Code de justice administrative).

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

Les deux procédures contentieuses (indus et sanction) sont indépendantes l'une de l'autre, mais toute modification du montant de l'indu induit un re-calcule du montant de la sanction.

⁶ Les attributions des COTRIM sont fixées par la circulaire DH/PMMSI/95 n°48 du 11 décembre 1995, selon laquelle il exerce les contrôles externes de qualité de l'information médicale produite par les établissements de santé selon une double procédure, interne et externe. En matière de contrôle de tarification à l'activité le COTRIM est informé des modalités de contrôle et il est destinataire du bilan annuel du programme de contrôle

C. LES MISSIONS DE L'UCR AVANT LE CONTROLE SUR SITE

Le ciblage des établissements

L'UCR effectue **les travaux de ciblage des établissements de santé** et élabore un **projet de programme régional de contrôle** à partir de ses propres travaux de ciblage ou des travaux menés par chacun de ses membres (Assurance maladie, services administratifs, composante ARS...) dans le respect des conditions d'accès aux données.

Ce projet est transmis pour avis à la Commission de contrôle de l'ARS **sous forme d'un programme annuel régional de contrôle**. **Ce projet doit être validé et arrêté par le DG ARS** après élaboration de celui-ci par la Commission de contrôle sur la base du projet préparé par l'UCR.

Modalités de ciblage

Les établissements sont ciblés sur des critères listés dans les PNC et explicités dans la lettre du DGARS à l'établissement pour l'informer du contrôle.

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

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

- des **priorités nationales** de contrôle de l'année
- de la connaissance « **de terrain** » des établissements de santé de la région :
 - Les éventuels signalements dont peuvent avoir eu connaissance les responsables du ciblage,
 - Des informations détenues par les partenaires institutionnels : pourcentages de factures rectificatives, de factures rejetées dans le cadre de la liquidation médico administrative, forte évolution de la recette d'Assurance maladie annuelle, etc.,
 - Des résultats des contrôles antérieurs.

Pour la **campagne de contrôle de l'année n** sur les séjours clos de l'année n-1 les **premiers travaux de ciblage** démarrent généralement au cours du **premier trimestre de l'année n** sur les bases provisoires mises à la disposition de la CNAM par l'ATIH. L'accès à une base RSA partielle et l'accès à ERASME peuvent suffire à déceler certains types d'anomalies et à pré-orienter la préparation du programme.

Cependant, si un pré-ciblage est réalisé, il devra être confirmé après scellement de bases par l'ATIH.

La mise en œuvre des requêtes sur les bases PMSI ; les bases de liquidation et les bases de remboursements AM des établissements ex-OQN doit être menée **en conformité à la Loi n°78/17 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés**. L'accès aux bases PMSI et aux bases de remboursement de l'Assurance Maladie n'est autorisé qu'aux seuls membres habilités.

Les bases de données

Portail SNIIR-AM / SNDS

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

La solution proposée par l'ATIH se base sur un accès aux données par l'intermédiaire d'une **connexion internet sécurisée** (protocole HTTPS) avec une authentification forte liée à un système OTP (mot de

pas à usage unique) délivré par un matériel fourni par l'ATIH à un utilisateur spécifique (jeton). La connexion à cette machine virtuelle permet elle-même la connexion à un serveur SAS.

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

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

Bases de remboursement de l'Assurance maladie

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

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

Elaboration du projet de programme de contrôle régional

En pratique, les membres Assurance maladie de l'UCR assurent la sélection des établissements de santé et des champs à contrôler, et prévoient le caractère potentiellement sanctionnable ou non des champs.

Le ciblage doit être validé sur des bases de RSA, bases de l'assurance maladie complètes et scellées. Cette précaution est indispensable pour les champs prévus comme sanctionnables pour vérifier que le nombre attendu de dossiers sera supérieur à **150**.

Après validation du programme régional de contrôle T2A par le DG ARS, **l'UCR peut préparer les courriers** destinés aux établissements de santé à la signature du DG ARS.

I. ELABORATION ET REDACTION DU PROJET DE PROGRAMME DE CONTROLE

Le projet de programme régional de contrôle est transmis à la **Commission de contrôle** de l'ARS, qui, après **avis consultatif**, le propose au DGARS pour **décision**. Il doit être élaboré et validé dans des délais compatibles avec une **mise en œuvre des contrôles sur site au cours du 2ème semestre de l'année *n* (sur des facturations de l'année *n-1*)**.

Si la **rédaction** du programme n'est réglementairement soumise à **aucun formalisme**, la Cnam **préconise cependant d'adopter** un plan structuré comme décrit ci-après :

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

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

Présentation générale du contrôle

Cette présentation générale mentionne :

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

Fiche récapitulative relative à l'établissement de santé

Pour chaque établissement de santé, il est précisé :

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

Fiche par champ de contrôle

Pour chaque champ de contrôle, la fiche détaille :

- **Un libellé de champ de contrôle** compréhensible, précis et univoque,
- **La modalité de sélection des séjours constituant le champ de contrôle** : activité totale, activité en particulier, prestation ou séjours ayant des caractéristiques communes,
- **Les critères** qui ont permis de constituer le champ notamment, les **caractéristiques communes**,
- **Le libellé de la priorité** à laquelle se rattache le champ,
- **Le nombre total de séjours** répondants aux critères de sélection,
- **Les modalités de sélection des séjours à contrôler au sein du champ de contrôle**, exhaustivité ou échantillon,
- **Le caractère sanctionnable ou non** du champ. *

Contrainte portant sur le libellé du champ du contrôle

- Le libellé du champ doit explicitement **mentionner le caractère sanctionnable** de l'activité ou prestation ou séjours contrôlés.
- Il doit être **compréhensible, précis et univoque**. Il doit préciser l'ensemble **des critères** qui ont permis de constituer le champ notamment les caractéristiques communes. Il doit explicitement mentionner **la priorité régionale ou nationale** de contrôle à laquelle il se rattache. Sa précision doit en tout état de cause permettre à l'établissement de santé de **calculer l'assiette** sur laquelle sera calculée une éventuelle sanction.

Le libellé du champ de contrôle doit pouvoir être énoncé de façon précise et constante **à toutes les étapes de la procédure de contrôle**, dans le projet soumis à la Commission de contrôle, dans le programme régional de contrôle, dans le courrier du DG ARS informant l'établissement de santé de l'engagement du contrôle, lors des notifications, lors du calcul de l'assiette de la sanction, et lors de contentieux ultérieurs.

- Exemple :

Champ de contrôle n°1 : Séjour sans nuitée avec un acte pouvant relever de soins externes
Catégorie : Priorité Nationale « Séjour sans nuitée avec un acte, relevant de soins externes »
Avec les caractéristiques suivantes : Durée de séjour = 0,
Mode d'entrée = mode de sortie = domicile (8)
Absence d'acte d'anesthésie
Présence d'au moins un des actes suivants : XXX013, XXX002, WWW004...
Activité potentiellement sanctionnable ou non

Nombre total de séjours du champ de contrôle n° 1 : x

Nombre de séjours à contrôler dans le champ de contrôle n° 1 : y

- Echantillon par tirage au sort sur la base PMSI 20XX

II. INFORMATION DES DIFFERENTS ACTEURS DU CONTROLE

A. LETTRE D'INFORMATION DU DG ARS A L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Le DG ARS informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle réalisé en application de l'article L. 162-23-13 CSS.

Le courrier est envoyé en LRAR (lettre recommandée avec accusé de réception) au Directeur de l'établissement de santé, avec copies au médecin responsable du DIM (MDIM) et au président de la Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Selon l'**article R. 162-35-2 CSS**, le courrier du DG ARS "*précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels portent le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence*".

Les modalités d'archivage des accusés de réception doivent être réglées entre l'ARS et l'UCR, ainsi que la transmission des courriers signés par le DG ARS.

Ce courrier précède de quelques jours le premier contact du responsable du contrôle avec l'établissement de santé pour organiser le contrôle.

La lettre du DGARS informe l'établissement de santé :

- o qu'un contrôle T2A est diligenté,
- o des champs de contrôle ciblés de façon détaillée,
- o du caractère potentiellement sanctionnable ou non du champ,
- o de la période des séjours contrôlés pour la campagne T2A année *n* : séjours dont la date de sortie définitive est incluse en année civile année *n-1*,
- o du nom du médecin-conseil responsable du contrôle,
- o de la date prévisionnelle du début du contrôle.

- Dès lors que l'établissement reçoit ce courrier, il ne peut plus **envoyer de Lamda** (ex-DG) ou de factures rectificatives (ex-OQN), sur les champs de contrôle ciblés, ni procéder à une demande en lien avec les séjours contrôlés dans le cadre du dispositif de rescrit.

Le courrier doit être adressé au Directeur général de l'établissement à une date laissant suffisamment de semaines avant le début des contrôles pour intégrer le délai des 15 jours du courrier LRAR, la prise de contact par le MCRC auprès du directeur de l'établissement et du MDIM, l'échange des fichiers et **un temps de préparation minimal** à laisser au MDIM pour organiser le contrôle⁷, par rapport à la date de début de contrôle prévisionnelle indiquée dans le courrier.

Les services de l'Assurance maladie sont également informés de cet envoi par l'ARS :

- Soit information directe du service contentieux régional de l'Assurance maladie,
- Soit copie adressée à l'UCR.

B. INFORMATION DES EQUIPES AM PAR LE SERVICE CONTENTIEUX REGIONAL OU L'UCR

Dès le retour de l'accusé de réception du courrier par l'établissement de santé, **l'ARS prévient l'UCR ou le service contentieux régional.**

Ce dernier **informe le MCRC** et lui communique pour l'établissement de santé à contrôler :

- Le double du courrier envoyé au Directeur de l'établissement de santé,
- La fiche établissement de santé justifiant les critères du ciblage et les anomalies suspectées à rechercher

Le MCRC **contacte le Directeur de l'établissement de santé** dès réception et **au moins 4 à 6 semaines avant la date prévisionnelle** de début de contrôle par téléphone pour l'informer notamment et s'accorder sur :

- Le choix des modalités de contrôle. Il lui rappelle que le choix par l'établissement de santé des modalités de contrôle **doit être formalisé** par écrit,
- La date de début et la durée prévisible de contrôle avec l'organisation du contrôle et des concertations sur place ou à distance,
- La méthode de transmission dématérialisée des pièces via Bluefiles,
- Les modalités d'organisation d'une réunion de restitution en fin de contrôle.

Avant la constitution de la liste définitive de séjours à contrôler, le courrier RAR, signé du MCRC ou du Directeur régional selon l'organisation de la région, rappelle de nouveau à la Direction de l'établissement de santé de ne pas faire d'envoi LAMDA (Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité) ou de factures rectificatives.

Dans le même temps, le MCRC contacte le DIM par téléphone pour organiser la première entrevue.

⁷ À partir de l'envoi du fichier *SecRSSDef.zip*

III. PREPARATION DE L'EQUIPE DE CONTROLE

A. PROGRAMMATION REGIONALE DES CONTROLES

Une fois le programme régional de contrôle T2A arrêté, la direction en charge du contentieux régional pour la T2A prend contact avec ses homologues des autres régimes et avec l'ARS pour planifier la mise en œuvre de ce programme.

Cette planification comprend à minima :

La réalisation d'un **calendrier prévisionnel des contrôles**,

La **désignation du médecin responsable MCRC et des membres de l'équipe de contrôle** pour chacun des établissements de santé inscrits au programme,

Au moins une **réunion préparatoire** regroupant le service contentieux régional **T2A**, l'**UCR** et la **totalité des membres des équipes de contrôle est organisée** pour présenter :

- le programme de contrôle régional,
- les référentiels actualisés et les outils indispensables au contrôle.

B. CONSTITUTION DES EQUIPES

Un **MCRC est désigné** pour chaque établissement de santé contrôlé **en concertation avec les directeurs médicaux** des caisses impactées dans la région.

Il est chargé de l'organisation du contrôle.

L'équipe de contrôle, praticiens-conseils, TIM (technicien de l'information médicale), ISM (infirmier du service médical) et agents administratifs, désignée par le Directeur médical régional, est dimensionnée selon **le nombre et la complexité** des séjours à contrôler.

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

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

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

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

C. PREPARATION DU CONTROLE PAR LE MEDECIN RESPONSABLE DU CONTROLE

Avant le contrôle sur site, le MCRC doit :

- Assurer **l'ensemble des échanges avec l'établissement de santé** tels que décrit dans le paragraphe suivant,
- S'assurer que l'ensemble **des outils et documents nécessaires au contrôle** ont été mis à la **disposition de l'équipe de contrôle** notamment :
 - le fichier **SecRssDef.zip**, dans l'hypothèse où celui précédemment adressé à l'établissement de santé aurait été rendu inutilisable,
 - la **liste des numéros de RSS** et/ou des dossiers à contrôler,
 - la dernière version disponible d'**OGC**, testée à l'aide des fichiers disponibles sur l'Intranet de l'Assurance maladie, et son manuel d'utilisation,

- un ou plusieurs exemplaires papier et/ou informatique des référentiels réglementaires valides et actualisés (par exemple guide méthodologique de l'année de facturation, notices techniques de l'ATIH, etc...) pour la période contrôlée,
- la disponibilité du matériel utile à la réalisation du contrôle.

Tout au long de la phase de contrôle, le MCRC prévoit des échanges avec son équipe afin d'harmoniser les avis et le codage, selon les problématiques rencontrées.

Il est le **responsable du codage final retenu** à l'issue du contrôle.

IV. ENTRETIEN PREALABLE AU CONTROLE : PREMIERE VENUE EN ETABLISSEMENT DE SANTE

A. ELEMENTS DE CADRAGE - VUE GLOBALE

Après l'annonce du contrôle par le courrier du DG ARS à l'établissement de santé et à réception du RAR, la Cnam préconise que le **MCRC prenne contact téléphoniquement avec l'établissement de santé pour prise de rendez-vous en présentiel avec ses représentants désignés** (dont le médecin du DIM), afin notamment de :

- Présenter les **modalités de contrôle**,
- **Recueillir la décision finale de l'établissement de santé sur la préparation des pièces** médico-administratives utiles au contrôle. Celui-ci peut soit opter pour les modalités incluant la préparation par l'établissement de santé, soit de ne pas préparer et dans ce cas, de mettre à disposition des contrôleurs les pièces médico-administratives.

Une **confirmation écrite** du choix de modalité (mail ou courrier) de l'établissement de santé devra être adressée au MCRC à l'issue de cette rencontre.

- **Présenter la méthode de transmission dématérialisée des pièces via Bluefiles** (fichiers informatiques + pièces médico-administratives)

Exceptionnellement et si accord entre le MDIM et le MCRC, la première rencontre pourra également se tenir en distanciel.

Dans le cas où l'établissement de santé souhaite préparer les pièces nécessaires au contrôle des dossiers médicaux contrôlés, il conviendra alors de définir au préalable et d'un commun accord **la méthode d'indexation des pièces** (*a minima* par numéro OGC) avant transmission de celles-ci par le MDIM via Bluefiles.

Dans le cas contraire, le MDIM adressera via Bluefiles les pièces médico-administratives préalablement sélectionnées et enregistrées par les contrôleurs sur **un espace dédié sécurisé** de l'un ou des ordinateurs prêtés par l'établissement de santé.

