

UE Organisation de la Sécurité Sociale

29 janvier 2015

Première partie

La lutte contre les fraudes et les pratiques professionnelles dangereuses

1 - Le contrôle contentieux de l'Assurance maladie

Assurance maladie et contrôles (1)

- L'Assurance maladie est un **assureur solidaire en santé** :
 - demander aux bénéficiaires d'être solidaires exige de les assurer que chacun respecte les règles
- Elle gère la bonne utilisation des ressources collectives destinées aux soins
- Elle veille à ce que ces ressources ne soient pas détournées au profit d'une minorité

Assurance maladie et contrôles (2)

- La préservation de ce système de santé solidaire nécessite la mise en oeuvre de **contrôles qui garantissent la bonne utilisation de la ressource collective**
- La majorité des demandes de prise en charge sont déclaratives : nécessité de vérifier la justification de ce qui est payé
- Demandeurs de soins et offreurs de soins peuvent tous deux être potentiellement fraudeurs

Assurance maladie et contrôles (3)

- **Finalités des contrôles :**

- **Dissuader les acteurs de transgresser les règles**
- **Éliminer les activités dangereuses des professionnels de santé et des établissements de santé**

La lutte contre la fraude : définitions

- **Le concept de fraude au sens large peut être divisé en trois sous concepts :**
 - A) La fraude proprement dite (stricto sensu)
 - B) Les abus
 - C) Les fautes

A) La fraude « stricto sensu »

- **Faits illicites au regard des textes juridiques :**
 - **Commis intentionnellement** par une ou plusieurs personnes physiques ou morales
 - **Dans le but d'obtenir ou de faire obtenir un avantage ou le bénéfice d'une prestation injustifiée ou indue** au préjudice d'un organisme social ou de l'Etat.
 - Il existe toujours un enrichissement direct ou indirect
- Les activités frauduleuses sont susceptibles d'être **sanctionnées par une juridiction pénale**

Exemples :

- Facturations d'actes fictifs par professionnels de santé
- Certificats de complaisance destinés à faire obtenir indûment une pension d'invalidité
- Production de faux bulletins de salaire

B) Les pratiques abusives

- Faits caractéristiques d'une utilisation, de manière répétée, d'un bien, d'un service, ou d'une prérogative **outrepassant des niveaux acceptables par rapport à des références ou des comparatifs non juridiques**

Exemples :

- Abus de prescriptions de médicaments, d'arrêts de travail,
- Consultations au-delà du besoin de soins du patient...
- Facturations d'honoraires outrepassant le tact et la mesure

C) Les activités fautives

- **Faits irréguliers aux regard de textes juridiques** commis de manière réitérée en dehors des circonstances définissant la fraude ou les pratiques abusives, sans volonté intentionnelle de bénéficier d'un avantage ou d'une prestation
- Les activités fautives ne sont pas susceptibles d'être sanctionnées par une juridiction pénale

Exemples :

- Non respect, de manière répétée, de l'obligation de mentionner le caractère non remboursable des produits, prestations et actes qu'ils prescrivent en dehors des indications ouvrant droit à prise en charge
- Non respect, de manière répétée, de l'obligation de conformité des prescriptions avec le protocole mentionné à l'article L.324-1 du CSS (prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne)

Les moyens de lutte contre la fraude

- **La prévention :**

Identification d'un dysfonctionnement et règlement évité d'une prestation

- **La communication :**

Pour sensibiliser l'ensemble des acteurs à l'utilisation vertueuse du système de soins

- **La répression :**

Vérification des comportements , opérations de contrôle avec une dimension contentieuse : **contrôle contentieux de l'Assurance maladie**

Le contrôle contentieux (1)

Définition

- On désigne sous le terme de **contrôle contentieux** toute opération dont la finalité est la saisine d'une **instance de sanction** : juridiction civile, pénale ou ordinaire, mais aussi saisine de la commission des pénalités financières au sein des CPAM
- Ces actions de contrôle et de lutte contre la fraude concernent **tout le monde** : assurés, professionnels de santé, établissements de santé, entreprises, transporteurs, fournisseurs...
- Tout le monde peut être contrôlé mais les actions de contrôles contentieux ne concernent que **les acteurs fortement déviants**

Le contrôle contentieux (2)

Stratégie

- **5 principes fondamentaux :**
 - Respect de l'égalité de traitement
 - Présomption d'innocence
 - Droit de réponse de la personne incriminée
 - Exclusion des conflits d'intérêt
 - Confidentialité

Le contrôle contentieux (3)

- **Affichage médiatique : les axes prioritaires de contrôle sont clairement affichés et un bilan des actions est publié chaque année (dossiers de presse, www.ameli.fr)**
- **Règles déontologiques**
 - **Code de procédure des contrôles (textes réglementaires)**
 - **Charte d'engagements de l'Assurance maladie vis-à-vis des professionnels de santé, des assurés et des établissements de santé**

Le contrôle contentieux – Régime général de l'AM (1)

Organisation au niveau national

- **Une direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes existe depuis janvier 2006 à la CNAMTS. Elle est composée de statisticiens, de juristes, de médecins et pharmaciens conseils**
- **Elle élabore et pilote chaque année un plan de lutte contre les abus, les fautes et les fraudes**
- **Elle dispose d'un système informatique efficace qui permet de révéler des anomalies de facturation et des comportements atypiques**

Le contrôle contentieux – Régime général de l'AM (2)

