

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

Direction de la sécurité sociale

Sous-direction du financement du système de soins

Mission de la coordination
et de la gestion du risque maladie (MCGR)

Direction générale de l'offre de soins

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

NOR : ETSS1128917C

Validée par le CNP. – Visa CNP 2011-251.

Résumé : la présente circulaire définit, pour mise en œuvre, aux régimes d'assurance maladie et aux agences régionales de santé, les évolutions des dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé, suite au décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 et aux mesures l'accompagnant.

Mots clés : tarification à l'activité (T2A), contrôle, établissements de santé.

Textes de référence : articles L. 162-22-18 et R. 162-42-9 et suivants du code de la sécurité sociale.

Annexes : chronologies des articles R. 162-42-10 et R. 162-42-11 du code de la sécurité sociale et chronologie de l'article R. 162-42-13.

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Monsieur le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés ; Monsieur le directeur général de la mutualité sociale agricole ; Monsieur le directeur général du régime social des indépendants ; Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des agences régionales de santé (pour mise en œuvre).

L'analyse des difficultés soulevées par la mise en œuvre des contrôles T2A a conduit à procéder à plusieurs ajustements. Ceux ci concernent notamment l'ensemble de la procédure, le renforcement du contradictoire, la révision du barème de sanction et l'amélioration de la gouvernance du contrôle T2A.

Ces modifications sont portées par le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 publié au *Journal officiel* du 30 septembre 2011. La présente circulaire vise à vous présenter d'une part ces nouvelles dispositions et, d'autre part, leurs mesures d'accompagnement ainsi que les dispositions transitoires.

1. Présentation des mesures relatives à la campagne de contrôle

Plusieurs mesures accompagnent les modifications réglementaires pour améliorer le dispositif de contrôle de la T2A.

1.1. Validation statistique par l'INSEE de la méthode de contrôle par échantillonnage

Le contrôle des facturations s'effectue, conformément à l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale et à ses dispositions d'application, sur certains segments d'activités déterminés par ciblage et sur lesquels est tiré un échantillon de dossiers médicaux.

Les fédérations d'établissements de santé ont exprimé la volonté de faire le bilan, d'un point de vue purement technique, des méthodes employées lors des contrôles.

En conséquence, à l'instar du travail réalisé par le centre de recherche en économie et statistique (CREST) en 1998 pour valider la méthodologie de contrôle par échantillonnage et extrapolations des cotisations dues par les employeurs, élaborée et mise en œuvre par les unions de recouvrement des

cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a été sollicité pour valider la méthode statistique de contrôle par échantillonnage mise en œuvre pour contrôler la tarification à l'activité des établissements de santé.

L'INSEE élaborera des recommandations sur la détermination de l'individu statistique et de ses variables auxiliaires, la constitution de la base d'échantillonnage et le traitement des atypies, le tirage de l'échantillon, et sur la détermination de l'assiette d'extrapolation. L'INSEE fournira une analyse distincte suivant que la méthode de contrôle porte sur les établissements de santé publics ou privés.

L'INSEE remettra son rapport mi-octobre 2011. Dans l'attente de ces recommandations, il est demandé d'être particulièrement vigilant sur les points susmentionnés pour le bon déroulement de la campagne en cours.

Ces travaux seront pris en compte dans le guide méthodologique de contrôle externe de la T2A. Celui-ci précisera également les modalités de définition du champ de contrôle.

1.2. Harmonisation des pratiques de contrôle : fréquence des contrôles sur un même établissement

Afin de répondre aux critiques de certains établissements de santé sur l'hétérogénéité des pratiques sur le contrôle T2A, il est préconisé, au niveau des ARS, des règles d'usage sur la fréquence des contrôles à engager sur un même établissement et sur le même champ de contrôle (1).