Le MCRC indique au MDIM que les pièces médico administratives recueillies puis transmises par Bluefiles seront enregistrées sur le **serveur sécurisé de données médicales de l'Assurance maladie** auquel n'auront accès que les membres de l'équipe de contrôle.

Il envisage avec lui les points suivants :

- La *structuration du dossier médical patient* dans l'établissement de santé contrôlé :
 - Le *niveau d'informatisation* du dossier médical et organisation de celui-ci

- La *coexistence de dossiers papiers* : (Par exemple cela peut être le cas du dossier anesthésie ou de certaines spécialités comme l'ophtalmologie, les consultations ORL ou autres ...)
- L'existence de modules par spécialités ou interventions (paramédicaux, anesthésie par exemple, etc...).
- Les *éléments du dossier patient* jugés pertinents au contrôle de la facturation des séjours (à définir **champ par champ** : CRH, +/- CRO, anatomopathologie, dossier anesthésie, dossier infirmier etc...) en cas de préparation par l'établissement de santé.

L'accès au dossier médical complet par les contrôleurs devra toutefois rester possible pour les éléments dont ils ont à connaître dans le cadre du contrôle.

- Le *téléchargement de LEDDA* sur le site de l'ATIH qui permettra de générer les fichiers
SecRssCand.zip
SecRssCtl.zip

Rappel : l'établissement de santé doit **télécharger LEDDA** et l'installer sur un poste informatique ayant accès aux **fichiers de sauvegarde issus de DRUIDE**

- L'échange des différents fichiers informatiques via Bluefiles :
 - **SecRssCand.zip** généré à partir de LEDDA⁸. Ce fichier comporte les numéros de RSS candidats au contrôle (numéros de RSS, sans données médico-administratives, correspondant aux critères de ciblage, et candidats au contrôle, regroupés par champ de contrôle),
 - **SecRssDef.zip**, fichier qui comporte les **numéros de RSS à contrôler**, issu de OGC et transmis par le MCRC au MDIM,
 - **SecRssCtl.zip** qui comporte les **RSS à contrôler**.
- Et la **fiche de liaison**, à compléter par le MDIM (Ce fichier est impérativement pré-rempli avec les **n° OGC issus du fichier « SecRssDef.zip »**). Lors de la finalisation OGC le n° RSS est retiré, cf. chapitre « rapport de contrôle ». Lorsque le taux de prise en charge diffère entre AM et établissement de santé, **c'est le taux de prise en charge AM à la date d'entrée dans l'établissement de santé qui est retenu**.
- Pour les établissements ex-OQN, les factures correspondant aux séjours contrôlés sont également mises à disposition (bordereaux S3404).
- Le **déroulement du contrôle**
 - La date de début et la durée prévisible de contrôle,
 - Le délai laissé à l'établissement pour préparer les dossiers selon la modalité de contrôle choisie par le directeur,
 - Les modalités et les délais pour les échanges de fichiers. Le MCRC rappelle au MDIM de ne pas ouvrir les fichiers « .zip » qui lui seront adressés.
 - La transmission de la fiche administrative de liaison caisse remplie,
 - Les modalités d'échanges des fichiers par BLUEFILES
 - Le démarrage de la phase d'analyse
 - L'accès aux locaux et matériel si nécessaire
 - La récupération de pièces complémentaires
 - Les temps d'échanges à prévoir entre le MDIM et le MCRC/ équipe de contrôle
- Les modalités et la tenue des **concertations** (en présentiel total ou partiel) :

Rythme, (par champ ou fin d'analyse), calendrier prévisionnel (affiner les dates au moment du démarrage et de la transmission au minimum des pièces du 1er champ de contrôle) ainsi que l'envoi des fiches médicales de concertation en amont.

L'organisation sur 2 sites doit être **planifiée le cas échéant dès la prise de contact initiale**.

⁸ LEDDA sera à télécharger par le médecin du DIM sur le site de l'ATIH

L'ensemble des éléments arrêtés lors des échanges entre le MCRC et le MDIM seront repris dans **le courrier adressé au DG de l'établissement de santé par le MCRC** (LR AR) avec copie au MDIM et au président de la CME.

Ce courrier rappelle les informations du courrier du DG ARS et précise notamment la date de début et la date prévisible de fin de contrôle arrêtées d'un commun accord avec le responsable du DIM, les modalités d'échanges de fichiers électroniques, les documents et supports à préparer (fiche de liaison avec les organismes de Sécurité sociale, dossiers médicaux, bordereaux de facturation...), les modalités de concertation.

Il devra obligatoirement lui être joint la **Charte de transmission des pièces - Protection des données personnelles** dans le cadre d'un contrôle T2A, et le cas échéant les documents garantissant la sécurité de l'outil Bluefiles.

Il rappelle que dès 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.

Le délai laissé à l'équipe du DIM sera fonction du choix de modalité de l'établissement de santé.

Résumé :

Le courrier RAR, signé par le MCRC, avec copies au président de la CME et au MDIM, **confirme au Directeur** de l'établissement de santé :

- la date du contact téléphonique et/ou de la rencontre en présentiel avec le médecin responsable du DIM,
- la date de début de contrôle,
- la date de fin prévisible du contrôle,
- **éventuellement** le nombre a priori de séjours à contrôler, calculé après scellement des bases ATIH,⁹
- les modalités de contrôle choisies par le Directeur de l'établissement de santé, éventuellement possibilité d'analyse des séjours hors site,
- les modalités pratiques d'échanges des fichiers,
- les moyens logistiques attendus.
- rappelle de nouveau qu'il ne faut pas envoyer de Lamda (si ex-DG) ou de factures rectificatives (si ex-OQN)

Ce courrier précise :

- les modalités retenues pour les concertations (en présentiel, a minima entre le MCRC et le médecin du DIM, ou partiellement à distance).
- le médecin-conseil responsable du contrôle peut se faire accompagner par du personnel administratif, des TIM, des ISM ou de praticiens-conseils d'autre régimes d'Assurance Maladie,
- les noms, prénoms et qualité des personnes participant au contrôle de l'établissement de santé OU que ces noms (...) lui seront adressés quelques jours avant le début du contrôle (courriel ou mail).

Ce courrier précise qu'il est accompagné en annexe :

- de la Charte du contrôle T2A, protection des données personnelles dans le cadre d'un contrôle sur pièces.

Le MCRC informe l'UCR ou le service contentieux régional de la date de prise de contact avec l'établissement de santé et de la date retenue pour le début du contrôle. Une copie du courrier adressé à l'établissement de santé est envoyée à l'UCR.

Une copie du courrier peut également être envoyée au DG ARS qui peut ainsi suivre la mise en œuvre des contrôles qu'il fait diligenter.

B. CHOIX DES MODALITES DE CONTROLE

Les deux modalités possibles de contrôle

Comme indiqué plus haut, deux modalités de contrôle sont possibles et sont **laissées au choix de l'établissement de santé**.

⁹ Aucun texte ne l'impose, il n'y a donc pas d'obligation à ce stade de préciser le nombre précis de séjours à contrôler. Il est susceptible de varier légèrement en cas d'exclusion des séjours Lamda par l'ATIH

Modalité 1 : L'établissement de santé ne prépare pas le contrôle et **met à disposition** des équipes de contrôles les dossiers médicaux et administratifs des séjours à contrôler.

Modalité 2 : les équipes de l'établissement de santé préparent le contrôle et **colligent les éléments des dossiers** des patients permettant de justifier la facturation des séjours contrôlés.

Quelle que soit l'option retenue par l'établissement de santé, le MDIM transmettra par l'intermédiaire de la plage/page de dépôt sécurisée Bluefiles du MCRC les documents suivants :

- (1) **Les fichiers des RSS : SecRSS (Cand.zip et Ctl.zip)**
- (2) **La fiche de liaison** remplie (= table de concordance comportant notamment NIR, Nom prénom et n° OGC)
- (3) **Les pièces probantes des dossiers médico administratifs**, comme décidé préalablement (c'est-à-dire sélectionnées par le DIM ou mis à disposition par le MDIM aux médecins contrôleurs et sélectionnées par ces derniers sur un espace dédié de l'ordinateur du MDIM).

Ainsi, quelle que soit la modalité choisie, **la transmission de l'ensemble des pièces par le MDIM se fera par voie dématérialisée, cryptée et sécurisée (en 2026 via BLUEFILES)**

Pour ces deux modalités, la date de début de contrôle est la **date de récupération des pièces** médicales en vue de leur analyse, à partir de la date de début du contrôle **arrêtée par les deux parties**¹⁰.

- **Soit (modalité 1) la date de venue du MCRC** et toute ou partie de son équipe, **dans l'établissement de santé pour sélectionner et récupérer sous format transmissible par voie dématérialisée Bluefiles**, les documents. La récupération peut se faire partiellement ou totalement à distance.
- **Soit (modalité 2) la date de l'envoi par Bluefiles des pièces médico-administratives, par le MDIM au MCRC** (disponibilité de la totalité des les pièces à partir de la date de début du contrôle arrêtée par les deux parties).

Ce choix a ensuite des implications pratiques sur l'organisation du contrôle à considérer : aspects pratiques notamment pour le recueil des données par les contrôleurs (salle, outils à disposition, dossiers informatiques et/ou papiers).

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

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

- (1) Pour les dossiers papiers une **procédure de récupération en urgence** doit être prévue en cas d'**hospitalisation**, pendant la **nuit** et les **week-ends**.

Le **classement des séjours**, par champ et par N° OGC, ou N° de RSS, ou alphabétique, est à établir en amont du contrôle, avec le médecin du DIM

- (2) Dans le cas d'un **dossier informatisé totalement ou partiellement**, à la demande de l'établissement de santé, l'équipe de contrôle signe la **charte d'accès** et le DIM doit prévoir la **gestion des login et mots de passe**.

Une **information préalable**, par le personnel compétent de l'établissement de santé, est délivrée à l'équipe de contrôle afin qu'elle puisse accéder, dans le dossier informatique, aux éléments probants du séjour. Si l'établissement de santé le demande, la charte informatique doit être signée.

Le système informatique de l'établissement de santé **doit permettre la numérisation ou l'impression puis la numérisation** des documents du dossier informatique dans les murs de l'établissement.

De façon **exceptionnelle** les équipes de contrôle pourront être amenées, en absence de scanner fourni par l'établissement, à utiliser des scanners portables.

¹⁰ Il est recommandé de télécharger les pièces des dossiers médicaux envoyées par Bluefiles à la date prévue pour le premier jour du contrôle

Il n'est plus préconisé de numériser des documents avec un scanner portable pour des raisons de sécurité informatique. Néanmoins, s'il n'y a pas d'autre alternative, un scanner portable Assurance maladie pourra être utilisé à la condition préalable d'avoir un smartphone avec abonnement Data pour le partage de connexion. En cas d'absence de réseau, prévoir une transmission des pièces via le Smartphone dans l'établissement de santé dans un lieu où le réseau passe. Enregistrer les pièces sur le serveur sécurisé.

Le scanner mis à disposition par l'établissement de santé pourra servir à la numérisation des pièces dans un espace informatique dédié pour transmission ensuite par le DIM au MCRC via Bluefiles¹¹.

CHOIX DE LA MODALITE 1 : MISE A DISPOSITION DES EQUIPES DE CONTROLE DES ELEMENTS DE DOSSIERS MEDICAUX ET ADMINISTRATIFS

Le délai de mise à disposition des séjours à contrôler sera de **2 à 4 semaines maximum** à compter de la transmission du fichier **SecRssDef.zip** en vue de permettre à l'établissement d'organiser l'accès à l'ensemble des documents par l'équipe de contrôle¹².

Une équipe restreinte (à minima le MCRC + un membre du personnel administratif) peut colliger les pièces dans l'établissement de santé, les numériser sur place puis les **enregistrer sur le serveur sécurisé de l'établissement** permettant ainsi une analyse à distance par tout ou une partie de l'équipe (ces éléments étant ensuite transmis par le MDIM).

- *Le dossier patient est informatisé en totalité ou partiellement*

L'établissement de santé met à disposition des ordinateurs pour les contrôleurs en nombre suffisant et a minima un **scanner**. Les contrôleurs collectent les pièces médicales utiles au contrôle, les indexent et enregistrent les scans informatiquement sur l'espace sécurisé et dédié d'un ordinateur dédié de l'établissement.

Pour une thématique médicale récurrente, le MCRC peut proposer au MDIM **d'examiner conjointement un dossier du champ contrôlé afin de préciser les éléments attendus** pour justifier la facturation.

Point d'attention : certaines pièces informatiques (pancartes, diagrammes de soins infirmiers notamment) sont difficilement exportables sous format PDF, elles pourront faire l'objet d'impression écran ou de tout autre moyen à définir lors du contrôle. Il est conseillé de zipper les fichiers si nécessaire (taille limite par envoi maximum de 2 Giga-octets via Bluefiles).

- *Le dossier patient est papier en totalité ou partiellement*

L'établissement de santé met à disposition une **photocopieuse et un scanner**. Les pièces médicales sont numérisées par l'équipe de contrôle et collectées **dans l'établissement de santé** sur un espace informatique dédié de l'établissement de santé.

Dans les deux cas le MCRC, ne pouvant accéder à son compte Bluefiles à partir d'un ordinateur n'appartenant pas à l'Assurance maladie, demande au MDIM de lui envoyer l'ensemble de ces pièces via Bluefiles à partir de l'espace sécurisé de l'établissement.

CHOIX DE LA MODALITE 2 : LE MEDECIN du DIM ET SON EQUIPE COLLIGENT LES ELEMENTS DES DOSSIERS DES PATIENTS PERMETTANT DE JUSTIFIER LA FACTURATION DES SEJOURS CONTROLES

¹¹ Le MCRC ne doit pas accéder à son compte Bluefiles avec un ordinateur n'appartenant pas à l'Assurance maladie.

¹² Rappel : Quelle que soit la modalité choisie, la transmission de l'ensemble des pièces par le médecin DIM se fera par voie dématérialisée (en 2025 via BLUEFILES)

Dans le cadre de ces **modalités de contrôle**, il est prévu que les éléments justifiant la facturation du séjour soient extraits préalablement du dossier du patient par l'équipe du DIM.

Dès les séjours ciblés à contrôler connus de l'établissement de santé, il est préconisé que le **MCRC** et le **MDIM** déterminent ensemble les **informations nécessaires et suffisantes**, et leur **support**, attendues par l'équipe de contrôle pour un **séjour type de chaque champ de contrôle** permettant de justifier le codage et la facturation :

- (1) **diagnostic principal (DP)** avec **diagnostic relié (DR)** si justifié
- (2) **comorbidité (CMA)**
- (3) **acte(s) CCAM classant(s)**
- (4) **supplément(s)**
- (5) ...

Pour une thématique médicale récurrente, le MCRC peut proposer au MDIM **d'examiner conjointement un dossier du champ contrôlé afin de préciser** les éléments attendus pour justifier la facturation.

La date d'envoi du fichier SecRssDef.zip par le MCRC au MDIM correspond au point de départ du délai laissé pour la préparation du contrôle. Ce délai ne peut pas être supérieur à 4 à 6 semaines

Ce premier envoi des documents par le MDIM doit être suffisamment complet (toutes les pièces demandées) pour permettre la conduite du contrôle dans sa totalité.