Organisation au niveau loco régional

- **Dans chaque région, un Directeur coordonnateur veille à la mise en application des programmes et des méthodes et remonte à la Caisse nationale toutes les fraudes détectées**
- **Les contrôles sont menés sur le terrain par l'ensemble des Caisses d'Assurance maladie et le Service du contrôle médical au niveau local**

Le contrôle contentieux – Régime général de l'AM (3)

Les partenariats

- Avec les organismes de protection sociale (URSSAF, CAF, CNAV)
- Avec la Police et la Gendarmerie pour la phase d'investigation (Protocole d'accord du 26/01/2007)
- Coopération avec l'administration fiscale et la Justice
- Coopération avec les organismes européens

2 - Plan annuel de contrôle de la CNAMTS

Le plan annuel de contrôle

- Il a pour objectif de réduire les taux **d'anomalies observés thème par thème** ainsi que les disparités inter-régionales des pratiques déviantes, selon un programme d'actions de contrôle comportant deux volets :
 - ➔ **Volet national** : thèmes qui s'imposent à tous les organismes (CPAM et Services médicaux)
 - ➔ **Volet régional** : thèmes spécifiques au contexte loco régional

Le volet national du plan de contrôle (1)

- **Identification de thèmes de contrôle nationaux**
- **Définition nationale des seuils de déclenchement des contrôles**
- **Mise à disposition d'outils de ciblage et de méthodes de contrôle communs France entière**
- **Harmonisation des actions contentieuses**
- **Contrôles réalisés par l'ensemble des organismes impliqués**

Le volet national du plan de contrôle (2)

- **Méthodologie de contrôle identique :**
 - Détection des atypies
 - Investigation-contrôles
 - Mise en œuvre des actions contentieuses

Le volet national du plan de contrôle (3)

- **Détection**

- Repérage dans les **bases de données informatiques de l'AM** des comportements atypiques :
 - Consommations de soins élevées pour des assurés
 - Prescriptions d'arrêts de travail très supérieures à la moyenne de leurs confrères pour des professionnels de santé
 - Fausses déclarations de salaires, salaires trop élevés par rapport à la catégorie d'emploi occupé
- **Témoignages** qui engagent à réaliser des vérifications
- **Anomalies repérées par les Caisses ou le Service du contrôle médical** peuvent servir de déclencheur à un programme national

Le volet national du plan de contrôle (4)

- **Investigations-Contrôles**

- 2 étapes

1. **Analyse des pratiques ou des comportements à partir des données possédées par les organismes ou le Service du contrôle médical (feuilles de facturation, ordonnances, fiches, dossiers médicaux...)**

→ En fonction des résultats de ces premières investigations on décide ou non de passer à l'étape suivante

2. **Rencontre des professionnels concernés ou convocation des assurés, visites sur place d'agents enquêteurs assermentés** : on recherche des preuves qui infirment ou confirment le 1^{er} repérage d'anomalies

→ Parfois, **l'Assurance maladie saisit directement les juridictions** susceptibles d'opérer les investigations de terrain elles-mêmes soit de classer

Le volet national du plan de contrôle (5)

- **Mise en œuvre des actions contentieuses**

- ➔ **Suivant les constats et les acteurs concernés**

- Saisine d'une juridiction (pénale, ordinaire, civile)
- Application de pénalités financières graduées (article L. 162-1-14 du CSS)
- Suspension de prise en charge du traitement
- Proposition d'un suivi médical encadré d'un bénéficiaire ou l'adaptation du traitement

Le volet national du plan de contrôle (6)

Principaux thèmes de contrôle (1/2)

- **Contrôle des professionnels de santé**
 - Médecins libéraux prescripteurs excessifs (MSAP)
 - Contrôle des professionnels de santé ayant un volume d'activité aberrant
 - Contrôle des pharmacies d'officine
 - Contrôles des Laboratoires de biologie médicale
 - Contrôle des fraudes et pratiques dangereuses des chirurgiens dentistes
- **Contrôle d'autres acteurs du domaine de la santé**
 - Contrôle des fournisseurs de dispositifs médicaux et d'appareillage
 - Contrôle des transporteurs sanitaires

Le volet national du plan de contrôle (7)

Principaux thèmes de contrôle (2/2)

- **Contrôle des bénéficiaires**

- Contrôle des hyperconsommants (mésusage, trafic de médicaments)
- Contrôle des traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO)
- Contrôle sur la chirurgie plastique
- Contrôle sur les indemnités journalières ou des prestations hors indemnités journalières (invalidité, rentes AT)

- **Contrôle des entreprises**

- Fraudes à la réglementation aux IJ

Le volet national du plan de contrôle (8)

- **Contrôle des établissements tarifés à l'activité (T2A)**
 - Contrôle contentieux des établissements MCOO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie)
 - Contrôles des structures d'HAD (Hospitalisation à domicile)

- **Contrôle des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD)**

Volet loco régional du plan de contrôle (1)

- **Identification des pratiques déviantes en fonction du contexte loco régional**
 - Contrôle des professionnels suspects de fraudes
 - Contrôle des professionnels suspects de pratiques dangereuses
- **Mise en œuvre des contrôles spécifiques**

Volet loco régional du plan de contrôle (2)