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

En conséquence, il est recommandé aux ARS de n'engager un nouveau contrôle du même établissement, sur la même activité ou sur le même type de prestations ou ensembles de séjours ayant des caractéristiques communes, que sur les facturations et le codage produits dans l'année qui suit celle au cours de laquelle a eu lieu la notification des griefs.

À titre exceptionnel, si un tel contrôle devait être engagé avant ce délai, en raison de mauvaises pratiques récurrentes et majeures, sur la même activité ou sur les mêmes séjours présentant une caractéristique commune antérieurement contrôlée, il est recommandé de n'engager que la procédure de répétition d'indus prévue à l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale (CSS), mais sans prononcer de sanction.

Ces recommandations n'excluent pas d'engager pour le même établissement des contrôles sur d'autres champs que ceux antérieurement contrôlés, et pour lesquels il pourra, le cas échéant, être prononcé une sanction. Pour autant, les programmes des contrôles devront veiller au respect de règles d'équité en matière de fréquence entre établissements de santé.

1.3. Clarification et partage des définitions et des bases réglementaires encadrant les priorités nationales de contrôle, par la refonte du guide de contrôle et la présentation des fiches méthodologiques de contrôle en amont de la campagne de contrôle

Tout d'abord, le guide du contrôle externe de la tarification à l'activité sera mis à jour d'ici novembre 2011 et sa révision fera l'objet d'une concertation des fédérations des établissements de santé. Il précisera les conditions d'homogénéité du champ de contrôle pour garantir la fiabilité de l'extrapolation.

Par ailleurs, afin de favoriser un meilleur partage des référentiels de contrôle, l'assurance maladie présentera aux fédérations des établissements de santé, en amont de la campagne de contrôle, les fiches méthodologiques du contrôle externe de la tarification.

Dans le cadre de l'organisation du contrôle externe T2A, les priorités nationales seront clarifiées par l'instauration d'une réunion de présentation associant l'ensemble des fédérations et visant à expliciter ces priorités.

Ainsi la campagne serait désormais constituée des étapes suivantes (calendrier indicatif) :

- février : les priorités de contrôle des facturations de l'année $n-1$ sont fixées après décision du conseil de l'hospitalisation ;
- avant la fin du mois d'avril : une réunion avec l'ensemble des fédérations est organisée au niveau national à l'initiative des acteurs responsables de l'organisation des contrôles : l'ATIH, l'État (DSS, DGOS) et l'assurance maladie (UNCAM). C'est au cours de cette réunion que seront clairement présentés, explicités et partagés, d'une part, les priorités nationales de contrôle (définitions et bases réglementaires) et, d'autre part, les textes législatifs, réglementaires, circulaires et instructions propres à la tarification à l'activité ainsi que les éléments indispensables du dossier qui permettront aux contrôleurs de juger de la justesse de la facturation ;
- à partir de juin : réalisation des contrôles sur site.

1.4. Renforcement du pilotage du contrôle T2A : suivi des contrôles T2A par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Désormais, le suivi des contrôles T2A sera intégré dans les missions de l'observatoire économique

(1) Un champ de contrôle se définit par certaines activités ou prestations ou par des séjours ayant des caractéristiques communes.

de l'hospitalisation publique et privée prévu à l'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale, au sein duquel seront présentées les priorités nationales de contrôle fixées chaque année ainsi que le bilan annuel des sanctions appliquées lors de la campagne précédente.

L'observatoire sera également un lieu d'échanges sur la procédure de contrôle et les fédérations d'établissement, membres de l'observatoire, auront notamment la possibilité de proposer toute mesure visant à améliorer la mise en œuvre des contrôles. Il pourra être saisi directement par les fédérations hospitalières, notamment pour signaler des difficultés dans l'application de la procédure des contrôles. Il n'aura néanmoins pas vocation à revêtir le rôle d'expert contentieux.