Toutefois, des envois complémentaires ponctuels pourront se faire si nécessaire, en accord avec le MCRC et sans que le déroulement du contrôle n'en soit globalement affecté, notamment ces envois doivent être **compatibles avec le déroulement initialement prévu en terme de temps et de durée du contrôle**.

Dématérialisation de la transmission des pièces

Cet aspect renvoie à 3 problématiques :

- (1) Accès aux données
- (2) Transmission
- (3) Conservation

[*L'accès aux données est conforme à la « Charte de Contrôle T2A¹³ »*](#)

Pour permettre aux personnes chargées du contrôle de mener à bien leur mission, l'établissement de santé est tenu de leur fournir l'ensemble des documents qu'elles demandent en lien avec le séjour facturé¹⁴, et nécessaires à la procédure, conformément à l'obligation légale confiée aux organismes d'Assurance maladie dans le cadre de ses missions de lutte contre la fraude.

Personnes habilitées à accéder aux documents

Conformément à la charte informatique annexée au règlement intérieur de la Cnam et la politique de sécurité des systèmes d'informations des ministères sociaux (PSSI-MCAS), les données et documents collectés lors d'un contrôle et leur conservation ultérieure font l'objet de procédures garantissant leur authenticité, leur intégrité et leur confidentialité, quel qu'en soit le support.

Seuls les agents de l'Assurance maladie habilités à participer au contrôle T2A de l'établissement de santé contrôlé peuvent accéder aux dossiers de contrôle dans la limite de leur besoin d'en connaître et dans le respect du secret médical. Sont habilités à réaliser un contrôle T2A (article L. 161-29 du CSS), les praticiens-conseils (médecin, chirurgien-dentiste et pharmacien) des régimes d'Assurance Maladie, les médecins de l'ARS et les médecins inspecteurs de santé publique.

¹³ Document « protection des données personnelles dans le cadre d'un contrôle établissement »

¹⁴ Conformément à article R. 162-35-2 du CSS

Les agents de l'Assurance maladie sont astreints au secret professionnel pour les faits, actes ou renseignements dont ils ont pu avoir connaissance en raison de leurs fonctions, sous peine de poursuites pénales.

Confidentialité et sécurité des données dans le cadre de la transmission des données

Un outil à l'état de l'art des exigences de l'article 32 du RGPD relatif à la sécurité du traitement sera utilisé pour l'ensemble des transmissions de données des établissements auprès des organismes de l'Assurance maladie. De ce fait, pour la réalisation du contrôle sur pièces et afin de sécuriser les échanges, l'établissement de santé transmettra les pièces nécessaires au contrôle via **l'outil sécurisé Bluefiles**, tel que décrit en annexe du présent guide.

Les organismes de l'Assurance maladie s'engagent également à ne divulguer aucune donnée à caractère personnel à un tiers sans l'accord écrit préalable des établissements de santé, et à ne pas utiliser les documents transmis à d'autres fins que celles prévues dans le cadre de cette charte.

Catégories de données collectées par les personnes chargées du contrôle

Documents à transmettre par l'établissement de santé contrôlé en début de contrôle :

- (1) le fichier informatique des RSS des séjours contrôlés (*SecRssCtl.zip*) ;
- (2) les éléments du dossier médical relatif au séjour contrôlé, tel que décrit à l'article R. 1112-2 du CSP ;
- (3) les éléments de facturation ;
- (4) la fiche de liaison adressée par le médecin Conseil responsable du contrôle (MCRC) au médecin du DIM avant le début de contrôle et complétée par l'établissement de santé.

Seuls sont sollicités les documents relatifs aux séjours contrôlés et facturés dans le respect du principe de limitation et de minimisation des données transmises¹⁵.

Catégorie de données personnelles collectées par les personnes chargées des contrôles : En ce sens, la CNIL a confirmé qu'il n'y a aucune obligation de réaliser une convention dans le cadre du transfert de données des établissements à l'Assurance maladie.

Transmission des pièces par BLUEFILES

Quel que soit le choix de modalité retenu par l'établissement de santé (préparation des pièces ou non par le DIM) l'ensemble des pièces nécessaires au contrôle devront être transmises par le MDIM **au MCRC via la plateforme chiffrée et sécurisée BLUEFILES dont les documents attestant de la sécurité** sont fournis en **annexe 2**:

MESURES TECHNIQUES ET ORGANISATIONNELLES DE SECURITE MISES EN PLACE - Certificat ANSSI-CSPN-2021/24 stockage sécurisé

Les pièces concernées par cette transmission dématérialisée sont :

- (1) Les fichiers informatiques *SecRssCand.zip*, *SecRssCtl.zip*
+ la fiche de liaison remplie (= table de concordance comportant notamment NIR, Nom prénom et n° OGC, caisses gestionnaires etc...)
- (2) Les pièces médico-administratives des séjours contrôlés : notamment les documents médicaux des séjours permettant de justifier la facturation. Ces pièces permettant l'analyse des séjours seront préparées en amont de l'analyse soit par l'équipe du DIM, soit par l'équipe de contrôle. Mais **dans les 2 cas, elles seront transmises de façon sécurisée par le MDIM au MCRC.**

¹⁵ Conformément à l'article 5-1 c) du RGPD

Cette transmission dématérialisée se fera de médecin à médecin (Médecin du département d'information médicale–MDIM- au médecin conseil responsable du contrôle -MCRC) par les messageries nominatives et professionnelles des 2 médecins (voire au remplaçant désigné de l'un ou de l'autre) dans le respect :

- du secret médical,
- et de la **Charte de transmission des pièces - Protection des données personnelles** dans le cadre d'un contrôle T2A, élaborée par la Cnam, conforme au RGPD.

Une fois transmis, l'ensemble des documents du contrôle seront enregistrés par le MCRC directement sur un **serveur sécurisé de données médicales** de l'Assurance maladie.

La procédure de transmission dématérialisée permettra également une **analyse des séjours par une partie de l'équipe du contrôle à distance**.

A réception, le MCRC clique sur l'icône de transfert dans Outlook puis enregistre directement dans le serveur sécurisé sans passer par l'étape téléchargement¹⁶.

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

Durée de conservation des documents

Les données et documents collectés lors d'un contrôle et leur conservation ultérieure font l'objet de procédures garantissant leur authenticité, leur intégrité et leur confidentialité, quel qu'en soit le support. Ces données et documents sont stockés de manière sécurisée, sur un serveur sécurisé accessible uniquement par les personnes habilitées en charge du contrôle.

L'ensemble des pièces transmises par l'établissement contrôlé permettant de justifier la facturation des séjours ciblés sont conservés **jusqu'à l'intervention d'une décision définitive en cas de contentieux, conformément au décret n°2015-390 du 3 avril 2015**. En l'absence de contentieux, les données et pièces collectées sont **détruites dans l'année suivant la clôture du dossier** (contrôle sans suite ou indu non contesté et recouvré).

C. ECHANGES DE FICHIERS

Principes

Le MCRC (voire le médecin responsable du contrôle contentieux T2A au niveau régional) doit mettre à disposition de l'établissement de santé les éléments lui permettant de retrouver les dossiers dans ses bases, pour chaque champ ciblé. La première étape est donc la génération d'une « **feuille d'extraction** » ou de **son équivalent** par l'ATIH, regroupant toutes les variables caractérisant les séjours à contrôler, par champ.

Cette « *feuille d'extraction* » ou équivalent comporte tous les critères de sélection utilisés (elle rend visible pour l'établissement de santé les critères de ciblage sous forme de langage de programmation) et permet au DIM de retrouver les séjours ciblés dans une base de RSS.

A la demande de la Cnil, l'ATIH a intégré un mécanisme de chiffrement des fichiers PMSI : les variables identifiantes sont masquées ou chiffrées dans les fichiers issus des logiciels de transmission, rendant impossible l'accès direct à ces données sensibles (NIR ou numéro administratif). L'algorithme de chiffrement produit un résultat différent à chaque opération, empêchant la reconstitution d'une table de correspondance stable.

¹⁶ Cette méthode permet de ne pas créer de fichiers temporaires dans l'ordinateur du contrôleur. A contrario, si on clique sur téléchargement, un fichier temporaire est créé qu'il faudra aller supprimer

De ce fait, la correspondance entre les numéros de RSA des bases de l'AM et celles des bases de l'ATIH n'est plus assurée et l'Assurance maladie ne peut plus utiliser les numéros RSA disponibles dans les bases PMSI des ex DG pour élaborer les paniers de contrôle des séjours candidats.

L'ATIH a mis en place un système **d'empreintes numériques** des séjours issus du ciblage et candidats au contrôle permettant de retrouver les séjours candidats dans ses bases et de reconstituer les paniers de contrôle (feuille d'extraction).

Le MDIM récupère directement dans LEDDA A le fichier « *SecRsscand.zip* ».

Outil LEDDA

LEDDA - Logiciel d'Extraction de Données DATim est l'outil permettant de générer le fichier de RSS à contrôler « *SecRssCtl.zip* ».

L'établissement de santé doit télécharger LEDDA et l'installer sur un poste informatique ayant accès aux **fichiers de sauvegarde issus de DRUIDE**.

LEDDA est constitué de **deux modules** :

- Le **module A** permet de générer un fichier de numéros de **RSS candidats** « *SecRssCand.zip* ».

Ce module utilise la **feuille d'extraction ou équivalent** et le fichier de sauvegarde des RSS pour produire une **liste de tous les numéros de RSS correspondant aux critères de ciblage et candidats au contrôle**, regroupés par champ de contrôle.

Il s'agit d'un fichier ne contenant que des numéros de RSS, sans données médicales.

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

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

Le fichier de sortie « *SecRssDef.zip* » inscrit la liste des numéros RSS répondants aux critères de ciblage et **finalement retenus pour le contrôle**. Ce fichier, comme le précédent, ne doit **en aucun cas être ouvert** sous peine de devenir inutilisable pour la suite des opérations. Il s'agit d'un fichier ne listant que des numéros de RSS sans données médico-administratives.

Il est transmis par messagerie sécurisée BLUEFILES, par le MCRC au MDIM.

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

- Le **module B** intervient après transmission du fichier *SecRssDef.zip* par le contrôleur afin pour le MDIM :

- de **visualiser la liste des numéros des RSS à contrôler et les N° OGC correspondants**, permettant à l'établissement de santé la **sortie des dossiers médicaux et administratifs** et la **constitution de la fiche de liaison**, (cf. modèle en annexe 3)

- de **générer**, à partir du fichier *SecRssDef.zip*, le **fichier de RSS à contrôler** « *SecRssCtl.zip* ». Il s'agit d'un fichier de RSS complets, avec l'ensemble des données médico-administratives. C'est à partir de ces RSS que s'effectuera le contrôle.

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

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

Résumé de la Procédure en 2025 et 2026

Étape 1 : Via le module A de LEDDA, le MDIM génère un fichier de numéros de RSS candidats « *SecRssCand.zip* ». La feuille d'extraction ou son équivalent est incluse dans LEDDA par l'ATIH et ainsi mise à disposition du médecin du DIM.

« *SecRssCand.zip* » contient **tous les numéros de RSS**, sans données médico-administratives, correspondant aux **critères de ciblage**, et candidats au contrôle, **regroupés par champ de contrôle**.

Sans le modifier pour ne pas endommager la clé de cryptage, le MDIM transmet ce fichier par Bluefiles au MCRC.

Étape 2 Le MCRC¹⁷ récupère le fichier « *SecRssCand.zip* », ouvre OGC et se positionne sur « **tirage au sort** ». Le **tirage au sort** est une étape obligatoire, même s'il est prévu que le contrôle des champs soit exhaustif. Elle seule, permet de générer le fichier « *SecRssDef.zip* ».

Le fichier « *SecRssDef.zip* » contient les **numéros RSS finalement retenus** pour le contrôle.

Étape 3 Le MCRC adresse par courriel (via Bluefiles) avec demande d'accusé réception au MDIM :

Le fichier « *SecRssDef.zip* », **sans l'ouvrir**, la **fiche de liaison avec les caisses sous format fichier Excel** et la méthode de remplissage. Ce fichier est impérativement pré-rempli avec les **n° OGC issus du fichier « *SecRssDef.zip* »**.

Le **délai imparti** à l'établissement de santé pour préparer les dossiers ou la mise à disposition des dossiers médicaux (selon les modalités choisies) court **à partir de la date de réception du fichier « *SecRssDef.zip* »** qui permet au MDIM de visualiser la liste des numéros des RSS à contrôler.

Étape 4 A l'aide du module B du logiciel LEDDA et à partir du fichier « *SecRssDef.zip* » adressé par le MCRC et **sans l'ouvrir**, le MDIM extrait du fichier de sauvegarde des RSS de l'établissement de santé, **les données médico-administratives des RSS correspondant aux séjours retenus** et obtient le fichier « *SecRssCtl.zip* ».

Attention : les noms des fichiers ne doivent **jamais être modifiés** par les utilisateurs, afin de pouvoir être reconnus par LEDDA et OGC.

Les fichiers échangés **ne doivent en aucun cas être modifiés** :

Étape 5 Le MDIM adresse au MCRC via Bluefiles le fichier « *SecRssCtl.zip* »¹⁸.

Le MCRC ouvre une **nouvelle session dans OGC** avec le fichier « *SecRssCtl.zip* » puis ferme OGC. Cette manipulation permet de générer le fichier **Valco-before** qui contient les **RSA des séjours à contrôler**.

Les assistant(e)s techniques préparent et éditent (ou dépôt sur serveur sécurisé) les **fiches médicales de recueil**, les **fiches médicales de concertation** grâce au fichier Valco-before et à la **fiche de liaison**.

D. LOGISTIQUE

L'organisation et la logistique doivent être évoquées au premier contact téléphonique et lors de la première rencontre (voir au A du chapitre IV Partie "préparation du contrôle externe", page 28).

La logistique est surtout importante lorsque le contrôle se déroule en partie ou totalement sur site. Des locaux sur site adaptés en surface et en mobilier, au nombre de personnes de l'équipe de contrôle (visite préalable avec accord de l'établissement de santé) et aux modalités choisies par l'établissement de santé ainsi qu'au degré d'informatisation du dossier, sont mis à disposition par l'établissement.

¹⁷ MCRC ou la personne désignée selon l'organisation locorégionale

¹⁸ On ne doit plus récupérer ce fichier via une clé USB

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

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

Dans le respect du secret médical, les locaux doivent être munis d'un **système de fermeture** et bénéficier d'un **équipement minimum** :

- Des prises électriques et d'un téléphone interne, avec numéro de la Direction, du MDIM et des membres de son équipe,
- Un accès Internet si possible,
- La mise à disposition par l'établissement de santé d'un accès à des ordinateurs, en nombre suffisant (à déterminer avec le MDIM en fonction du niveau d'informatisation du dossier patient et de l'importance de l'équipe de contrôle), pour sélectionner les pièces probantes du dossier patient pour sa partie informatisée, avec **login et mots de passe**.
- Le système informatique de l'établissement de santé **doit permettre la numérisation et l'exportation** des documents sélectionnés du dossier informatique (photocopieur avec système de scanner ou scanner)

En accord avec le MDIM, prévoir le classement des dossiers papiers, par champ et par n° OGC, ou n° RSS, ou alphabétique.

Selon les disponibilités de l'établissement de santé, la possibilité de parking.