Les pratiques dangereuses des PS

Principaux thèmes de contrôle

- **Prescriptions médicamenteuses** : Subutex (TSO), Benzodiazépines, sulfate de morphine, associations formellement contre indiquées, obésologie...
- **Indications chirurgicales non justifiées** (cataracte, interventions pour hernies discales, gastroplastie..)
- **Examens complémentaires non justifiés** (scintigraphie thyroïdienne, fibroscopie, arthroscopie)
- **Chirurgien-dentiste : non qualité des soins** entraînant un retentissement sur l'état général ou une perte de chances

Volet loco régional du plan de contrôle (3)

Actions en cas de constat de pratique dangereuse d'un professionnel de santé (1/2)

- Le Service du contrôle médical peut être amené à poser le constat de la dangerosité de la pratique d'un professionnel de santé
- Dès lors que la poursuite de cette pratique peut s'avérer dangereuse pour les patients, il est de la **responsabilité du Service du contrôle médical** d'agir pour que les mesures permettant de faire cesser cette pratique soient mises en œuvre

Volet loco régional du plan de contrôle (4)

Actions en cas de constat de pratique dangereuse d'un professionnel de santé (2/2)

- **Section des Assurances Sociales du Conseil Régional de l'Ordre toujours**
- **Parfois :**
 - Signalement au Procureur
 - Plainte pénale
 - Signalement au représentant de l'Etat pour suspension immédiate d'autorisation d'exercer (DGARS)

Volet loco régional du plan de contrôle (5)

Les pratiques dangereuses des PS

Qualification pénale (1/2)

- **Article 121-3 du Code Pénal**

« Il n'y a point de crime ou délit sans intention de le commettre. Toutefois, lorsque la loi le prévoit, il y a **délit en cas de faute d'imprudence, de négligence ou de manquement à une obligation de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement**, s'il est établi que l'auteur des faits n'a pas accompli les diligences normales compte tenu, les cas échéant, de la nature de ses missions ou de ses fonctions, de ses compétences ainsi que du pouvoir et des moyens dont il disposait... »

Volet loco régional du plan de contrôle (6)

Les pratiques dangereuses des PS

Qualification pénale (2/2)

- **Article 223-1 du Code Pénal**

« Le fait d'exposer directement autrui à un risque immédiat de mort ou de blessure de nature à entraîner une mutilation ou une infirmité permanente par violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou le règlement est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende »

Volet loco régional du plan de contrôle (7)

Les pratiques dangereuses des PS

Mesures de sauvegarde (1/2)

- **Article L. 4113-14 du Code de la Santé Publique : loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soin**

« En cas d'urgence, lorsque la poursuite de son exercice par un médecin, un chirurgien dentiste ou une sage femme expose ses patients à un danger grave, le représentant de l'Etat dans le département prononce la suspension immédiate du droit d'exercer pour une durée maximale de 5 mois. Il entend l'intéressé au plus tard dans un délai de 3 jours suivant la décision de suspension »

Volet loco régional du plan de contrôle (8)

Les pratiques dangereuses des PS

Mesures de sauvegarde (2/2)

- **Article R. 4124-3 du Code de la Santé Publique**

« **Dans le cas d'infirmité ou d'état pathologique rendant dangereux l'exercice de la profession**, la suspension temporaire du droit d'exercer est prononcée par le conseil régional ou inter régional pour une période déterminée qui peut, s'il y a lieu, être renouvelée. Elle ne peut être ordonnée que sur un rapport motivé établi à la demande du conseil par trois médecins spécialistes désignés comme experts...

...le conseil peut être saisi soit par le préfet, soit par délibération du conseil départemental ou du conseil national... »

3 - Le contrôle de l'activité des professionnels de santé

Les différentes modalités de contrôle (1)

- **Le contrôle de l'activité d'un professionnel de santé intervient :**
 - D'une part, avant paiement, sur les demandes de prise en charge ou de règlement des prestations et
 - D'autre part, après paiement à la suite notamment de la détection d'atypismes statistiques, de témoignages ou de signalements d'anomalies
- **Ce contrôle est réalisé par la Caisse d'Assurance maladie compétente et/ou par le Service du contrôle médical**

La séparation des tâches entre le contrôle administratif et le contrôle médical tient à la nature même de l'activité médicale. Elle découle de l'exigence de la **maîtrise de l'expertise médicale ainsi que du respect du secret médical dans certaines situations**

Les différentes modalités de contrôle (2)

- **Les contrôles effectués par les Caisses**

La Caisse a compétence, **dans le respect du secret professionnel**, pour vérifier :

- Que la facturation ou la demande de remboursement est conforme à l'activité du professionnel de santé
- Que la facturation ou la demande de remboursement est conforme aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur
- Que l'ensemble des conditions administratives auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli
- Que les dépenses présentées au remboursement, y compris les dépassements d'honoraires, ne méconnaissent pas la réglementation en vigueur et les engagements conventionnels

Les différentes modalités de contrôle (3)

- **Les contrôles effectués par le Service du contrôle médical**

Le Service du contrôle médical a une compétence générale **d'appréciation des éléments médicaux commandant l'attribution et le service des prestations sociales**. Il contrôle ainsi les éléments médicaux qui conditionnent le bénéfice des prestations sociales, tout en respectant le **secret médical**

Dans le respect des codes de déontologie des professionnels de santé et du secret professionnel, le praticien conseil peut consulter les dossiers médicaux, quel qu'en soit le support, des patients ayant fait l'objet de soins dispensés par le professionnel concerné et soumis à la prise en charge financière de l'Assurance maladie. **Il peut, en tant que de besoin, entendre et examiner les patients du professionnel de santé contrôlé dans le cadre d'une analyse d'activité, forme particulière du contrôle de l'activité, définie par l'article L. 315-1-IV du Code de la Sécurité sociale**