2. LES MODIFICATIONS RÉGLEMENTAIRES APPORTÉES AU CONTRÔLE T2A

2.1. Réalisation du contrôle et transmission du rapport de contrôle

2.1.1. Simplification de la procédure de transmission du rapport de contrôle

L'article R. 162-42-10 du CSS prévoit dorénavant que seul le médecin chargé de l'organisation du contrôle – et non toutes les personnes en charge du contrôle comme antérieurement – est responsable de la transmission du rapport de contrôle, à l'établissement pour observations, puis à l'unité de coordination régionale (UCR).

Par ailleurs, il est demandé aux médecins en charge du contrôle de transmettre un rapport détaillé mentionnant toutes les informations utiles sur les dossiers, notamment la période, l'objet, la durée ainsi que les résultats du contrôle. Une demande a été adressée par la CNAMTS à la CNIL pour envisager la possibilité d'une transmission électronique de ce rapport. Dans l'attente d'une réponse de la CNIL, il convient de s'en tenir aux échanges papier.

2.1.2. Extension du délai laissé aux établissements pour présenter leurs observations sur le rapport de contrôle

L'article R. 162-42-10 du CSS prolonge le délai laissé aux établissements pour présenter leurs observations sur le rapport de contrôle en le portant de quinze jours à trente jours.

2.2. Notification des indus et engagement de la procédure de recouvrement de l'indu

2.2.1. Le rapport de contrôle

Afin de tenir compte des recommandations de la deuxième chambre civile de la Cour de la cassation, l'article R. 162-42-11 du CSS prévoit tout d'abord que l'UCR transmette le rapport de contrôle aux organismes locaux d'assurance maladie ayant supporté les sur- et sous-facturations.

Cet article prévoit également que chaque caisse transmet à l'UCR le détail des surfacturations et des sous-facturations, en précisant à chaque fois la date, le montant, la cause et la nature de la sur- ou de la sous-facturation, dossier par dossier. Ce point est très important au regard des justifications étayant la décision qui sera prise.

La notification sera enrichie du détail des dossiers, y compris ceux ne présentant pas d'anomalies, après adaptation des outils.

2.2.2. Prise en compte des surfacturations et sous-facturations

Le contrôle T2A est un outil de régulation de la facturation des prestations d'hospitalisation entrant dans le champ de la tarification à l'activité et reposant sur une exactitude du codage. À ce titre, la prise en compte objective des sous-facturations est logique.

D'ores et déjà, l'article L. 162-22-18 du CSS mentionne, à propos du calcul de la sanction, la notion de « sommes indûment perçues », qui doivent être rapportées aux « sommes dues ». Le décret précise largement cette notion en prévoyant explicitement que doivent être prises en compte aussi bien les sommes résultant de sous-facturations que celles résultant de surfacturations.

Ainsi, lors du contrôle, les dossiers échantillonnés présentant des sous-facturations doivent être pris en compte dans la procédure de contrôle T2A, notamment lors de la procédure d'indu – cf. art. R. 133-9-3 du CSS et *infra* 1.3 – et de sanction – cf. art. R. 162-42-12 du CSS et *infra* 1.4. En effet, statistiquement, faute de prise en compte de ces sous-facturations, l'extrapolation ne serait pas cohérente avec le préjudice subi par l'assurance maladie.

2.3. Engagement de la procédure de compensation lors de la procédure de recouvrement

À l'issue du contrôle et afin de prendre en compte les sous-facturations constatées sur l'échantillon lors de la procédure de recouvrement de l'indu, l'article R. 133-9-3 du CSS prévoit que, lorsqu'il y a sous-facturation, la caisse engage simultanément, avec l'accord de l'établissement, la compensation sur les sommes résultant des sous-facturations.