Si l'établissement de santé le demande, la charte informatique doit être signée.

E. ORGANISATION LORSQU'UN ETABLISSEMENT DE SANTE EST IMPLANTE SUR PLUSIEURS SITES GEOGRAPHIQUES

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

Lorsqu'un établissement est implanté sur plusieurs sites géographiques, le contrôle pourra s'organiser sur 2 sites géographiques au maximum. Dans ce cas, le contrôle s'effectuera en pratique sur le(s) site(s) où le nombre de dossiers à contrôler est supérieur à 300, sans dépasser 2 lieux différents.

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

F. LA CONCERTATION MODALITES ET PLANIFICATION

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

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

La **planification** de la concertation sera posée au mieux dès la première rencontre. Elle est organisée **selon la convenance des deux parties et le nombre total de dossiers contrôlés** (Voir chapitre V page 46).

I. INTRODUCTION

Le contrôle externe consiste à vérifier la conformité des informations codées portées sur les RSS, avec le guide de production des RSS et les textes réglementaires d'une part, et avec les éléments du dossier patient d'autre part.

Les saisines de l'ATIH et les rescrits constituent sur des problématiques ciblées, des éléments pris en compte par l'Assurance maladie.

Dans un souhait **d'efficience et de gain de temps** pour les deux parties, l'Assurance maladie recentre les contrôles T2A, et donc le recodage des praticiens-conseils, **sur les seuls éléments impactant la facturation**

Tous les éléments impactant la facturation avant et après recodage sont pris en compte.

Le sous-codage ne doit pas être recherché systématiquement, cependant tout sous codage repéré doit être pris en compte et revalorisé.

L'organisation globale au sein de l'équipe de contrôle revient au MCRC. Il exerce un rôle prépondérant :

- Il est l'interlocuteur privilégié de l'établissement de santé,
- Il est chargé de superviser l'harmonisation des avis.

Pour réaliser le contrôle, le contrôleur est muni d'un ordinateur portable qui intègre notamment l'outil de gestion du contrôle sur site **OGC** comportant les éléments issus de l'étape préparatoire : paramétrage des éléments d'identification du contrôle (nom de l'établissement de santé, nom des responsables, date du contrôle), numéros des RSS à contrôler, nature des autorisations et reconnaissances durant la période contrôlée...

Pour les parties informatisées du dossier patient, tous les membres de l'équipe de contrôle habilités à analyser les pièces du dossier, TIM, ISM et PC, doivent disposer d'un « *identifiant* » et d'un « *mot de passe* », et **être formés à l'utilisation du logiciel par l'établissement de santé**.

Si l'établissement de santé le demande, l'équipe de contrôle doit signer individuellement **la charte de bonnes pratiques informatiques** demandée par l'établissement de santé. L'équipe de contrôle doit se limiter à consulter uniquement ce qui est en lien avec le contrôle T2A en cours.

Par ailleurs, le logiciel de l'établissement de santé doit **permettre d'extraire les pièces au format numérique (PDF)**.

Le contrôle repose, avant tout, sur un **dialogue permanent** entre le responsable du DIM et le responsable du contrôle sur site. Les échanges participent à la prise en compte de l'ensemble des informations nécessaires à la réalisation du contrôle. Doivent donc être présentés aux personnes en charge du contrôle tous les documents et supports nécessaires.

Le responsable du contrôle adaptant les modalités de sa vérification peut donc être amené à demander à l'établissement de santé tout document et/ou support d'information supplémentaires, dans les conditions des articles R.162-35-2 et R. 166-1 du CSS. A l'issue du contrôle sur site, l'absence de la communication des documents ou informations demandées conduira à un constat d'écart.

Dans le cas où le DIM ne prépare pas le dossier, **l'effort déployé dans « l'archéologie documentaire » du dossier à la recherche des éléments de preuve doit toutefois être adapté et en adéquation avec les délais impartis au contrôle** : dans ce cas, les pièces non retrouvées seront listées et demandées au DIM.

II. OUTIL DE CONTROLE DE ASSURANCE MALADIE / OGC

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (Cnam) met à disposition des équipes de contrôle un outil de gestion des contrôles (OGC).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« $\delta^{\circ}q\dot{f}^{\circ} \div \dot{U}, "q6\odot, {}^{\circ}y\ddot{a}\odot\ddot{O} \dot{u}^{\circ}!k\ddot{o} \rightarrow \ddot{N}\ddot{h}\ddot{a}\ddot{a}$ $\odot\ddot{z}\ddot{a}\ddot{O}\ddot{P}\ddot{q}\ddot{!}k\ddot{a}^{\circ}?$ $2\frac{3}{4}^{\circ}w; 7 \dot{u}^{\circ}\% \frac{3}{4}! \ddot{Y}^{\circ}; T\ddot{f}\ddot{a} < \dot{y}^{\circ}\pm _$
 $\circ S\ddot{U}\ddot{J} \quad {}^{20}oe "Y _ \dot{U} \quad "H\ddot{V}\ddot{u}\ddot{y}\ddot{U}\ddot{E}^{\circ}\ddot{e}; (\delta\ddot{O}\ddot{y}\ddot{u}\ddot{v})\ddot{O}\ddot{O}\ddot{y} \ C\ddot{e}^{\circ}\pm "$ $\ddot{S}^{\circ}I.\ddot{e} \quad \ddot{Y}\ddot{u}!Wt \ Nc^{\circ}\dot{u}\# \odot\ddot{a} \quad \dot{y}^{\circ}{}^{\text{TM}}w\ddot{a}\ddot{O} \quad ^{\circ} \rangle$

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

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

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

Le fichier **OGCS_<horodatage>.zip** est conservé sur un espace sécurisé de l'Assurance maladie jusqu'à extinction d'un éventuel contentieux. Un exemplaire est transmis au MDIM à sa demande, par voie sécurisée *BLUEFILES*.

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

III. LE PREMIER JOUR SUR SITE

A. FINALISATION DE LA PREPARATION

A l'arrivée dans l'établissement de santé (ou exceptionnellement en distanciel si accord des participants) et après **présentation des équipes**, le MCRC et le MDIM s'accordent sur **l'ordre des champs de contrôle** afin d'organiser au mieux les phases de concertation.

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

Afin de sécuriser les échanges cette planification doit faire l'objet d'un **procès-verbal daté et signé** des deux médecins, puis adressé à la direction de l'établissement de santé et à l'UCR.

En cas de problème le calendrier sera revu en conséquence.

B. VERIFICATIONS

Le MCRC récupère la **fiche de liaison complétée** auprès du MDIM (si cela n'a pas été fait avant et via Bluefiles dans tous les cas).

Dans le respect du secret médical, entre les deux médecins parties prenantes du contrôle, cette fiche de liaison peut donc contenir, pour chaque séjour, **le numéro OGC et le numéro RSS**. Si la fiche de liaison complétée n'a pu être obtenue, les dates d'entrée, de sortie, de début et de fin de RUM ne figureront pas sur les fiches de recueils (saisie manuelle).

Le MCRC récupère et enregistre sur le serveur sécurisé de données la fiche de liaison format Excel remplie par l'établissement et transmise par Bluefiles.

Les agents administratifs placés sous autorité du MCRC désignés pour le contrôle peuvent assurer des missions de vérification :

- Exhaustivité du remplissage du taux de prise en charge communiqués par l'établissement de santé sur la fiche de liaison pour chaque patient : s'assurer qu'il n'y a pas un taux aberrant,
- Exhaustivité des dossiers préparés, au moins par champ ou par établissement géographique selon organisation et taille du contrôle,
- Adéquation entre le fichier issu des échanges de bases de données et la fiche de liaison,
- Adéquation entre les dossiers fournis par l'établissement de santé et les dossiers ciblés. Les dossiers sortis par l'établissement de santé doivent correspondre à ceux qui ont été sélectionnés. A partir du fichier «*SecRssDef.zip*», il peut éditer la liste des n° RSS et n° OGC correspondants, par champ,
- Cohérence pour les établissements ex-OQN entre le numéro de la facture papier bordereau S.3404 et celui porté sur le fichier de liaison
- Cohérence pour les établissements ex-OQN entre la facturation papier bordereau S.3404 et le RSS (GHS, suppléments, ...).

Les agents administratifs organiseront également le classement des fiches et des informations médico-administratives sur le serveur, ainsi que le suivi du contrôle. En coordination avec son équipe, c'est au MCRC qu'il appartient de répartir le travail en fonction du nombre et de la complexité des séjours contrôlés et des connaissances de chacun des processus de codage PMSI. Les consignes destinées à harmoniser les avis sont rappelées.

Le MCRC **ouvre une nouvelle session dans OGC** avec le fichier de RSS « *SecRssCtl.zip* », puis ferme OGC, ce qui **génère le fichier Valco-before et crée la session de contrôle** pour l'établissement de santé.

C. EDITION DES FICHES DE RECUEIL ET DE CONCERTATION

A partir du fichier VALCO-Before et éventuellement du fichier Excel correspondant aux données administratives de la fiche de liaison, l'équipe de contrôle peut éditer via Word (si cela n'a pas été anticipé et réalisé avant) : (*annexe 3*)

- Une fiche médicale de recueil de codage pré-remplie avec le codage de l'établissement de santé.
- Une fiche médicale de concertation

Ces deux fiches seront remplies par les PC lors de la phase d'analyse et sont détaillées dans le paragraphe ci-dessous (pour la *fiche médicale de recueil*) et page 48 en partie "PREPARATION DU CONTROLE EXTERNE" Chapitre V paragraphe C: "Matérialisation de l'avis des praticiens-conseils" (pour la *fiche médicale de concertation*).

IV. ANALYSE DES DOSSIERS

A. PRINCIPE ET BUT

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

Il est rappelé que seuls les éléments impactant le **financement du séjour** sont **contrôlés** et le cas échéant **recodés**, puis **saisis** dans OGC.

Cet avis se matérialise *a minima* par sa saisie sur les fiches médicale de recueil pour chaque séjour.

B. LA FICHE MEDICALE DE RECUEIL

Afin de faciliter ce processus, l'outil OGC permet **l'impression** pour les séjours **d'hospitalisation conventionnelle** des seuls codes CIM10 et CCAM codés par l'établissement de santé impactant le financement GHS, et pour les séjours **d'hôpital de jour** tous les codes diagnostics et tous les actes codés par l'établissement de santé, ainsi que les variables de l'instruction gradation: Contexte patient ou surveillance particulière, Administration d'un médicament de la réserve hospitalière (RH), Nombre d'interventions.

Chaque fiche médicale de recueil comprend :

- la date de début de contrôle
- l'identification de l'établissement de santé, FINESS d'inscription dans e-PMSI et raison sociale
- le libellé du champ de contrôle et le n° OGC du séjour contrôlé
- les données **administratives du séjour**, dont les dates d'entrée et de sortie et le nombre de RUM, codage initial et recodage
- les données **administratives du RUM**, dont la durée de séjour, l'IGS II, les suppléments et autorisation, codage initial et recodage
- pour l'hospitalisation conventionnelle les codes CIM10 de **DP +/-DR**, et de toutes les **CMA de niveau supérieur ou égal à 2** du RUM, codage initial et recodage
- pour l'hospitalisation conventionnelle les **actes CCAM classants** du RUM, codage initial et recodage
- pour l'HDJ **tous les codes CIM10** du RUM, les variables de l'instruction Gradation, codage initial et recodage
- les **GHM** et les **GHS** de l'établissement de santé et après recodage avant concertation

- en cas de GHS injustifié, les éventuels **forfaits** accordés, FSD, SE, FFM...
- la mention de **l'accord ou du désaccord** du MDIM avec le recodage
- le nom du praticien-conseil ayant codé le séjour

C. VERIFICATIONS PREALABLES

La phase d'installation achevée, le contrôleur peut alors procéder au codage des séjours tirés au sort. Le contrôle consiste à rapprocher les informations codées par l'établissement de santé pour facturation de celles du dossier médical. Les informations saisies pour chaque séjour sont les informations médico-administratives classiques du RUM qui sont répertoriées sur l'écran de saisie.

Les principales informations sont rappelées ci-dessous. Pour toute information plus précise, et notamment pour la définition de chacun des items, il convient de se reporter au guide « Guide méthodologique » pour le MCO, annexe III prévue à l'article 9 de l'arrêté du 23 décembre 2016.

Informations "administratives" : • numéro FINESS de l'établissement de santé • numéro de RSS • numéro administratif local de séjour • numéro d'unité médicale • type d'autorisation de l'unité médicale • type d'autorisation de lit identifié • date de naissance du patient • sexe du patient • date d'entrée dans l'unité médicale • mode d'entrée dans l'unité médicale • date de sortie de l'unité médicale • mode de sortie de l'unité médicale	• provenance/destination (si les modes d'entrée/sortie le nécessitent) • code postal du lieu de résidence du patient • nombre de séances (s'il y a lieu) Informations "médicales" • diagnostic principal • diagnostic relié • diagnostic(s) associé(s) significatif(s) • acte(s) • nombre de réalisations de chacun des acte(s) - IGS II - Poids à l'entrée dans l'unité médicale (nouveau-nés) - ... • variables de l'instruction gradation
--	---

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

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

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

L'équipe de contrôle effectue la vérification du groupage, de la CIM, de la CCAM ou des règles de codage, par l'établissement de santé, des résumés codés.

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

D. LE ROLE DU MEDECIN RESPONSABLE DU CONTROLE

Avant l'analyse de chaque champ, le MCRC donne si besoin les **consignes de codage** selon le ciblage ou le type d'anomalie recherchée.

Pour éviter toute erreur d'interprétation au moment de la validation des séjours ou de la saisie dans OGC, il est fortement préconisé de **standardiser la manière de remplir les fiches médicales de recueil**, a minima pour le contrôle dans un même établissement de santé.

Pour chacun des champs contrôlés, il s'assure de **l'harmonisation des avis** au sein de son équipe avant **saisie dans OGC et concertation**.

En cas de besoin, le MCRC doit contacter le service contentieux régional pour **avis**. Exemple : refus massif dans un champ de contrôle, codages CCAM par assimilation, difficultés ponctuelles...

Le MCRC ou une personne en charge du contrôle peut également consulter les médecins responsables, au sein de l'établissement contrôlé, des activités, prestations ou séjours contrôlés notamment pour préciser la nature de la prise en charge du patient, des prestations ou des actes réalisés.

Lors du contrôle, le recodage des séjours, activités ou prestations **prend en compte les éventuelles sur ou sous facturations** de l'établissement de santé.

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

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

E. LE ROLE DES PRATICIENS-CONSEILS, TIM ET ISM SELON L'ORGANISATION

Quelles que soient les modalités de contrôle sur site, l'équipe de contrôle doit :

- Vérifier que les informations codées par l'établissement de santé sont conformes aux éléments du dossier patient, en s'appuyant sur **la législation, la réglementation dont les guides méthodologiques de production de l'ATIH, les fascicules de l'ATIH, la CIM10 et la CCAM descriptive**, de la période contrôlée.