Lancement de l'analyse d'activité d'un professionnel de santé

- **Article R. 315-1-1 du CSS :**
Lancement de la procédure de contrôle (*en dehors des fraudes*)
 - Information du professionnel de santé
 - Information du Directeur de l'établissement et du Président de CME si visite en établissement

Recueil des informations nécessaires au contrôle

- **Tout au long de l'enquête**
 - Pas d'immixtion dans la relation soignant/soigné
 - Respect du code de déontologie
 - Favoriser le dialogue et la concertation
 - Le PS peut être entendu par le Service du contrôle médical à sa demande

Conclusions de l'analyse (1)

- **Article R. 315-2 du CSS :**

- Le Service du contrôle médical informe de ses conclusions le PS
- Ces conclusions doivent être transmises au PS dans le délai de 3 mois qui suivent la fin du recueil des données que des actions soient envisagées ou non

Conclusions de l'analyse (2)

- **Article R. 315-2 du CSS :**

- Le Service du contrôle médical avise le directeur de la CPAM si anomalies
- Le directeur de la CPAM notifie les griefs au PS
- L'intéressé peut demander à être entendu par le Service du contrôle médical dans le délai d'un mois

Préalablement à l'entretien contradictoire

- **Décret du 1 février 2007 : Respect des droits de la défense**

Le PS doit disposer de l'ensemble des éléments nécessaires à la préparation de l'entretien

→ **Le SCM transmet au PS les faits sous forme de tableau pour chaque bénéficiaire avec partie réservée au professionnel de santé pour observations**

L'entretien contradictoire

- **Articles D. 315-1 du CSS**

Le PS peut se faire assister d'un membre de la profession lors de l'entretien (ou même d'un avocat s'il le souhaite) dans le respect du **secret médical**

A l'issue de l'entretien contradictoire

- **Article D. 315-2 du CSS**

- Le Service du contrôle médical adresse un compte rendu d'entretien au PS dans un délai de 15 jours
- Ce compte rendu d'entretien est adressé sous forme du tableau initial complété par les remarques du PS et l'avis du praticien conseil
- Le professionnel de santé a 15 jours pour d'éventuelles réserves

Les actions envisagées

- **Article D. 315-3 du CSS**

A l'issue du délai de 15 jours le Service du contrôle médical informe la CPAM des conclusions finales du contrôle et de la date du début du délai de 3 mois pour informer le professionnel de santé des suites envisagées

4 - Contrôle des bénéficiaires de soins

Contrôle des bénéficiaires hyperconsommants (1)

- **Objectif**

- Contrôler **la justification médicale** de la consommation excessive de médicaments liée à un nomadisme médical et pharmaceutique

Ex : Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (TSO)

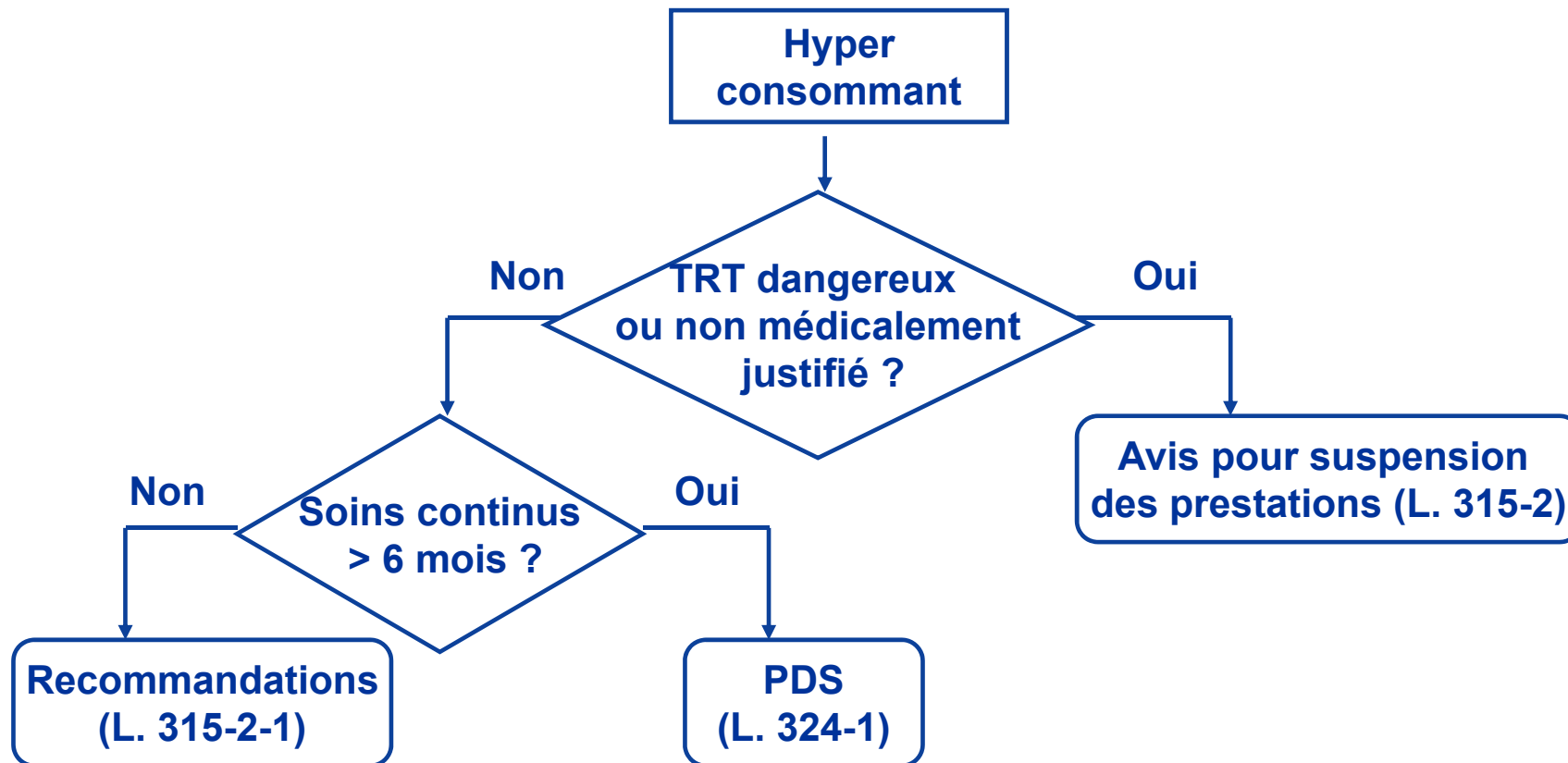
- Buprénorphine Haut Dosage : posologie/J \geq 2 fois dose maximale (32mg)
- Méthadone $>$ 300mg
- Détecter **les comportements déviants** : Traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou d'un usage abusif :
 - Méthylphénidate (Ritaline[®] ou Concerta[®]), sulfate de morphine, Fentanyl[®], Androtardyl[®]
- Détecter **les comportements frauduleux** (trafic de médicaments, falsification de documents)