L'attention des organismes locaux d'assurance maladie doit être attirée sur la nécessité de préciser, dans la notification d'indu, pour chaque dossier contrôlé, la date, la nature, la cause et le montant de l'indu correspondant. En outre, lorsqu'il y a sous-facturation, les organismes locaux

d'assurance maladie devront, dans la notification d'indu et de compensation, séparer, d'une part, les indus, résultant par définition des seules surfacturations constatées sur l'échantillon, et, d'autre part, les sous-facturations, en précisant systématiquement, pour chaque dossier contrôlé, la date, la cause, le montant et la nature de la sur- ou de la sous-facturation.

Dans le cas où il n'y aurait que des sous-facturations ou dans le cas d'une compensation favorable à l'établissement, l'organisme d'assurance maladie reversera à l'établissement les sommes dues.

Exemple 1 : à titre d'illustration, prenons l'exemple d'un établissement contrôlé sur une activité donnée.

Une caisse donnée est concernée par un échantillon de 350 dossiers. Il est constaté des surfacturations pour un montant de 20 000 € et des sous-facturations pour un montant de 5 000 €.

La caisse recouvrera donc un montant de 15 000 € et la notification précisera d'un côté le détail des dossiers contrôlés sur lesquels ont été remarquées des surfacturations sur l'intégralité des montants, et de l'autre le détail des dossiers contrôlés sur lesquels ont été remarquées des sous-facturations. Chaque caisse procédera de même.

2.4. Fixation du montant des sanctions

2.4.1. Calcul du montant maximal de la sanction

Le barème de sanction a été entièrement refondu. Désormais, le montant maximal de la sanction est fixé de la manière suivante :

1. Il convient tout d'abord de calculer le taux d'anomalies sur l'échantillon, qui est égal au quotient :

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

Ce taux d'anomalie est multiplié par le montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes aux activités, prestations ou ensemble de séjours ayant fait l'objet du contrôle. Le résultat fournit une première borne supérieure de la sanction.

2. Ensuite, il convient de calculer dix fois le montant résultant de la différence entre les sur- et les sous-facturations constatées sur l'échantillon ; il s'agit d'une deuxième borne supérieure.

3. Enfin, il faut calculer le montant représenté par 5 % des recettes annuelles totales de l'assurance maladie de l'établissement au titre de l'année civile antérieure au contrôle qui constitue la troisième borne.

Le montant maximum de la sanction est le plus petit des montants trouvés aux 1, 2 et 3.

Exemple 2 : l'activité faisant l'objet du contrôle représente un faible nombre de dossiers.

Prenons le cas d'un établissement contrôlé sur l'activité des urgences, représentant un montant total de recette de 500 000 €. Sur l'échantillon de 200 dossiers contrôlés, il a été constaté un montant de surfacturations de 5 000 €, et un montant de sous-facturation de 2 000 €, sachant que les recettes de l'établissement correspondant aux 200 dossiers auraient dû être de 20 000 €. Cette dernière somme correspond en effet au montant des recettes que l'établissement aurait dû effectivement percevoir. Enfin, l'établissement a un montant total annuel de recettes de l'assurance maladie de 10 M€.

On a donc :

- le préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon est donc de :
 $5\,000\text{ €} - 2\,000\text{ €} = 3\,000\text{ €}$;
- le taux d'anomalies constaté sur l'échantillon est donc de :
 $(5\,000 - 2\,000) / 20\,000\text{ €} = 3\,000\text{ €} / 20\,000\text{ €} = 15\%$;
- le montant maximal de la sanction est égal à : $15\% \times 500\,000\text{ €} = 75\,000\text{ €}$ (1^{re} borne) ;
- le plafond de dix fois le préjudice subi par l'assurance maladie sur l'échantillon est de :
 $10 \times 3\,000\text{ €} = 30\,000\text{ €}$ (2^e borne) ;
- le plafond absolu est de : $5\% \times 10\text{ M€} = 500\,000\text{ €}$ (3^e borne).

En conséquence, le montant maximal de la sanction est de 30 000 €.

Exemple 3 : l'activité faisant l'objet du contrôle représente un grand nombre de dossiers.