*Tout oubli ou erreur administrative et/ou de codage **en défaveur de l'établissement de santé, manifeste lors de la phase d'analyse des pièces du dossier patient, doit être pris en compte.***

- Tracer, pour chaque séjour, le **codage avant/après sur la fiche médicale de recueil**,
- Renseigner, en cas de recodage avec changement de valorisation, un ou des argumentaire(s) médical (aux) permettant l'exposé du pourquoi du recodage, sur la **fiche médicale de concertation** (cf Chapitre concertation).
- Inscrire le(s) n° des argumentaire(s) réglementaire(s) sur la fiche médicale de recueil,
- Selon l'organisation choisie, tracer :
 - Les pièces manquantes et indispensables pour le codage du séjour,
 - La date de la 1ère demande au DIM.

Les assistant(e)s technique(s) peuvent également assurer :

- La saisie OGC,
- Le suivi des pièces réclamées et des sorties / entrées des dossiers des patients, en cas d'hospitalisation de ces derniers,
- La préparation des fiches argumentaires et l'édition des fiches de concertation.

Ce sont eux qui assurent la scannérisation (ou le cas échéant la scannérisation après photocopie) des pièces médicales et établissent, pour chaque séjour, la liste des pièces photocopiées.

F. PSEUDONYMISATION DES DONNEES NOMINATIVES

Les pièces médicales numérisées sont conservées sur le serveur de données sécurisé SDS de l'Assurance maladie, habilitée à conserver des données nominatives. Seules les personnes participant au contrôle d'un établissement de santé donné pour une campagne de contrôle donnée, auront l'habilitation à les consulter.

L'Assurance maladie est astreinte au respect absolu du secret médical dans ses rapports avec les différents organismes, CPAM ou ARS.

Dans le contrôle T2A, le seul mis en cause étant l'établissement de santé, et non les professionnels de santé ou les aidants, il sera donc nécessaire **de pseudonymiser les informations relatives à tout tiers au contrôle** :

- En cas de dossiers en « désaccord » transmis à l'UCR
- Et en cas de contentieux indus ou sanctions
- Ou de saisine d'un expert, dont l'ATIH.

Il faudra alors sur la copie des pièces conservées qui sera transmise, masquer toutes les **données nominatives** du patient (Nom, prénom, NIR, numéro administratif de séjour).

L'âge, étant une variable de facturation, seuls le jour +/- le mois de naissance doit être masqué.

Hors UCR, dans le cadre des contentieux au tribunal administratif (TA), le service contentieux régional peut transmettre à l'ARS les fiches argumentaires administratives et médicales produites lors du contrôle sur site, de même que les pièces probantes du dossier du patient, si celles-ci sont **totalelement pseudonymisées**.

Enfin lors d'une **expertise ordonnée par le pôle social du Tribunal judiciaire (TJ)** dans le cadre du contentieux des indus T2A il convient de toujours pseudonymiser entièrement les documents médicaux transmis à l'expert par le service contentieux régional, qui doit s'assurer de cette pseudonymisation avant tout envoi.

G. SAISIE OGC

Toute l'équipe de contrôle peut être **formée à l'utilisation du logiciel OGC**.

Selon l'organisation définie par le MCRC, **la saisie centralisée d'OGC lors d'un contrôle peut être faite par tout membre de l'équipe de contrôle**.

Cette saisie est effectuée, à partir des fiches médicales de recueil sur lesquelles devront être rajouté(s) le ou les numéros des argumentaires, **après harmonisation** par le MCRC.

Préalablement à la concertation, le médecin chargé de l'organisation du contrôle se sera assuré, en lien avec les autres contrôleurs, de la cohérence des avis rendus pour chacun des champs contrôlés, de la validité des référentiels choisis et des argumentaires retenus pour chacun des séjours.

Selon l'organisation, la saisie peut se faire au fil de l'eau ou par champ de contrôle.

Seul ce qui est explicitement codé par l'équipe de contrôle doit être saisi dans OGC, l'équipe de contrôle ne peut coder que ce qu'elle a effectivement contrôlé.

Lors de la concertation, le codage initial et le recodage de l'équipe sont remis au MDIM.

La **fiche médicale de recueil est transmise au MDIM** pour la concertation.

La facturation en actes externes au titre de la NGAP et/ou de la CCAM et/ou des forfaits relevant de cette prise en charge est saisie dans OGC selon les indications de la fiche de recueil (évaluée par l'équipe de contrôle ou transmise par l'établissement de santé).

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

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

Le MCRC ne doit pas hésiter à **demandeur à rencontrer les médecins cliniciens** (selon disponibilités) pour éclairer les débats **en amont de la concertation**, afin d'éviter de mettre par erreur en anomalie des codages de séjour qui seraient justifiés au vu des éléments apportés par les cliniciens.

Il est également conseillé d'informer régulièrement le MDIM sur la nature des constats pendant la phase de recueil, permettant ainsi une meilleure appropriation des désaccords avant la remise des fiches au MDIM.

V. LA CONCERTATION

A. OBJET

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

C'est une phase contradictoire, réglementaire et obligatoire, elle engage les deux parties.

Elle fait suite à la phase d'analyse, permet au MCRC d'**exposer** et d'explicitier au MDIM **les avis portés** sur les facturations et les codages, **les divergences retenues** et de formaliser l'argumentaire de chacun. Chaque partie peut ainsi **développer ses arguments pour défendre sa position**.

Cependant la phase de concertation n'est **pas une nouvelle phase d'analyse** des séjours.

Elle ne doit pas conduire à une demande de recodage des séjours, de façon systématique, selon des pièces nouvelles ou des éléments du dossier non utilisés pour le codage initial par l'établissement, ou des pièces nouvelles apportées lors de cette concertation. (voir G de ce chapitre)

Elle **n'aboutit pas forcément à un consensus** sur le codage des séjours. Des désaccords de codage peuvent persister et l'établissement de santé aura la possibilité de les motiver **dans d'éventuelles observations écrites suite à l'envoi du rapport de contrôle**.

B. PRINCIPES GENERAUX

La concertation doit suivre un certain nombre de principes directeurs. C'est aussi la phase où la délocalisation est la plus délicate.

1- Modalités : Consensus et « égalité » des parties en présence

L'organisation des concertations s'inscrit dans la logique d'un consensus entre les parties en présence et **découle de l'accord entre l'établissement et le MCRC**.

2- Débat sur des éléments fournis avant la concertation en temps utiles

La concertation est un lieu de discussions et de présentation d'arguments de chaque partie en vue du codage de dossiers. Bien que cette procédure ne nécessite pas le respect des dispositions du code de procédure civile, il semble que l'esprit de l'article 15 du Code de procédure civile soit de nature à faciliter les échanges et l'équité.

Selon cet article : *“Les parties doivent se faire connaître mutuellement en temps utile les moyens de fait sur lesquels elles fondent leurs prétentions, les éléments de preuve qu'elles produisent et les moyens de droit qu'elles invoquent, afin que chacune soit à même d'organiser sa défense.”*

- Ainsi l'Assurance maladie produira les fiches de concertation, quelle que soit la préparation par l'établissement, en amont de la concertation, dans un objectif de transparence et pour préserver le principe du contradictoire.
- De façon réciproque et dans le même but, il est attendu que le MDIM transmette "en temps utile" avant la concertation, pour analyse du MCRC, tout dossier qu'il souhaite voir concerter, y compris si celui-ci n'est pas initialement prévu pour la concertation, ou tout éléments de preuve ou de dossier nouveau qu'il désire voir pris en compte lors de la concertation.

Le délai laissé à chacune des parties pour prendre connaissance des éléments de réflexion menant la partie adverse à la position arrêtée doit être laissé à leur appréciation et prendre en compte le volume des informations et leur diversité ou complexité d'analyse. Il est difficile de normer le temps nécessaire pour analyse après envoi des fiches de concertation.

3- Souplesse et bon sens

Une organisation décidée en amont n'est qu'un cadre de travail prévisionnel, peut s'avérer contre-productive et doit pouvoir être corrigée au fil de l'eau.

Les deux parties doivent œuvrer pour le bon déroulement et peuvent décider de modifier une organisation initialement prévue.

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

Par élément apporté il faut entendre **toute nouvelle pièce ou toute nouvelle information non connue** des praticien-conseils au moment de l'analyse et du recodage du séjour. Toutefois les apports doivent rester ponctuels dans le respect du 2°.

4- Respect de l'équilibre des forces en présence

Le respect de l'équilibre des forces en présence avec un nombre de personnes représentant l'établissement et l'Assurance maladie, et assistant à la concertation, soit équilibré d'un côté et de l'autre.

C. LES ACTEURS

Cette concertation réunit d'une part :

- (1) **Le médecin responsable du DIM**, accompagné éventuellement d'un autre médecin du DIM ayant participé au codage des dossiers et du ou des médecins cliniciens responsables des séjours contrôlés ; un technicien de l'information médicale peut également y assister sous la responsabilité du DIM. Et d'autre part,
- (2) **Le médecin chargé de l'organisation du contrôle**, assisté d'un ou de deux médecin(s) contrôleur(s), de TIM ou ISM et d'un agent administratif de l'équipe, sous la responsabilité du MCRC.

Pour qu'un DIM participe à la concertation, il aura dû être désigné par le directeur d'un établissement public de santé ou l'organe délibérant d'un établissement de santé privé et impliqué directement dans le codage et/ou la production des informations PMSI contrôlées.

Ne sont ni habilités ni autorisés à participer, les **représentants de l'établissement de santé hors du DIM non médecins** et les **médecins hors du DIM exerçant des fonctions administratives au sein de l'établissement de santé** et n'ayant pas participé à la prise en charge du patient.

Rappel ; Afin de respecter l'équilibre des forces en présence, il est préconisé que le nombre de personnes représentant l'établissement et l'Assurance maladie, et assistant à la concertation, soit équilibré d'un côté et de l'autre.

D. MATERIALISATION DE L'AVIS DES PRATICIENS-CONSEILS

L'étape d'analyse aboutit au codage du séjour. Ces éléments sont saisis en parallèle sur les fiches médicales de recueil et de concertation ainsi que dans l'outil OGC.

Le praticien-conseil doit constituer :

- **Pour tous les dossiers : Une fiche médicale de recueil de codage par séjour et par RUM**, où en parallèle du codage de l'établissement de santé il reporte un codage conforme à celui de l'établissement de santé ou un recodage (cf. modèle en *annexe 3*).
- **En cas de recodage seulement** : un « **dossier argumentaire** » est constitué pour chaque séjour ; il comporte deux types de fiches remplies par les PC :
 - a. **Une fiche médicale de concertation** par séjour permettant l'exposé de l'argumentation du PC (cf. modèle en *annexe 3*).
 - b. **Une fiche administrative de concertation ou fiche argumentaire contradictoire** en deux parties.

Ainsi pour tous les séjours dont le montant de la facture devra être recalculé (sur ou sous facturation), le médecin contrôleur réalise un « **dossier argumentaire** » constitué des fiches de concertation (la fiche médicale de concertation et les deux parties de la fiche administrative de concertation).

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

Il doit contenir **les éléments de preuve nécessaires et suffisants** au traitement du dossier **après la fin du contrôle** sur site :

- coordination des contrôles par l'UCR
- saisines de l'ATIH
- actions contentieuses

Les éléments probants doivent être cohérents avec l'avis porté.

Les fiches argumentaires contradictoires le constituant sont des éléments apportant également la **preuve de la réalité de la concertation**.

Note : le MCRC **conserve sur un serveur sécurisé, la copie numérisée des éléments du dossier médical qui lui paraissent pertinents pour justifier son codage**.

E. LES ELEMENTS DU DOSSIER ARGUMENTAIRE

La fiche médicale de concertation avec la synthèse des arguments médicaux et/ou administratifs du recodage.

Sur un même document et en regard :

- (1) Une partie de la **fiche médicale de concertation** est réservée au PC qui expose une synthèse des arguments médicaux et/ou administratifs qui ont motivé son recodage.
- (2) Une seconde partie est réservée au MDIM qui peut, s'il le juge nécessaire, **rédigier en regard ses arguments médicaux et/ou administratifs justifiant sa position.**

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

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

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

La fiche administrative de concertation dématérialisée ou fiche argumentaire contradictoire en deux parties

La partie administrative est constituée de deux pages dématérialisées.

- La première page explicite, au visa des considérations réglementaires et administratives, en quoi la facturation de l'établissement de santé n'est pas conforme.
- La deuxième page de la fiche administrative de concertation précise :
 - Le GHS initial de l'établissement de santé, le GHS avant concertation et le **GHS final après concertation**
 - La **décision finale** après concertation, maintien de l'avis initial du praticien-conseil ou retour au codage initial du MDIM ou autre codage
 - Avis final du MDIM (accord ou désaccord)

Cette fiche comporte la signature du médecin responsable du contrôle, du ou des médecins contrôleurs ayant fait la concertation et celle du médecin du DIM.

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

F. SITUATIONS DE CONCERTATION

(1) Soit le séjour ne fait pas l'objet d'un changement de valorisation :

- Parce que le codage retenu par le MCRC est **identique** à celui de l'établissement de santé

Après accord du DIM ces séjours seront concertés en bloc : OGC permet l'édition d'une « **fiche de synthèse** » reprenant l'ensemble de ces séjours et qui transpose *ad integrum* le codage initial de l'établissement de santé dans la partie codage Assurance maladie.

Cette **fiche de synthèse, par champ de contrôle**, regroupant tous les numéros OGC des séjours sans re-calcul sera transmise au MDIM.

En fin de concertation, la fiche de synthèse des séjours sans changement de valorisation, restant en accord avec le DIM, est alors réimprimée via OGC en ne sélectionnant que les numéros OGC correspondants. Cette nouvelle fiche de synthèse est signée conjointement par les deux parties, puis numérisée.

- Mais le **codage retenu par l'établissement de santé est différent du codage retenu par le MCRC** : le MDIM peut demander à concerter individuellement ce séjour.

Ce point devra être acté dans le PV de concertation. Dans ce cas, les fiches médicales de recueil et les fiches de concertation peuvent être éditées. Ces séjours seront alors concertés comme les séjours avec changement de valorisation.

Le MCRC doit avertir le DIM de ces possibilités en début de concertation.

- (2) **Soit le séjour fait l'objet d'un changement de valorisation suite à un désaccord entre les deux médecins sur son codage.**

Ce séjour sera systématiquement concerté et donnera lieu à la production d'un dossier argumentaire par le MCRC.

Au cours de la concertation, en fonction des éléments apportés par le MDIM et ou les médecins cliniciens, le médecin contrôleur peut être conduit à modifier son avis initial et à accepter le codage de l'établissement de santé ou proposer un autre codage.

A défaut d'accord, persistant sur le codage, entre le MDIM et le MCRC, les divergences observées sont confirmées et les étapes suivantes s'appliquent :

- (1) Pour **chaque dossier** examiné lors de la concertation, un « **dossier argumentaire contradictoire** » doit être complété : il comprend une partie destinée à recueillir les argumentaires des médecins contrôleurs, et une partie destinée à recueillir les argumentaires du MDIM et ou du praticien responsable du patient.
- (2) En cas de désaccord persistant après la concertation, la case ad hoc est cochée dans le logiciel OGC de contrôle et signalée sur la fiche argumentaire du dossier argumentaire.

(3) les fiches argumentaires contradictoires **signées par le contrôleur et le MDIM**, et le médecin clinicien s'il y a lieu, sont mises à disposition des deux parties à l'issue de la concertation, dans le respect du secret médical. Le MDIM est invité à en garder une copie.