Contrôle des bénéficiaires hyperconsommants (2)

Les actions (1/2)

- **Le choix de l'action est fonction de l'état du malade et de la gravité des faits**
- **Mise en place d'un protocole de soins pour des soins de longue durée (Art. L. 324-1 CSS)**
- Si au vu des résultats du contrôle, le Service médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique des soins en dehors des L. 324-1, il peut établir avec le médecin choisi par l'assuré des **recommandations sur les soins et traitements appropriés (Art. L. 315-2-1 du CSS)**
- **Suspension des prestations**
Le Praticien conseil doit **faire cesser la prise en charge d'une prestation** chaque fois qu'il constate la non justification médicale de cette prestation (traitements dangereux) ou sa prescription en dehors des conditions prévues pour son remboursement (**Art. L. 315-2 du CSS**)

Contrôle des bénéficiaires hyperconsommants (3)



Contrôle des bénéficiaires hyperconsommants (4)

Les actions (2/2)

- **Mise en œuvre du dispositif des pénalités financières**

Les assurés convaincus de fraudes peuvent se voir appliquer des pénalités financières fixées en fonction de la gravité des faits dans le cadre de l'article L. 162-1-14 du CSS

- **Plainte devant une juridiction pénale**

Comme pour les professionnels de santé, la Caisse peut déposer une plainte auprès du Procureur de la République à l'encontre des assurés qui auraient commis des faits graves ayant un caractère délictueux (trafic de médicaments par exemple)

UE Organisation de la Sécurité Sociale
29 janvier 2015

Deuxième partie

**La mise sous accord préalable des
prescripteurs excessifs**

Mise sous accord préalable des prescriptions (1)

- **Mesure administrative créée par la Loi du 13 août 2004**
- **Codifiée par l'article L. 162-1-15 du Code de la Sécurité sociale**
- **Qui a pour finalité de dissuader les prescripteurs excessifs de prescrire à mauvais escient**

Mise sous accord préalable des prescriptions (2)

- Procédure qui permet au directeur de la CPAM de **subordonner de façon temporaire à l'accord préalable du Service du contrôle médical toutes les prescriptions sur un thème donné faites par un médecin avant leur paiement**
 - Pour une durée **ne pouvant excéder 6 mois**
 - Après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses **observations**
 - Et après **avis d'une commission** composée de 5 représentants des médecins libéraux et de 5 représentants du conseil de la CPAM (article L. 162-1-14 du Code de la Sécurité sociale)
- ➔ **En cas de constatation d'un nombre de prescriptions **significativement supérieur aux données moyennes constatées** pour une activité comparable pour les médecins exerçant dans le ressort de la même ARS ou de la même CPAM**

Mise sous accord préalable des prescriptions (3)

- **Les prescriptions concernées :**
 - Prescriptions d'arrêts de travail
 - Prescriptions de transports
 - Mais aussi, prescriptions d'actes inscrits à la nomenclature générale des actes professionnels comme les actes de masso-kinésithérapie, les prescriptions d'actes de biologie médicale
- **En cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur**
 - ➔ L'accord préalable n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transports, actes, produits

Mise sous accord préalable des prescriptions (4)

La mise sous objectif : MSO (1/2)

- **La LFSS 2010 et le décret n° 2011-551 du 19 mai 2011 (publié au JO du 21.05.2011) ont modifié l'article L. 165-1-15 du Code de la Sécurité sociale en prévoyant la possibilité pour le directeur de l'organisme local d'assurance maladie, conjointement avec le service du contrôle médical, de proposer au médecin une **alternative à la procédure de MSAP****
- **Il s'agit pour le médecin de s'engager à atteindre un objectif de réduction de ses prescriptions (ou réalisations en cause) dans un délai déterminé (entre 4 et 6 mois)**
- **En cas de refus, la procédure de MSAP est poursuivie**