Reprenons l'exemple présenté *supra* : un établissement de santé contrôlé sur l'activité d'un GHS donné, représentant un montant total de recette de 500 000 €. Sur l'échantillon de 350 dossiers contrôlés, il a été constaté un montant de surfacturations de 20 000 €, et un montant de sous-facturation de 5 000 €, sachant que les recettes de l'établissement correspondant aux 350 dossiers auraient dû être de 100 000 €. Cette dernière somme correspond en effet au montant des recettes que l'établissement aurait dû effectivement percevoir. Enfin, l'établissement a un montant total annuel de recettes de l'assurance maladie de 10 M€.

On a donc :

- le préjudice subi par l'assurance maladie constaté sur l'échantillon est donc de :
 $20\,000\text{ €} - 5\,000\text{ €} = 15\,000\text{ €}$;

- le taux d'anomalies constaté sur l'échantillon est donc de :
 $(20\ 000 - 5\ 000) / 100\ 000 \text{ €} = 15\ 000 \text{ €} / 100\ 000 \text{ €} = 15 \%$;
 - le montant maximal de la sanction est égal à : $15 \% \times 500\ 000 \text{ €} = 75\ 000 \text{ €}$;
 - le plafond de dix fois le préjudice subi par l'assurance maladie sur l'échantillon est de :
 $10 \times 15\ 000 \text{ €} = 150\ 000 \text{ €}$;
 - le plafond absolu est de : $5 \% \times 10 \text{ M€} = 500\ 000 \text{ €}$.
- En conséquence, le montant maximal de la sanction est de 75 000 €.

2.4.2. Critères de modulation de la sanction

La sanction vise à garantir le respect des règles de codage par les établissements de santé. Sa bonne application appelle une pratique homogène entre les différents établissements et les différentes régions. Les critères de modulation proposés *infra* visent donc à harmoniser les pratiques des directeurs généraux des ARS dans la fixation du montant des sanctions.

C'est dans cette perspective qu'aux termes de l'article R. 162-42-13 du CSS, le directeur général de l'ARS prononce la sanction après avis de la commission de contrôle puis la notifie à l'établissement. Le montant de la sanction est déterminé en fonction de la gravité et du caractère réitéré des faits et en application des dispositions de l'article R. 162-42-12 du CSS. Le pouvoir d'appréciation incombe donc au directeur général de l'ARS qui peut prononcer une sanction en deçà du montant maximal.

Le DGARS peut ne pas suivre l'avis de la commission. Dans ce cas, il doit motiver sa décision (art. R. 162-42-13).

Appréciation de la gravité des manquements

Afin d'éviter une trop grande hétérogénéité des pratiques, la gravité des faits pourra être notamment appréciée en fonction des critères suivants :

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

Caractère réitéré des manquements

L'article 115 de la LFSS pour 2011 a modifié l'article L. 162-22-18 du CSS en ajoutant le « caractère réitéré des manquements » dans les critères de modulation du montant de la sanction.

Il est proposé de considérer qu'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 ;
- le manquement doit être constaté sur une autre campagne que celle au cours de laquelle a été constatée la première occurrence du manquement de l'établissement contrôlé.

L'espacement entre ces deux campagnes doit être suffisant pour avoir laissé le temps à l'établissement de corriger ses pratiques de codage : tout nouveau contrôle doit être réalisé sur les facturations émises au moins trois mois après notification des indus.

2.5. Procédure de sanction et phase de contradictoire

L'article R. 162-42-13 du CSS détaille la procédure de sanction (*cf.* deux tableaux en annexe décrivant la chronologie de la procédure).

L'attention des directeurs généraux des ARS est attirée sur l'importance du respect des délais qui leur sont opposables : l'article R. 162-42-13 du CSS prévoit en effet que si le directeur général d'ARS ne respecte pas l'un des délais, la procédure est réputée abandonnée, afin de ne pas laisser trop longtemps l'établissement dans l'incertitude. La procédure instaurée par le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 nécessite donc un suivi rigoureux des délais.