G. DOCUMENTS TRANSMIS AU MDIM AVANT LA CONCERTATION

Afin de répondre à la demande des établissements de santé, et dans le respect des principes du contradictoire, l'envoi préalable des **fiches médicales de concertation** est rendu indépendant du fait de préparer ou non les dossiers en amont.

Le MCRC remettra au médecin du DIM avant concertation :

- Le tableau comportant la liste des séjours avec modification de valorisation
- La fiche médicale de recueil rappelant le codage initial de l'établissement et précisant le recodage des praticiens conseils, par séjour et par RUM.
- La fiche médicale de concertation par séjour motivant s'il y a lieu le recodage des PC
- Ainsi que la fiche administrative de concertation avec argumentaire juridique, et la fiche regroupant tous les séjours sans recalcul sur 1 seule page, par champ de contrôle

Après saisie du codage de l'équipe de contrôle, la **finalisation partielle** (tous les séjours n'ont pas été groupés) **ou totale** (tous les séjours ont été groupés) dans OGC permet la génération des fichiers nécessaires à la concertation.

Le DIM retourne les fiches médicales de concertation **en temps utiles avant la concertation**, avec son argumentaire et le cas échéant les éléments de preuve sur lesquels il s'appuie (il peut verser au dossier des éléments nouveaux dans la mesure où le MCRC en dispose **suffisamment longtemps avant le contradictoire**).

H. MODALITES DE CONCERTATION

Les modalités de la concertation peuvent être choisies parmi :

- Concertation sur un ensemble de champs ou à la fin du contrôle : la phase de concertation a lieu au terme du contrôle de l'ensemble des séjours, ou après contrôle d'un champ donné selon la convenance des deux parties et le nombre total de dossiers contrôlés
- Champ par champ

Il est proposé qu'une fois le 1er champ de contrôle terminé, après harmonisation des avis, les **fiches médicales de recueil et** (éventuellement en cas de recodage) **les fiches de concertation** soient remises au MDIM. Le MDIM dispose alors **du temps nécessaire** pour préparer la concertation de ce premier champ. Durant ce laps de temps les praticiens-conseils poursuivent leur analyse des séjours du 2ème champ de contrôle.

A l'issue du temps préalablement défini, le MCRC et le MDIM engagent la phase de concertation du 1er champ, et ainsi de suite pour les champs de contrôle suivants.

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

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

Les fiches médicales de concertation sont transmises au MDIM en amont de celle-ci pour préserver le principe du contradictoire.

Le MDIM devra renvoyer son avis ainsi que les désaccords motivés au MCRC avant la concertation.

Le temps laissé au MDIM et au MCRC pour l'analyse des fiches et des réponses du MDIM est laissée à l'appréciation des parties mais doit prendre en compte le volume des informations et leur diversité à complexité d'analyse ; afin de permettre à chacun de se positionner (maintien de son avis initial, accord suite aux compléments apportés par le MDIM ou MCRC, ou bien autre codage).

Il est laissé à l'appréciation du MCRC d'établir ou non un **procès-verbal après chaque phase de concertation**, dont le contenu doit être succinct :

- la date de concertation,
- l'heure de début et l'heure de fin,
- les noms et qualités des personnes présentes,
- le nombre de séjours concertés,
- la signature du MCRC,
- la signature, si possible, du DIM.

Ce PV n'a pas de valeur réglementaire mais peut être utile en cas de difficulté ou de contentieux. Une copie sera remise au médecin DIM, même en l'absence de sa signature.

Si nécessaire, le MCRC peut ajouter des faits **objectifs** qui impactent la phase contradictoire.

Après les phases de concertation pour un champ donné, les assistant(e)s techniques vérifient que **toutes les fiches de tous les séjours sont correctement remplies, datées et signées, puis les numérisent**, champ par champ, ou n° OGC par n° OGC, sous format PDF. Le nom du (des) fichier(s) permet de préciser qu'il s'agit de **fichier(s) constitué(s) après concertation**, puis enregistré(s) dans le répertoire informatique selon le classement pré établi au moment de la phase d'analyse.

Remarques

Après la concertation les avis donnés ne doivent plus être modifiés (notion d'unité de temps de la concertation)

Après remise au DIM, aucune modification ne doit être portée sur les fiches médicale et administrative de concertation signées.

*Les **éléments manquants** et ayant une influence sur la facturation sont productibles par l'établissement et recevables **jusqu'à la fin de la concertation** mais doivent constituer une exception au principe selon lequel de éléments fournis avant la concertation en temps utiles*

I. QUELS DOCUMENTS SIGNER ?

Seules sont signées **par le MCRC et le MDIM** :

- La fiche **médicale de concertation**,
- La **2^{ème}** page de la fiche de concertation administrative.

J. LA CONCERTATION A DISTANCE

Les deux étapes de la concertation, échanges contradictoires et signatures, peuvent être théoriquement partiellement ou totalement dématérialisées et délocalisées. Par principe et comme exposé précédemment, le choix de l'organisation résulte d'un **consensus entre les parties** mais doit aussi prendre en compte les contraintes et risques inhérents au distanciel pour chaque phase.

- Phase analyse des documents

Le risque d'une analyse totalement dématérialisée est la production en une fois de tous les dossiers pour la concertation pour signature.

Certains dossiers plus complexes peuvent nécessiter des échanges avec le DIM voire avec les cliniciens au fil de l'eau ce qui peut être plus complexe à organiser en distanciel.

Une alternance de phase en présentiel et distanciel est aussi possible.

- Concertation sur les dossiers

Lors d'une concertation en présentiel, la signature des deux parties intervient dans le même temps après discussion, à partir d'éléments produits **avant la séance**.

De façon ponctuelle et exceptionnelle la Cnam admet que des éléments de preuve puissent être produits en séance ; sans obligation de conclure pendant la séance pour la partie mise devant une nouvelle pièce à conviction.

Lors d'une concertation en distanciel :

- Pour des raisons de sécurité informatique, les échanges seront faits par un outil sécurisé de type VMS (vidéo Med sécurisé conforme aux règles de sécurité fixées par le RGPD et permettant le partage à l'écran de documents).
- D'autre part en distanciel il faut que les pièces sur lesquelles se basent les avis **soient connues assez en amont** de la concertation des deux parties et que de nouvelles pièces ne soient pas

apportées de façon anarchique ou systématique, au risque de déstabiliser la partie adverse (point B2°).

- La signature

La signature des fiches de concertation doit intervenir pour les deux parties dans la même unité de temps, c'est-à-dire que la discussion doit aboutir à un avis qui est retenu et formalisé, accord ou désaccord. De ce fait le plus efficace est de prévoir la signature pour un champ ou une série de dossiers concertés de façon simultanée après sa discussion.

Le schéma peut être la signature par une des deux parties, envoi à l'autre partie par Bluefiles des documents signés puis signature de l'autre partie et enfin renvoi par Bluefiles.

La signature se fera par signature qualifiée, ou par signature **PDF avec une convention entre parties stipulant qu'elles s'accordent sur la signature PDF et s'engagent à ne pas contester l'authenticité de la signature de la partie adverse.**

VI. FINALISATION DU CONTROLE

A. FINALISATION DU RAPPORT OGC

Une fois toutes les phases de concertation terminées, il faut vérifier une dernière fois la saisie et le regroupage dans OGC. Il est alors possible de procéder à la **phase de finalisation** totale.

Cette finalisation ne peut se faire **qu'après import de la fiche de liaison**.

Dans un souci du **respect du secret médical**, le n° RSS et le GHM ne doivent pas figurer dans la fiche de liaison pour la finalisation.

Pièces à conserver après concertation par le service contentieux régional

Après la fin du contrôle, les fiches et pièces **nécessaires et suffisantes** à conserver pour le traitement par l'UCR, en cas d'observations de l'établissement de santé, de saisine ATIH ou d'action contentieuse, sont :

- Toutes les pièces numérisées du dossier patient,
- Toutes les fiches de concertation, **numérisées**,
- Tous les écrits de travail, classés par n° OGC, sous format numérisé.

Doivent également être conservés :

- La fiche de liaison remplie,
- Tous les fichiers issus de la finalisation OGC, ainsi que la dernière sauvegarde,
- Le(s) PV de concertation+/- le(s) PV d'incident(s),
- Le double des échanges mails avec l'établissement,
- Tous les courriers et AR, dont ceux entre l'ARS et de l'établissement.

Tous ces éléments sont archivés par le service contentieux régional **jusqu'à extinction de tout contentieux**, puis détruits.

Pièces à transmettre au MDIM

Le MCRC remet au MDIM, le dernier jour du contrôle sur site, ou au plus tard le jour de la restitution avec la Direction :

- La dernière sauvegarde d'OGC, si le MDIM la demande

- La liste des pièces de chacun des dossiers patient numérisées¹⁹,
- Toutes les fiches de concertation, numérisées
- Les fiches de synthèse pour les séjours sans re-calcul, numérisées.

B. REUNION DE RESTITUTION AVEC LA DIRECTION

Réunion de restitution

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

La date est fixée conjointement dès que possible, durant les premiers jours du contrôle.

Peuvent être présents à cette réunion qui se déroule au sein de l'établissement de santé :

- Le MCRC et **au minimum un autre praticien-conseil**,
- Le Directeur +/- son cabinet,
- Le MDIM +/- son équipe,
- +/- le Président de la CME ou de la conférence médicale d'établissement le cas échéant,
- +/- les cliniciens.

Elle permet de restituer à l'établissement de santé

- Les conditions de déroulement du contrôle
- Un premier rendu des résultats,
- Les modalités d'envoi du rapport de contrôle, des résultats finaux et des observations en réponse de l'établissement de santé
- Argumentation contradictoire possible avec signature du représentant légal, le directeur
- Aucune donnée médicale nominative

Avant de quitter l'établissement de santé

Le rôle des assistant(e)s techniques

Si les dossiers médicaux présentés par l'établissement de santé étaient sous format papier, il convient de vérifier avec le DIM que l'on a rendu tous les dossiers papiers.

Il faut également vérifier

- Que toutes les fiches de concertations sont signées par les parties et datées
- Que tous les PV de concertations ont été faits, si ce choix a été réalisé par le MCRC

Le MCRC

Il fait signer au MDIM la liste des pièces remises.

¹⁹ Cette liste peut avoir été insérée sur chacune des fiches médicales de concertation avec coche des pièces récupérées pour chaque séjour

I. GENERALITES

Le rapport de contrôle est constitué :

- Des **fichiers élaborés par OGC** par compilation de l'ensemble des informations saisies. Ce sont des fichiers Excel avec différents onglets issus de la finalisation dans OGC après saisie du recodage à l'issue de la phase contradictoire qui constitue le rapport de contrôle en lui-même.
- D'une synthèse intitulé « conclusions », rédigée sous Word et formalisée par le médecin responsable du contrôle, reprenant les éléments marquants du contrôle sur site.
- Elle est paginée à la suite de l'édition papier du rapport de contrôle.xls, mentionné ci-dessus, et signée et datée de façon manuscrite par le MCRC

Ces deux éléments forment **un seul document**. Il est enrichi le cas échéant des observations écrites de l'établissement de santé.

II. LA STRUCTURE DU RAPPORT DE CONTROLE

A. 1^{ERE} PARTIE : LE RAPPORT DE CONTROLE ISSU DE LA FINALISATION DANS OGC

Après les dernières corrections dans OGC dans les suites de la dernière phase contradictoire, le MCRC procède à la **finalisation OGC de la session de contrôle**.

De façon automatisée le logiciel élabore dans OGC des **fiches récapitulatives** qui **par compilation** constituent la première partie du rapport de contrôle sous format Excel

L'ensemble des deux parties constitue le rapport de contrôle qui est signé de façon manuscrite par le MCRC.

La première partie du rapport constituée des fiches récapitulatives élaborées par OGC sous format Excel

Le **premier onglet, intitulé « 1 »**, constitue une synthèse globale du nombre de séjours contrôlés et des divergences observées pour la totalité des champs contrôlés.



La synthèse pour chaque champ de contrôle

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

l'onglet « A N-2 » est une synthèse du nombre de séjours contrôlés et des divergences observées sur le modèle de l'onglet « 1 » mais uniquement pour le champ N considéré.

l'onglet « A N-3 » reprend la **facturation et des éléments de codage avant et après contrôle** pour **tous les séjours** du champ N. Une ligne et une seule est produite par séjour.

l'onglet « A N-4 » groupe les N° OGC des séjours pour lesquels il existe une divergence de codage **avec impact sur la valorisation** par argumentaire réglementaire et administratif.

l'onglet « A N-5 » liste les N° OGC et les GHS des séjours pour lesquels il existe une divergence de codage **sans impact sur la valorisation**

A 1 - 2	A 1 - 3	A 1 - 4	A 1 - 5
---------	---------	---------	---------

2^{ème} partie : la synthèse/conclusions rédigée sous Word par le médecin responsable du contrôle

Cette synthèse **sous format Word** doit s'articuler autour d'un plan reproductible afin d'éviter certains écueils:

INTRODUCTION

Reprendre la date de la lettre du DG ARS, les dates du contrôle sur site, les noms des personnes de l'équipe de contrôle et leur qualité.

TEXTES REGLEMENTAIRES REFERENCES POUR LE CONTROLE

DEROULEMENT DU CONTROLE

Séjours contrôlés

Nombre de séjours

Si un tirage au sort a eu lieu, préciser pour quel champ de contrôle.

Préciser le caractère potentiellement sanctionnable s'il y a lieu, pour chacun des champs de contrôle.

Le contrôle

Preuve du respect du contradictoire : préciser les dates de concertation et les noms des personnes présentes (cliniciens, ...), éventuellement leurs durées.

RESULTATS

Les résultats sont présentés champ par champ.

Préciser si le contrôle a été exhaustif, si des dossiers étaient manquants.

Des commentaires sont particulièrement utiles si des séries de séjours sont concernées par une même problématique, par exemple la suppression d'un DAS entraînant un changement de GHM, ou des séjours mis en « *RSS non justifié* » relevant d'une facturation en actes externes +/- avec forfait (en raison de l'absence de traçabilité de l'anesthésie générale, par exemple).

Les commentaires **ne doivent pas comporter d'informations médicales nominatives**.

Toute référence ou explication médicale ne peut « concerner » qu'un N° OGC.

Les résultats doivent présenter le nombre de séjours en recalcul qu'ils soient ou non en faveur de l'Assurance Maladie.

Il n'est pas nécessaire de reprendre sous forme de tableaux les résultats du contrôle tels qu'ils apparaissent déjà sous Excel dans les onglets du rapport issus de la finalisation OGC.

CONCLUSIONS

Mettre le pourcentage de recalcul (anomalies) par champ de contrôle.

DATE et SIGNATURE manuscrites du MCRC avec son nom et prénom

OBSERVATIONS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Un encadré avec un emplacement dédié est prévu pour la signature par le directeur et le MDIM de l'établissement de santé, même si en pratique les deux parties rédigent le plus souvent leurs observations dans un document qui leur est propre.