Mise sous accord préalable des prescriptions (5)

La mise sous objectif : MSO (2/2)

- Pour atteindre cet objectif, le médecin sera accompagné par un médecin conseil chargé de son suivi personnalisé
- Au terme de la période fixée pour atteindre l'objectif, le Directeur de la Caisse pourra **en cas d'échec** saisir la commission prévue à l'article L. 165-1-14 du Code de la Sécurité sociale qui rendra alors un **avis sur la mise en œuvre ou non de la procédure des pénalités financières**

Mise sous accord préalable des prescriptions (6)

- **Il est possible de sanctionner la récidive après deux périodes de MSAP infructueuses par une pénalité financière prévue à l'article L. 165-1-14 du CSS** (la notion de récidive a été introduite par la LFSS 2009)
- Dans tous les cas, cette procédure de pénalité ne pourra être mise en oeuvre qu'après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'art. L. 165-1-14 du CSS

Exemple : MSAP des prescripteurs excessifs d'IJ (1)

- **Sont susceptibles d'être mis sous MSAP (ou MSO) les médecins pour lesquels il y a eu constatation :**
 - D'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits et donnant lieu au versement d'indemnités journalières (IJ en maladie et IJ en AT et MP)
 - Ou d'un nombre d'arrêts de travail rapportés au nombre de consultations effectuées
- **Significativement supérieurs aux données moyennes constatées,** pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même ARS ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie

Exemple : MSAP des prescripteurs excessifs d'IJ (2)

- **Le seuil d'atypie** à partir duquel cette pratique est considérée comme significativement abusive est déterminé au niveau national par la CNAMTS
- **Ce seuil est calculé à partir de :**
 - La Moyenne régionale (**M**) d'IJ payées sur la période et de l'écart type à la moyenne (**σ**)
- **Si le seuil retenu nationalement est égal à : $M + 4 \text{ fois } \sigma$**
 - Les médecins dont le nombre d'IJ payées sur la période dépasse le seuil de $M + 4 \text{ fois } \sigma$ feront l'objet d'une proposition de MSAP (ou de MSO)

UE Organisation de la Sécurité Sociale
29 janvier 2015

Troisième partie

**Contrôle des établissements tarifés à l'activité
(T2A)**

Préambule (1)

Loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

- **Les établissements de santé publics et privés :**

- Doivent procéder à l'analyse de leur activité médicale

Et

- Transmettre aux services de l'Etat et à l'Assurance Maladie « les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité » (article L. 6113-7 et L. 6113-8 du CSP)

Préambule (2)

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (1/2)

- **Mise en œuvre de systèmes d'information qui tiennent compte :**
 - Des pathologies
- Et
- Des modes de prise en charge
- **Pour les séjours hospitaliers de courte durée, médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO)**
 - Recueil systématique d'un petit nombre d'informations administratives et médicales qui constituent **le résumé de sortie standardisé (RSS)**

Préambule (3)

Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) (2/2)

- Les informations recueillies font l'objet d'un traitement automatisé
- Classement des informations en un nombre limité de groupes cohérents du point de vue médical et économique :
 - **Les groupes homogènes de maladies (GHM)**
- **Les informations sont utilisées à deux fins :**
 - Pour le financement des établissements de santé : **tarification à l'activité**
 - Pour l'organisation des soins : **planification**

Préambule (4)

- **Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 - LFSS 2004**

La T2A a été introduite dans :

- Les établissements de santé publics en 2004
 - Les établissements de santé privés en 2005
-
- **Elle a pour objectif de répartir de manière efficiente les financements entre les établissements de santé**

La tarification à l'activité (T2A)

- **La T2A est un mode de financement** dans lequel pour les établissements de Médecine ,Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO) chaque séjour est classé dans :
 - un groupe homogène de malades (**GHM**) correspondant à
 - un groupe homogène de séjour (**GHS**) **faisant l'objet d'un tarif**

La tarification à l'activité (T2A)

- **Le paiement au forfait par séjour**

- Chaque séjour hospitalier est classé dans un groupe homogène de malade (GHM) selon la dernière version de la classification en vigueur

GHM = support de la description d'activité

- A chaque GHM est appliqué un **tarif « tout compris »*** défini au niveau national qui sert à rémunérer l'établissement : groupe homogène de séjour (GHS)