Par ailleurs, l'article R. 162-42-13 du CSS prévoit désormais que, outre les observations de l'établissement sur le rapport de contrôle, ainsi que celles présentées au directeur général de l'ARS, l'établissement en cause peut adresser ses observations et/ou être entendu, à sa demande, par la commission de contrôle, dans le délai de deux mois imparti à la commission pour rendre son avis. L'établissement en cause peut également se faire assister ou représenter par la personne de son choix.

Ainsi, en résumé :

- à l'issue du contrôle externe sur site, le rapport établi et signé par le médecin chargé de l'organisation du contrôle, est communiqué à l'établissement de santé, par tout moyen permettant de déterminer la date de réception ; l'établissement dispose alors d'un délai de trente jours pour faire connaître, le cas échéant, ses observations ;
- le directeur général de l'ARS adresse à l'établissement de santé une notification précisant le montant maximal de la sanction encourue ; à compter de la date de réception de cette notification, l'établissement dispose d'un délai d'un mois pour demander à être entendu ou présenter ses observations écrites ;

- à l'expiration du délai d'un mois, sans réponse de l'établissement ou à partir de la date de l'audition de l'établissement ou à partir de la date de réception des observations écrites de l'établissement, le directeur général de l'ARS dispose d'un délai d'un mois pour saisir la commission de contrôle, s'il souhaite poursuivre la procédure ;
- à compter de sa saisine par le directeur général de l'ARS, la commission de contrôle dispose d'un délai de deux mois pour adresser son avis. Elle informe l'établissement de santé qu'il peut présenter ses observations écrites ou être entendu par elle, en lui indiquant la date de l'audition, date compatible avec le délai imparti de deux mois pour rendre son avis. Avant l'expiration de ce délai, la commission de contrôle adresse son avis au directeur général de l'ARS et à l'établissement de santé ;
- le directeur général de l'ARS, à compter de la date de réception de l'avis de la commission de contrôle ou de la date à laquelle celui-ci est réputé avoir été rendu, dispose d'un délai d'un mois pour prononcer la sanction et adresser la notification à l'établissement. Cette notification précise notamment le montant des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes au champ ou à l'activité contrôlée. A défaut du respect de ce délai d'un mois par le directeur général de l'ARS, la procédure est réputée abandonnée ;
- si le directeur général de l'ARS décide de ne pas prononcer de sanction, il notifie sa décision à l'établissement dans un délai d'un mois et communique les motifs de sa décision à la commission de contrôle dans le même délai.

2.6. Composition de la commission de contrôle

La composition de la commission de contrôle est prévue à l'article L. 162-22-18 du CSS. Elle est composée à parité de représentants de l'ARS et de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical.

Afin de garantir le principe d'impartialité, il est impératif que les représentants de l'ARS et des organismes et service médical d'assurance maladie appelés à y siéger ne soient pas l'une des personnes membres de l'UCR ou ayant réalisé le contrôle sur lequel la commission est saisie. Le recours aux suppléants devrait permettre, le cas échéant, de s'assurer du respect du principe posé.

2.7. Révision de la sanction si l'indu est revu suite au recours contentieux

Le IV de l'article R. 162-42-13 du CSS prévoit que si, à la suite d'un recours contentieux devant une juridiction du contentieux général de la sécurité sociale (TASS, cour d'appel) en contestation de l'indu, une décision juridictionnelle exécutoire aboutit à un montant d'indu inférieur à celui notifié initialement, alors l'(es) organisme(s) d'assurance maladie informe(nt) le directeur général de l'ARS qui procède au réexamen du montant de la sanction en fonction du montant d'indu résultant de la (des) décision(s) juridictionnelle(s).