L'établissement de santé n'est pas dans l'obligation d'adresser des observations en réponse. S'il décide d'adresser des observations, l'établissement de santé dispose d'un délai de trente jours ouvrables²⁰ pour les faire connaître à compter de la réception du rapport. Les observations de l'établissement peuvent être datées et signées du Directeur et éventuellement du MDIM

²⁰ Conformément au principe énoncé à l'article 642 du Code de procédure civile

III. LE CIRCUIT DU RAPPORT DE CONTROLE

A. TRANSMISSION A L'ETABLISSEMENT DE SANTE

Conformément à l'article R162-35-2 du CSS, la notification du rapport de contrôle peut être réalisée sous forme dématérialisée, à la condition que le mode d'envoi permette de déterminer par tout moyen sa date de réception.

Cet envoi se fera de préférence dans le délai d'un mois après la dernière réunion de concertation, bien qu'aucun délai ne s'impose à l'Assurance maladie selon l'article R. 162-35-2 du CSS.

Cette transmission se fait dans le respect de la confidentialité des données médicales nominatives, ni le n° de RSS ni le n° de GHM ne doivent être transmis.

Cet envoi comprend : (*via BlueFiles*)

- La copie au format PDF de la lettre d'envoi à l'établissement de santé, datée et signée
- La copie au format PDF, du rapport de contrôle + synthèse/conclusions, daté et signé, adressé en R/AR à l'établissement de santé
- Le rapport de contrôle au format Excel

*Rappeler à l'établissement de santé qu'**aucune information médicale nominative** ne doit apparaître dans ses éventuelles observations qui seront transmises aux caisses **pivots ou centralisatrices des paiements** pour notifications d'indus et à **L'ARS**, ou aux caisses lors de **contentieux**.*

Le MCRC conserve un exemplaire du rapport.

A réception, l'établissement de santé dispose d'un délai de **30 jours ouvrables pour produire des observations écrites** et/ou retourner le rapport signé.

Ce délai est entendu, selon le principe énoncé à l'article 642 du Code de procédure civile, comme « délai expirant le dernier jour à vingt-quatre heures ». Ainsi le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Les textes réglementaires **n'imposent pas à l'établissement ni de produire des observations ni de signer** le rapport de contrôle, ni même de le retourner.

Le MCRC assure dans la mesure du possible un retour d'information vers l'équipe de contrôle.

B. TRANSMISSION A L'UCR

A réception des observations de l'établissement de santé ou à l'expiration du délai de 30 jours à date de réception, le MCRC ou un membre désigné du service contentieux régional transmet à l'UCR tous documents en rapport avec le contrôle, quel que soit leur format, **papier et/ou dématérialisé** (mis sur un serveur sécurisé à disposition de l'UCR) :

- La fiche de liaison administrative,
- Le rapport de contrôle daté manuscritement et signé par le MCRC et l'accusé de réception par l'établissement de santé,
- Le cas échéant les observations de l'établissement de santé,
- Les fiches médicales de recueil,
- Les fiches médicales de concertation datées et signées,
- Les fiches administratives de concertation datées et signées,
- Les pièces des dossiers patients pseudonymisées qui ont été ~~photocopiées ou~~ numérisées, pour les dossiers en désaccord.

Les PV de concertation, les PV d'obstruction le cas échéant

Ils seront complétés par l'envoi à l'UCR :

- Des fichiers Excel issus de la finalisation d'OGC
- D'une sauvegarde d'OGC
- Du tableau des vacances
- Les séjours concernés par les actes en B et leur codage, le cas échéant
- Et des éventuels courriers échangés avec l'établissement de santé +/- les AR

Les envois « papier » sont faits sous pli confidentiel et les envois dématérialisés par BlueFiles.

IV. TRAITEMENT DU RAPPORT DE CONTROLE PAR L'UCR

A. A RECEPTION DU RAPPORT DE CONTROLE

A réception du rapport, l'équipe médicale de l'UCR s'assure qu'il est complet, cohérent et comporte la **date et la signature du MCRC**²¹.

L'UCR prend connaissance des éventuelles **observations de l'établissement de santé**.

S'il n'y en a pas, ou à l'issue du délai de 30 jours à date de réception du rapport de contrôle par l'établissement de santé, l'UCR analyse les divergences de codage entre les praticiens-conseils et l'établissement de santé pour **tous les séjours en désaccord, qu'il y ait ou non changement de valorisation**.

Le secrétariat de l'UCR prépare les documents utiles pour chaque séjour contrôlé qui reste en « désaccord » pour les membres de l'UCR qui les étudieront :

- l'histoire de l'hospitalisation (pièces médicales pseudonymisées²²)
- le codage établissement / contrôleur
- les informations de la fiche de concertation médicale et le/les argumentaires juridiques,
- le rapport de contrôle,
- les observations de l'établissement de santé

S'il est membre de l'UCR, le MCRC **ne participe pas aux délibérations** concernant l'établissement de santé qu'il a contrôlé.

L'équipe médicale de l'UCR analyse les **codages secondaires** soumis par le MDIM **après le contradictoire**, et rédige une **note argumentaire** en réponse aux observations de l'établissement de santé.

Toute nouvelle pièce du dossier patient, produite par l'établissement de santé avec ses observations dans les 30 jours ouvrables après réception du rapport de contrôle, doit être analysée par l'UCR.

Comme pour les saisines ATIH, les observations de l'établissement de santé ne peuvent être prises en compte que dans la mesure où elles **sont étayées par le contenu des pièces du dossier médical fournies**.

Le cas échéant, si les observations sont justifiées, l'UCR peut revenir sur le recodage de l'équipe de contrôle.

²¹ Pas de signature « PO » pour ordre. Vérifier que le rapport est daté (de façon **manuscrite**) par le MCRC.

²² Les pièces médicales communiquées à l'UCR pour le traitement des séjours mis en « désaccord » par le médecin du DIM ou par l'établissement de santé contrôlé devront être pseudonymisées avant transmission au secrétariat de l'UCR pour que les membres en charge des réponses puissent les consulter.

Suite à l'analyse de ces désaccords, des arguments de l'établissement de santé et de l'équipe de contrôle, dont les documents de travail, et les pièces disponibles des dossiers des patients, l'UCR peut prendre 3 types de décisions :

- L'UCR considère que la position de l'équipe de contrôle est fondée, dans ce cas, elle maintient l'avis de l'équipe.
- L'UCR considère que la position de l'établissement de santé, en contradiction avec celle de l'équipe de contrôle, est fondée, elle maintient l'avis de l'établissement de santé. La décision de l'UCR est prépondérante sur celle des praticiens-conseils.
- Par exception, un troisième codage peut être décidé par l'UCR dans le seul cas où les 2 codages proposés respectivement par l'établissement de santé et l'équipe de contrôle **seraient contraires à la réglementation**. Dans ce cas, **le codage final proposé par l'UCR ne pourra se faire qu'en faveur de l'établissement de santé** (le tarif issu du codage UCR ne peut être inférieur à celui de l'équipe de contrôle).

En cas de saisine ATIH, bien que l'avis ne soit pas opposable, l'AM ayant fait le choix de reconnaître le rôle d'expert de l'ATIH, **c'est le codage ATIH qui sera retenu**.

Lors de l'analyse, l'UCR peut consulter tout expert, ATIH ou hors ATIH, qu'elle juge nécessaire d'entendre et en informe l'établissement de santé. Les organismes d'expertise en pratique sont, hormis l'ATIH, le comité technique régional de l'information médicale et les conseils nationaux professionnels.

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

Cette note de synthèse est rédigée à l'attention de la commission de contrôle de l'ARS et du DG ARS.

Lorsque le contrôle sur site a révélé des anomalies et que l'activité est établie comme sanctionnable au niveau du programme régional de contrôle, le calcul du montant maximal de la sanction s'impose. Il est déterminé selon les modalités décrites à l'article R. 162-35-4 CSS.

Une fois la note argumentaire validée par l'ensemble de l'UCR, le responsable de l'UCR, ou à défaut un des membres de l'UCR :

- **Informe l'établissement de santé**, par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception, et **l'équipe de contrôle** :
 - **Des décisions finales** de l'UCR après étude de l'ensemble des pièces relatives au contrôle réalisé (L'UCR peut, suite aux observations, maintenir totalement ou partiellement les constats portant sur les manquements aux règles de facturation, les erreurs de codage, les absences de réalisation de prestation facturée).
 - **De l'avis de l'expert**, ATIH ou non ATIH, en cas de saisine et des impacts sur les groupages
- **Transmet au MCRC**, une copie des réponses à l'établissement de santé et de l'avis de l'ATIH, qui la diffusera à l'équipe de contrôle ou selon l'organisation locorégionale, communique vers les codeurs lors de réunions spécifiques sur le codage.

En fonction de l'organisation régionale, un envoi parallèle peut être fait via BlueFiles.

B. CONCLUSIONS DE L'UCR

Le contrôle externe de la tarification à l'activité peut aboutir au constat :

- soit d'une **bonne application des règles de codage et de facturation** ;

- soit d'une **inobservation des règles** de tarification, de codage et/ou de facturation ayant pour conséquences :

- Dans tous les cas, à l'engagement d'une **action de notification des sommes à payer** (avec prise en compte des sur et sous facturations) par les caisses d'Assurance maladie

- En cas d'activités, prestations ou ensemble de séjours sanctionnables, à l'engagement, après avis de la Commission de contrôle, d'une notification de **sanction financière** dont le montant est déterminé par le DG ARS.

En cas de champs sanctionnables, après avoir obtenu l'ensemble des éléments issus du traitement du rapport de contrôle, l'UCR dispose de l'ensemble des pièces lui permettant notamment de proposer un montant maximum de la sanction encourue qui sera transmis à la commission de contrôle et au DG ARS.

C. ECHANGES DE L'UCR AVEC LES CAISSES

Préparation des dossiers relatifs aux indus

Selon l'organisation de la région, le rapport de contrôle est envoyé « *par tout moyen permettant de rapporter sa date de réception* » aux caisses gestionnaires ayant supporté l'indu, par le service régional contentieux. En pratique il peut être envoyé sous **format dématérialisé via le portail WEB sécurisé BlueFiles**.

En cas de réponse tardive de l'ATIH à une saisine, l'UCR transmet le fichier actualisé pour le calcul des indus, pour les séjours concernés.

Après que l'UCR ait statué, **toutes les modifications apportées par l'UCR doivent être prises en compte.** (*Corrections des fichiers correspondants dans OGC*).

L'UCR envoie l'archive de contrôle à l'ATIH

L'UCR envoie l'archive de contrôle à l'ATIH via CAM transmetteur pour chaque établissement de santé contrôlé, après avoir traité le cas échéant les dossiers en désaccord, et avoir généré une nouvelle archive de contrôle dans OGC avec ses recodages éventuels.

Préparation des dossiers relatifs aux sanctions

L'UCR

- Récupère la **Recette Assurance maladie (RAM) totale de l'établissement de santé de l'année de contrôle** (séjours) et les RAM afférentes aux champs sanctionnables pour l'année antérieure au contrôle permettant le calcul d'une sanction, si nécessaire
 - Pour les établissements **ex-OQN**, auprès de la **caisse pivot ou centralisatrice des paiements** de l'établissement, (réception dans un délai de 2 mois),
 - Pour les établissements **ex-DG**, l'information est disponible dans l'équivalent de **l'outil VALCO** sur e-PMSI.
- Établit en lien avec la **caisse pivot ou centralisatrice des paiements** de l'établissement de santé, **les bornes et le montant maximum** de la sanction encourue si nécessaire pour les établissements **ex-DG**).

En cas de **champ sanctionnable**, l'UCR transmet à la Commission de contrôle et au DG ARS les éléments mentionnés à l'article R. 162-35-3 du CSS, à savoir :

- La copie du courrier de l'ARS informant l'établissement de santé du contrôle et la copie de l'AR ou la preuve de réception si envoi dématérialisé
- Le rapport de contrôle et la copie de l'AR ou la preuve de réception si envoi dématérialisé
- La note argumentaire de l'UCR sur les observations présentées par l'établissement de santé
- Les observations de l'établissement de santé, le cas échéant
- Le tableau de calcul relatif aux sanctions **par champ contrôlé sanctionnable**, avec à minima le taux d'anomalie par champ, le calcul des bornes et le **montant maximum de la sanction encourue, l'argumentation de l'UCR sur la gravité et/ou le caractère réitéré** des manquements
- +/- les avis ATIH aux saisines

Le président de l'UCR ou un autre membre désigné assiste à la Commission de contrôle en tant que **réfèrent technique pour défendre la position de l'Assurance maladie** pour les dossiers sanctions. Pour éviter tout contentieux, si le représentant de l'UCR a participé au contrôle d'un établissement de santé, il ne doit pas être présent lors des délibérations pour cet établissement de santé. Cette exclusion doit être **précisée au PV** de la Commission de contrôle²³.

Selon les régions et en fonction des accords avec l'ARS, l'UCR peut **rédiger également les courriers de notification de sanctions maximales** qui seront transmis à l'ARS pour signature par le DG ARS, puis envoyés aux établissements de santé concernés.

Le rôle des membres AM de l'UCR dans les contentieux

En cas de contestation de l'indu, l'UCR transmet **au service contentieux** des caisses concernées, une copie :

- Du rapport de contrôlé, daté et signé (fichier Excel et conclusions Word).
- Des observations de l'établissement de santé, s'il y en a
- De la réponse de l'UCR à l'établissement de santé
- De la réponse de l'ATIH, en cas de saisine
- Des fiches de concertations pour tous les séjours mis en désaccord par l'établissement de santé

L'UCR joue un rôle primordial dans la **gestion des contentieux avec les établissements de santé** et travaille, selon les régions, en lien étroit avec **les services contentieux de la caisse**, composés d'agent de Caisses dont des juristes. A ce titre, il lui revient, par l'intermédiaire d'un ou plusieurs de ses représentants, de **participer aux réunions** organisées par le service régional du contentieux T2A ou tout équivalent. Ces réunions sont l'occasion pour les services de la caisse **d'échanger sur les différents litiges pendants devant les juridictions**.

Lorsque l'établissement de santé conteste l'indu notifié suite au contrôle, l'UCR rédige les **argumentaires médicaux justifiant du bienfondé du recodage pour chacun des séjours contestés**. **Devant les juridictions judiciaires (indus) et administratives (sanctions), pour les séjours contestés, si et seulement si la caisse ne transmet pas l'identité des patients, les fiches argumentaires médicales et administratives de concertation peuvent être produites**. Il s'agit de documents anonymes sans identité des patients. Le secret médical est porté par l'identité de la personne et non par les informations médicales non reliées à une personne.

Au sein d'une caisse ce ne sont pas les mêmes services qui gèrent le recalcul de la facturation et les contentieux. En effet, les juristes des services gérant les contentieux T2A n'ont pas à avoir accès à

²³ Circulaire DSS/DGOS/MCGR no2011-395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.

l'identité des patients. Il n'y a donc pas rupture du secret médical, les fiches argumentaires doivent être adressées par l'UCR, ainsi qu'aux juristes en charge du contentieux.

Au titre d'expert sachant, tout MC de l'UCR ou praticien-conseil contrôle T2A peut être amené à assister la caisse lors des audiences.

Le médecin conseil qui assistera à l'audience du contentieux des indus T2A devra bénéficier d'un pouvoir spécial de représentation de la part du directeur de la CPAM (l'agent audiencier de la CPAM devant les juridictions judiciaires, bénéficie, en principe d'un pouvoir général de représentation de la part du Directeur de la CPAM qui est son employeur).