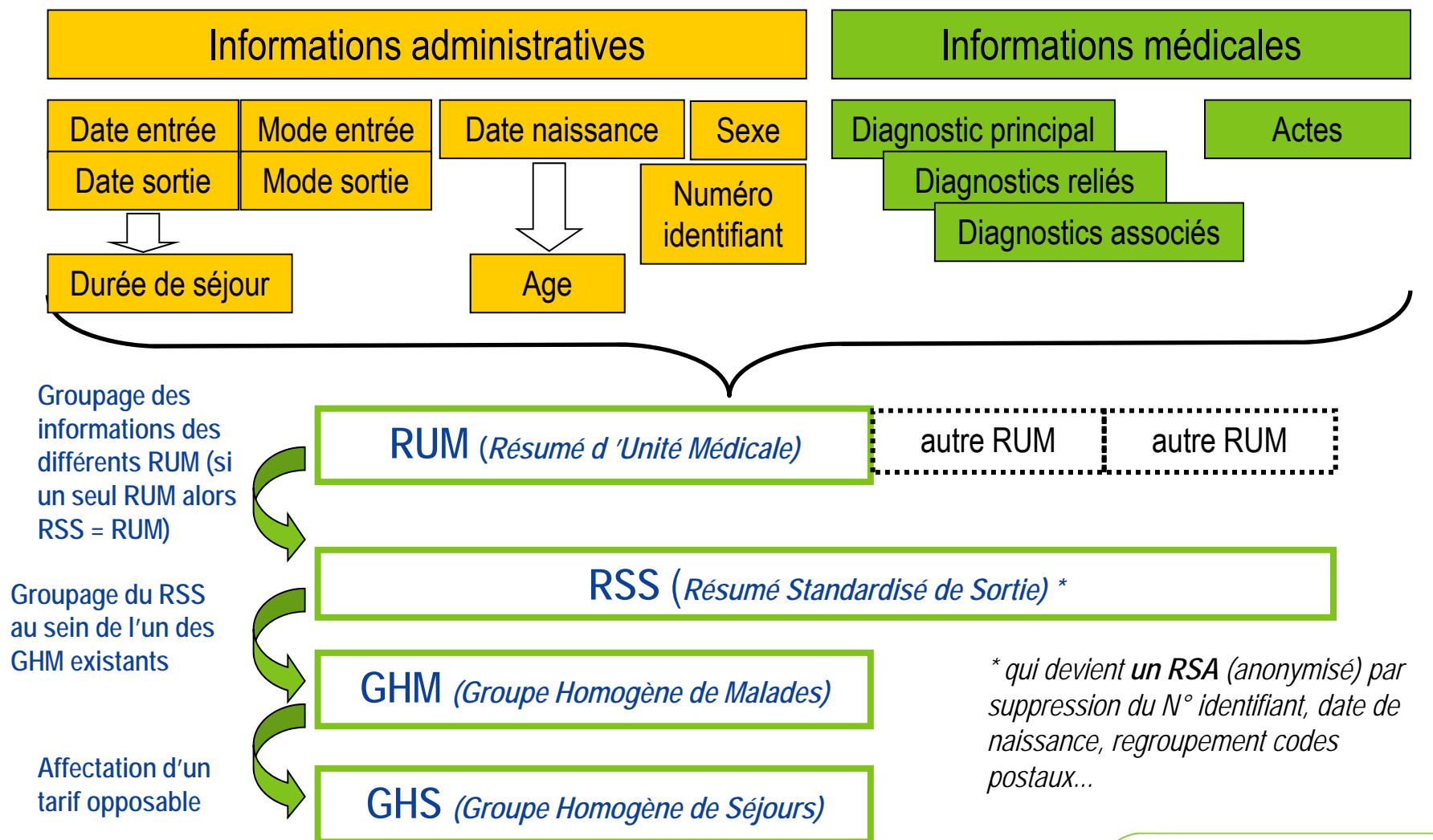
GHS = prestation Assurance maladie facturée

** A noter dans les établissements privés le GHS n'intègre pas les honoraires médicaux qui demeurent payés à l'acte*

- **A un GHM correspond en général un seul GHS**
- Cependant dans quelques cas plusieurs GHS possibles pour un même GHM (exemple des soins palliatifs)

A partir des éléments descriptifs du séjour

CONSTRUCTION DES GHM ET GHS



Le contrôle de la tarification à l'activité (1)

- Le financement des établissements de santé MCOO repose sur une **déclaration d'activité**
- Ce système déclaratif implique en contrepartie un contrôle du respect des règles de codage, de facturation et des règles de législation de Sécurité sociale

→ Le contrôle externe consiste à s'assurer :

- Que la prestation facturée a bien été réalisée
- Que la prestation réalisée a été correctement transcrite dans le résumé de sortie du séjour (RSS), car le groupage en GHM est fonction des éléments d'information du résumé de sortie

Le contrôle de la tarification à l'activité (2)

Contexte réglementaire

- L'Assurance maladie finance en moyenne chaque année 93 % des dépenses hospitalières
- Elle veille à l'équilibre des dépenses avec les ressources publiques qui lui sont affectées
- En application des dispositions **de l'article L 162-22 du Code de Sécurité sociale**, les organismes de sécurité sociale contrôlent la bonne application des règles de facturation et de codage,
- Le contrôle doit **dissuader** les établissements de santé de transgresser les règles de facturation et de codage

Le contrôle de la tarification à l'activité (3)

Pilotage des contrôles

- **Au niveau national par l'Etat et l'Assurance maladie :**
 - **Groupe technique** émanation du **Conseil de l'Hospitalisation** composé des directeurs de la Direction Générale de l'Offre de Soins et de la Direction de la Sécurité sociale du ministère de la santé et de représentants des organismes nationaux d'Assurance maladie.