2.8. Outil de suivi des sanctions résultant des contrôles T2A : Susana

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a mis en place un outil de suivi des sanctions T2A, Susana, destiné à réaliser le suivi des sanctions notifiées dans le cadre du contrôle T2A et des contentieux administratifs (TA, cour d'appel et Conseil d'État) qui peuvent en découler. L'ATIH a fait parvenir aux correspondants régionaux sur le sujet du contrôle T2A une notice technique leur demandant de renseigner l'historique des contrôles.

Pour que cet outil puisse permettre un suivi des résultats des contrôles sur l'ensemble des régions, il importe que la saisie soit fiable et exhaustive. Je remercie les directeurs généraux des ARS de bien vouloir être vigilant sur la qualité et l'exhaustivité du renseignement de ces données dans l'applicatif.

L'exploitation de Susana permettra de rendre un rapport annuel sur le suivi des sanctions et des contentieux résultant du contrôle T2A. Ce rapport sera notamment communiqué à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

3. Entrée en vigueur et dispositions transitoires

Les nouvelles dispositions prévues par le décret entrent en vigueur le 1^{er} octobre 2011, y compris les règles de plafonnement figurant au 2.4.1 de la présente circulaire.

Toutefois, l'attention des directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie et des directeurs généraux des ARS est attirée sur la nécessité de respecter les dispositions transitoires du décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011.

Le point de départ de la procédure est fixé par l'article R. 162-42-10 du CSS. L'agence régionale de santé informe l'établissement de santé de l'engagement du contrôle par tout moyen permettant de déterminer la date de réception. Elle précise les activités, prestations ou ensembles de séjours ainsi que la période sur lesquels porte le contrôle, le nom et la qualité du médecin chargé de l'organisation du contrôle et la date à laquelle il commence.

La durée des contrôles n'est limitée par aucune condition législative ou réglementaire.

Concernant la campagne de contrôle 2011, la notification de contrôle sur les facturations 2010 doit être envoyée après la sortie du décret et avant le 31 décembre 2011, de façon à ce que le calcul du plafond de la sanction portant sur les 5 % de recettes annuelles d'assurance maladie s'applique bien aux recettes 2010.

3.1. En termes de procédure de sanction, les nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les procédures de sanction qui n'ont pas été notifiées au 1^{er} octobre 2011

Les nouvelles règles de procédure, plus protectrices pour les établissements, s'appliquent aux procédures de sanctions pour lesquelles la notification de sanction prévue à l'article R. 162-42-13 du CSS n'a pas été adressée à la date d'entrée en vigueur du décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011, i.e. au 1^{er} octobre 2011.

En particulier, l'attention des directeurs généraux des ARS est appelée sur le fait que :

- les sanctions non encore notifiées devront donc passer en commission de contrôle et les établissements devront se voir proposer la possibilité d'être entendus ou de présenter leurs observations, en application du II de l'article R. 162-42-13 du CSS, dans le respect des délais précisés à cet article courant à partir de la saisine de la commission ;
- les contrôles non encore réalisés au 1^{er} octobre 2011 devront prendre en compte les surfacturations et les sous-facturations ;
- les rapports de contrôle non encore communiqués aux établissements au 1^{er} octobre 2011 ne sont signés que du médecin chargé de l'organisation du contrôle, et les établissements disposent de trente jours pour présenter leurs observations, en application du R. 162-42-10 du CSS ;
- les courriers d'engagement du contrôle, prévus au premier alinéa de l'article R. 162-42-10 du CSS, non encore envoyés au 1^{er} octobre 2011 sont signés par le directeur général de l'ARS et mentionne le nom du médecin chargé de l'organisation du contrôle.

La campagne 2011 sur les facturations 2010 doit donc intégrer les nouvelles dispositions susmentionnées.