Obstacle à contrôle

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

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

a) Situations d'obstacle à contrôle

L'annexe 2 de la circulaire DHOS/ATIH du 18 juillet 2008²⁴ précise les principales situations d'obstacle à contrôle.

Modification des fichiers transmis

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

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

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

Dans les établissements ex-OQN, si l'équipe de contrôle constate une **discordance entre le GHM contrôlé issu de la base PMSI et le GHS porté sur la facture**, il peut s'agir d'une facture réalisée indépendamment du logiciel groupeur ou d'une modification du RSS après envoi de la facture à l'Assurance Maladie. L'absence de corrections des données PMSI après rectification de facturations **dans les deux mois** qui suivent peut être considérée comme un manquement aux conditions de transmission des données d'activité.

Indépendamment de la notion d'obstacle à contrôle, cette situation devra faire l'objet d'une **analyse médico-administrative hors contrôle T2A** pour en déterminer la cause.

Obstacles à la préparation du contrôle

Peuvent être considérées comme obstacles à la préparation du contrôle :

- la non conservation ou dégradation des **fichiers de sauvegarde issus de DRUIDES** prévus à l'article 6 II de l'arrêté du 23 décembre 2016²⁵.
- la non-transmission du fichier « **SecRssCand.zip** » généré avec le module A de l'outil LEDDA
- la non-transmission du fichier « **SecRssCtl.zip** » généré avec le module B de l'outil LEDDA

²⁴ CIRCULAIRE N°DHOS/F/ATIH/2008/ du 18 Juillet 2008 relative au démarrage de la campagne de contrôle T2A 2008, et au bilan de la campagne de contrôle 2007

²⁵ Arrêté du 23 décembre 2016 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale et des données de facturation correspondantes, produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique.

- la non-transmission de **la fiche de liaison complétée** par l'établissement de santé

b) Obstacles à la réalisation du contrôle

Pourraient être considérés comme obstacles à la réalisation du contrôle :

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

c) Démarches à suivre en situation d'obstacle au contrôle

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

De même que les médecins du DIM peuvent prévenir leur Fédération Hospitalière, dans un parallélisme des formes, les médecins-conseils peuvent faire de même avec la DDAFF, via le service contentieux de la caisse.

Avant d'alerter l'UCR, **le Directeur régional de l'Assurance maladie et le Directeur** de l'établissement de santé tentent de trouver **une solution amiable**.

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

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

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

Le DG ARS adresse à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, une **mise en demeure** de mettre fin à cet obstacle ou de prendre les mesures qui s'imposent dans un **délai de quinze jours** et en informe la commission de contrôle.

Si à l'issue de ce délai, l'établissement de santé n'a pas déféré à la mise en demeure, le DG ARS peut engager une procédure de sanction dans les conditions fixées à l'article R. 162-35-5 CSS.

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

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

Conservation des données

Pour les pièces médico administratives du contrôle (pièces médicales nominatives, fiches de recueil...) : ces données et documents sont stockés de manière sécurisée, sur un serveur sécurisé accessible uniquement par les personnes habilitées en charge du contrôle.

L'ensemble des pièces transmises par l'établissement de santé contrôlé permettant de justifier la facturation des séjours ciblés sont conservés

- Soit jusqu'à l'intervention d'une décision définitive **en cas de contentieux**, conformément au décret n°2015-390 du 3 avril 2015.
- Soit les données et pièces collectées sont détruites **dans l'année** suivant la clôture du dossier (**contrôle sans suite ou indu non contesté et recouvré**), **en l'absence de contentieux**

LA PROCEDURE D'INDUS

Le contrôle T2A poursuit plusieurs objectifs, dont l'un est de permettre à l'Assurance maladie de **recouvrer à minima son préjudice** en engageant une **action en restitution d'indus** au titre de l'article L.133-4 du CSS (procédure de notification et de récupération des indus).

La notification de l'indu est du ressort de l'Assurance maladie et son contentieux relève en première instance du pôle social du TJ (Tribunal judiciaire). La contestation de l'indu devant la CRA, puis devant le TJ suspend son recouvrement.

La saisine par l'établissement de santé **des commissions de recours amiables (CRA)** des caisses gestionnaires est un **préalable obligatoire** avant la contestation de l'indu devant le tribunal de première instance.

La caisse pivot ou centralisatrice des paiements procède à une **notification unique de payer** les sommes indûment perçues à l'établissement de santé pour le compte de l'ensemble des caisses gestionnaires. Le **délai de prescription** est de **3 ans** à compter de la **date de paiement** par l'Assurance Maladie de la somme indue.

Par combinaison des articles L. 133-4, R. 133-9-1 et R. 133-9-3 du CSS, la notification de payer les sommes indûment perçues doit être envoyée par tout moyen permettant de **rapporter la preuve de sa date de réception** sous format **papier et/ou dématérialisé** par Web sécurisé BLUEFILES.

I. LA NOTIFICATION DES INDUS

A. LE COURRIER DE NOTIFICATION D'INDU

Aux termes de l'article R. 133-9-1 du CSS, la notification d'indu précise :

- la cause, la nature et le montant des sommes réclamées et la date du ou des versements **donnant lieu à répétition**
- la date, la cause, la nature et le montant de chacune des sommes dues par la caisse au titre **des sous facturations**
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, imparti à l'établissement **pour s'acquitter des sommes réclamées**
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, pour saisir les **Commissions de Recours Amiable des caisses gestionnaires**. La notification précise les coordonnées de chacune des CRA susceptibles d'être saisies²⁶.
- l'existence d'un délai de **2 mois à partir de la réception** de la notification, pour présenter des observations écrites auprès de la Caisse pivot ou centralisatrice des paiements

A l'issue des deux mois et en l'absence de saisine de la CRA et de règlement de l'indu notifié, la Caisse poursuivra son recouvrement en lui adressant une mise en demeure qui, sous peine de nullité, devra mentionner la motivation du rejet par la Caisse de ses observations justifiant sa poursuite du recouvrement.

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

²⁶ La procédure de l'indu extrapolé n'est pas appliquée aux indus L.133-4 du CSS notifiés aux établissements de santé à la suite d'un contrôle T2A.

B. LES PIECES JOINTES

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

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

C. LE PRINCIPE DE COMPENSATION

La notification de payer les sommes indûment perçues précise qu'en présence d'un **accord écrit de l'établissement de santé**, la caisse pivot ou centralisatrice des paiements procédera à la **compensation** entre **les sommes dues par l'établissement de santé** au titre des **surfacturations** et **celles dues par les caisses gestionnaires** au titre des **sous facturations**.

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

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

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

D. LES VOIES DE RECOURS OUVERTES A L'ETABLISSEMENT DE SANTE POUR CONTESTER LA NOTIFICATION

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

- Aux termes de l'article R. 142-6 du CSS, Si la CRA n'a pas répondu **dans le délai de 2 mois** qui suit la réception du recours, l'établissement de santé peut considérer sa demande comme **implicitement rejetée** et **saisir directement le Tribunal Judiciaire**

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

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

II. LE RECOUVREMENT DES INDUS

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

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

Aux termes de l'article R. 133-9-1 du CSS, la mise en demeure précise :

- la cause, la nature et le montant des sommes demeurant réclamées
- la date du ou des versements indus donnant lieu à recouvrement
- le motif qui, le cas échéant, a conduit à rejeter totalement ou partiellement les observations présentées
- l'existence du nouveau délai d'un mois imparti, à compter de sa réception, pour s'acquitter des sommes réclamées
- l'existence et le montant d'une majoration de 10 % appliquée en l'absence de paiement dans ce délai
- les voies et délais de recours

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

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

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

Si la CRA rejette la demande de l'établissement, ou en absence de réponse de la CRA dans les deux mois suivant la date de réception des derniers documents envoyés par l'établissement, ce dernier peut, sous un délai de 2 mois à compter de la date de la notification de décision, saisir le tribunal judiciaire.

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

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

LA PROCEDURE DE SANCTION

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

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

I. CONFIRMATION DU CARACTERE SANCTIONNABLE DU CHAMP CONTROLE.

A. PREALABLE

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

- l'ARS a informé l'établissement de santé du **caractère sanctionnable** du ou des champs.
- la totalité des séjours contrôlés répond à la **définition du champ** telle qu'elle figure dans le programme de contrôle et dans le courrier envoyé par l'ARS à l'établissement de santé,
- **l'effectif contrôlé** du champ sanctionnable répond aux contraintes de nombre de séjours

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

effectif du champ	nb de séjours à contrôler
< 300 Séjours	Contrôle exhaustif
de 300 à 1500 séjours	≥ 150 séjours
>1500 séjours	≥ 10% du champ

-l'établissement de santé a eu le **temps nécessaire et suffisant** pour modifier ses pratiques de codage et de facturation

En ce qui concerne les champs sanctionnables, la *CIRCULAIRE N° DSS/DGOS/MCGR/2011/395 du 20 octobre 2011 relative aux nouvelles dispositions réglementaires du contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé* précise les **règles** d'usage sur la **fréquence des contrôles** à engager sur un même établissement et sur le même champ de contrôle : tout nouveau contrôle d'un champ sanctionnable doit être réalisé sur les **facturations émises au moins 3 mois après notification** des indus de la 1ère occurrence

Ainsi deux conditions cumulatives de temporalité s'imposent aux ARS pour notifier une sanction sur la même activité ou sur le même type de prestations ou ensemble de séjours ayant des caractéristiques communes :

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

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

B. LE CALCUL DU MONTANT MAXIMAL DE LA SANCTION

L'état des **sommes payées** au titre des factures contrôlées correspond au montant initial de la facture, il est égal au montant total des prestations d'hospitalisation financé par l'Assurance Maladie. Pour les

établissements ex-OQN, il est connu directement des caisses gestionnaires. Pour les établissements ex-DG, il est calculé par l'ATIH.

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

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

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

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

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

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

- La première borne est le **produit du taux d'anomalies constaté sur le champ par le montant annuel des recettes Assurance maladie afférentes à toutes les activités, prestations ou ensemble de séjours** dont sont issus les séjours du champ ayant fait l'objet du contrôle dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement (Cf. l'article L162-23-13 du CSS).
- La deuxième borne correspond à **dix fois** les sommes indûment perçues calculées pour le champ résultant de la **différence entre les surfacturations et les sous-facturations constatées sur tous les séjours** du champ

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

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

C. LA SYNTHÈSE DE L'UCR TRANSMISE A LA COMMISSION DE CONTRÔLE ET AU DGARS

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

- la copie du **courrier de l'ARS** informant l'établissement de santé du contrôle, ainsi que la copie de l'avis de réception

- le **rapport de contrôle**, ainsi que son avis de réception

-le cas échéant les **observations de l'établissement de santé**, ainsi que **l'avis de l'UCR** sur ces observations

- -le cas échéant **les avis d'expert(s) demandés** par l'UCR
- la **RAM totale de l'établissement de santé** pour l'année antérieure au contrôle et le **plafond de 5 %** de cette recette

- pour **chacun** des champs sanctionnables

- le **nombre total de séjours facturés** par l'établissement de santé au titre de la période contrôlée
- - le nombre de séjours contrôlés et pris en compte pour déterminer les bornes de la sanction

- pour chaque séjour le n° OGC permettant à l'établissement de santé d'identifier le séjour
 - o le **taux d'anomalie** constaté sur le champ
 - o le calcul des **bornes** et le **montant maximal** de la sanction pour le champ
 - o la **RAM afférente au champ** contrôlé pour l'année antérieure au contrôle
 - o le montant après contrôle des séjours contrôlés
 - o les **sommes indûment perçues** par l'établissement de santé au titre des surfacturations
 - o les **sommes dues** par les caisses au titre des sous facturations
 - o les éléments permettant au DG ARS et à la Commission de contrôle de se prononcer **sur la gravité des manquements et le caractère réitéré**
- Le montant de la **sanction maximale pour l'établissement de santé**

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

MODALITES de CALCUL de la SANCTION :

L'UCR soumet, à la commission de contrôle, le rapport de contrôle et une note de synthèse. Le montant maximal de la sanction est fixé de la manière suivante :

1. Un taux d'anomalies est calculé sur l'échantillon, égal au pourcentage :

- des sommes indûment perçues constatées sur l'échantillon résultant de la différence entre les surfacturations et les sous facturations constatées sur l'échantillon ;
- sur les sommes dues après contrôle par l'assurance maladie au titre de la totalité des facturations de l'échantillon.

2. Le montant maximal de la sanction doit être inférieur à dix fois le montant du préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon, qui tient compte des surfacturations et des sous facturations ;

3. L'article L. 162-22-18 CSS impose en outre un plafond absolu de 5% des recettes annuelles totales de l'assurance maladie de l'établissement de santé en cause.

Exemple : un établissement de santé est contrôlé sur l'activité d'un GHS comportant 500 dossiers à partir d'un échantillon de 200 dossiers :

- montant total annuel de recettes de l'assurance maladie pour l'établissement de santé : 100 M€.
- montant total de recette pour l'activité du GHS : 250 000 €.
- montant des recettes sur l'échantillon avant contrôle : 120 000 € :
 - o montant de surfacturations de : 30 000 € ;
 - o montant de sous facturation de : 10 000 €.

On a donc :

- Le plafond absolu pour l'établissement de santé est de : $5\% \times 100 \text{ M€} = 5 \text{ M€}$.
- Le préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon est de : $30\,000 \text{ €} - 10\,000 \text{ €} = 20\,000 \text{ €}$;
- Les montant des recettes sur l'échantillon après contrôle sont de : $120\,000 - 20\,000 \text{ €} = 100\,000 \text{ €}$;
- Le taux d'anomalies constaté sur l'échantillon est donc de : $20\,000 \text{ €} / 100\,000 \text{ €} = 20\%$;
- Le montant maximal de la sanction calculé sur la base du taux d'anomalies est égal à : $20\% \times 250\,000 \text{ €} = 50\,000 \text{ €}$

Le plafond de dix fois le préjudice subi par l'assurance maladie sur l'échantillon est égal à : $10 \times 15\,000 \text{ €} = 150\,000 \text{ €}$;

En conséquence, le montant maximal de la sanction est celui imposé par le montant maximal calculé par le taux d'anomalies de 50 000 €.

Ces calculs sont réalisés par des outils.

D. LES MODALITES DE MODULATION DE LA SANCTION

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

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

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

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

- l'importance du taux d'anomalies sur une même activité, prestations ou séjours présentant une caractéristique commune
- l'absence de réalisation de la prestation
- le caractère réitéré du manquement sur la même activité, prestation ou des séjours présentant une caractéristique commune

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

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

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

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

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

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

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

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

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

E. LA PROCEDURE DE NOTIFICATION DE LA SANCTION

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

La notification de la sanction envisagée

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

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

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

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

La notification de la sanction prononcée

Au terme du **délai d'un mois** ou **après audition de l'établissement de santé**, s'il décide de poursuivre, le DG ARS **saisit l'avis** de la Commission de contrôle et lui adresse, le cas échéant, les observations écrites de l'établissement de santé.

La Commission de contrôle a **deux mois dès sa saisine** pour rendre un **avis motivé** sur la **gravité des manquements** et le **montant** de la sanction envisagée.

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

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

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

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

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

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

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

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

II. LES VOIES DE RECOURS DE L'ETABLISSEMENT DE SANTE

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

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

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