- **Au niveau régional par le Directeur Général de l'ARS assisté :**
 - D'une **Commission de contrôle** composée paritairement de représentants de l'ARS et de l'AM
 - D'une instance technique Etat-AM, l'**Unité de coordination régionale (UCR)** placée auprès de la Commission de contrôle

Le contrôle de la tarification à l'activité (4)

Méthodologie nationale de contrôle

- Élaborée par l'Etat et l'Assurance maladie (3 régimes)
- Large concertation de l'Etat, de l'Assurance maladie avec les Fédérations Hospitalières
- Diffusée sous forme d'un **Guide** mis à disposition des contrôleurs et des établissements MCCO contrôlés (nouvelle version de septembre 2012) et Guide du contrôle HAD (décembre 2012)

www.ameli.fr/professionnels-de-sante www.atih.sante.fr

Le contrôle de la tarification à l'activité (5)

Les principes du contrôle

- Concerne l'établissement (\neq contrôle d'activité des praticiens)
- Externe (\neq contrôle interne)
- Régional : programme ARS
- Sur site : à partir des données du dossier médical
- A posteriori : séjours facturés au cours de l'année civile précédente, ciblés par requêtes
- Dissuasif : indus/sanctions

Le contrôle de la tarification à l'activité (6)

Les établissements contrôlés

- **Tout établissement de santé dont l'activité est soumise à la tarification à l'activité peut être contrôlé**
- **Sont concernés les établissements de santé autorisés pour des activités de :**
 - Médecine
 - Chirurgie
 - Obstétrique
 - Odontologie
- **Et les services d'Hospitalisation à domicile**

Le contrôle de la tarification à l'activité (7)

Les prestations contrôlées

- **Toute activité hospitalière ayant donné lieu à facturation est concernée par le contrôle**
 - Hospitalisations complètes
 - Hospitalisations à temps partiel, l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire
 - Hospitalisations de semaine
 - Forfaits pour les prises en charge non suivies d'une hospitalisation : ATU, SE
 - Hospitalisation à domicile

Choix des établissements et des champs contrôlés

- **Conformément aux priorités nationales adoptées chaque année par le Conseil de l'hospitalisation** : évolution de de l'activité des établissements de santé, évolution de la réglementation, résultats des contrôles antérieurs
- **En fonction des suspicions d'anomalies mises en évidence en région**
- **Utilisation d'outils d'alerte et de ciblage nationaux des activités à contrôler** (batterie de tests sur les fichiers RSA à la disposition des établissements sur ATIH) ainsi que des outils de calcul des sanctions financières maximales et de suivi des sanctions
- Requêtes sur les **bases de facturation de l'AM**
- L'Assurance maladie met à disposition un **outil de gestion des contrôles**

Les acteurs du contrôle (1)

- **Le Directeur de l'ARS :**
 - Valide le programme régional de contrôle
 - Met en œuvre les sanctions financières

- **La Commission de contrôle de l'ARS :**
 - Composée paritairement de représentants de l'ARS et de l'AM
 - Propose un programme régional de contrôle au directeur général de l'ARS sur les propositions techniques faites par l'Unité de coordination régionale (UCR)

Les acteurs du contrôle (2)

- **L'UCR** (Unité de coordination régionale du contrôle externe)
 - Unité technique pilotée par des représentants de l'Assurance maladie
 - Composée pour deux tiers de membres de l'AM (3 régimes) et pour un tiers de membres de l'ARS, avec en majorité des médecins mais aussi des agents administratifs des caisses
 - Prépare le programme de contrôle
 - Coordonne la réalisation des contrôles dans les établissements
 - Transmet les indus et propose les sanctions financières
 - Rédige le bilan annuel des contrôles

Les acteurs du contrôle (3)

- **L'établissement**
 - **Le directeur** : responsable des informations transmises réglementairement à l'extérieur de l'établissement
 - **Le médecin responsable du DIM** : responsable de la production des informations codées et de leur mise à disposition (arrêté du 31.12.2003)
 - **Les praticiens dispensant les soins** : responsable des données figurant dans le dossier médical

Les acteurs du contrôle (4)

- **Les contrôleurs**

- Le médecin conseil **responsable du contrôle** accompagné de médecins conseils, ± dentistes conseils contrôleurs
- Selon organisation locale, des médecins inspecteurs de santé publique,
- Agents administratifs du service médical (TIM)

- **Une procédure réglementaire encadre le contrôle externe :**

- Concertation dans la préparation du contrôle et à l'issue du contrôle, procédure contradictoire écrite
- Respect du secret médical

Les acteurs du contrôle (5)

- **ATIH** (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation)
 - Support technique dans l'utilisation des logiciels d'information hospitalière
 - **Recours de seconde intention en cas de désaccord**

- **Les caisses gestionnaires**
 - Participent au calcul de l'indu
 - Notifient les indus
 - Participent au calcul des sanctions financières
 - Participent au suivi des contentieux

Conséquences du contrôle (1)

- **Les indus**

- ➔ Récupération de l'indu par la CPAM en cas de surfacturation

- **Les sanctions financières en cas de :**

- Manquements aux règles de facturation
 - D'erreur de codage
 - D'absence de réalisation d'une prestation facturée

- ➔ Les sanctions sont calculées selon le décret relatif aux sanctions en vigueur

Conséquences du contrôle (2)

- Indu constaté sur des séjours effectivement contrôlés : calcul des sur facturations +/- sous facturations



Récupération d'indu



Responsabilité
A.M

- % de surfacturation (sommes indument perçues / sommes dues) observé sur l'échantillon de séjours contrôlés



Sanction financière



Responsabilité
ARS

*Commission de Recours amiable CPAM/Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale

** Tribunal Administratif

Les recours

- **Les indus**

- Notifiés par le Directeur de la CPAM

- Recours en Commission de recours amiable (CRA) puis devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS)

- **Les sanctions financières**

- Notifiés par le Directeur Général de l'ARS

- Recours devant le Tribunal Administratif (TA)

Télécharger les supports de cours
du Service médical : www.smamform.fr