3.2. En termes de recouvrement d'indu et de compensation, les nouvelles dispositions s'appliquent à toutes les procédures de répétition de l'indu et de compensation débutant après le 1^{er} octobre 2011

Les nouvelles dispositions réglementaires, notamment le nouvel article R. 133-9-3 du CSS, prévoient que, désormais, si des sous-facturations sont constatées sur l'échantillon, elles doivent être déduites des indus lors de la procédure de recouvrement prévue à l'article R. 133-9-1 du CSS.

La procédure prévue à l'article R. 133-9-3 du CSS s'applique à toutes les procédures de répétition d'indus et de compensation débutant après le 1^{er} octobre 2011.

L'attention des directeurs d'organismes locaux d'assurance maladie doit être à nouveau attirée sur la nécessité de demander préalablement l'accord à l'établissement de procéder à la compensation.

3.3. En termes de sanction

S'agissant des sanctions pouvant résulter du contrôle T2A, la règle est celle d'une application des nouvelles règles aux procédures de sanction relatives à des faits commis antérieurement au 1^{er} octobre 2011 et qui n'ont pas été notifiées à cette date, sauf si ces règles sont moins favorables que les dispositions antérieures.

Ainsi :

- si l'ancien barème est plus sévère que le nouveau, il convient d'appliquer le nouveau barème (1) aux faits commis antérieurement à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions ;
- si l'ancien barème est moins sévère que le nouveau, les faits commis antérieurement à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions demeurent régis par l'empire des anciennes dispositions.

Par conséquent, pour la détermination du montant maximal de la sanction, il convient de comparer le montant de la sanction encouru sous l'ancien barème et le nouveau et limiter la sanction maximale au moins élevé des deux montants.

Plus précisément, il convient de distinguer les cas suivants, en fonction de la date des facturations par rapport à la date d'entrée en vigueur des nouvelles dispositions :

- facturations ultérieures au 1^{er} octobre 2011 : c'est le cas le plus simple, le montant maximal de la sanction est strictement régi par le nouveau barème. Ainsi, dès la campagne 2013 sur les facturations 2012, le barème instauré par le décret n° 2011-1209 du 29 septembre 2011 s'applique sans équivoque ;
- facturations antérieures au 1^{er} octobre 2011 : pour les faits commis antérieurement au 1^{er} octobre 2011, pour la détermination du montant maximal de la sanction encourue, il faut comparer le montant de la sanction encourue sous l'ancien barème et le nouveau barème et limiter la sanction maximale au moins élevé des deux montants.

Ainsi, pour la campagne de contrôle 2011 portant sur les facturations 2010, l'attention des directeurs généraux des ARS est attirée sur le fait qu'il leur faudra systématiquement comparer les deux montants et ne retenir pour montant maximal de sanction que le plus faible des deux.

(1) Décision n° 80-127 DC du 20 janvier 1981, cons. 75 : « Le fait de ne pas appliquer aux infractions commises sous l'empire de la loi ancienne la loi pénale nouvelle, plus douce, revient à permettre au juge de prononcer les peines prévues par la loi ancienne et qui, selon l'appréciation même du législateur, ne sont plus nécessaires ».

L'applicatif Valco (1) est mis à jour par l'ATIH pour produire les montants maximaux en application de l'ancien et du nouveau barème et indiquer quel montant maximal doit être retenu.

Pour la campagne 2012, sur les facturations 2011, les facturations contrôlées porteront potentiellement pour partie sur la période avant le 1^{er} octobre 2011, pour partie sur la période après. Là encore, il convient de comparer le montant de la sanction encourue sous l'ancien barème et le nouveau. Il convient ensuite de limiter la sanction maximale au moins élevé des deux montants.

Le cas échéant, le montant de la sanction devra tenir compte du fait que l'échantillon ayant donné lieu au contrôle est sensiblement différent de l'échantillon qui aurait été obtenu en application de la nouvelle méthodologie validée par l'INSEE.

*
* *

Nous vous remercions de veiller à la bonne application des nouvelles dispositions, notamment au caractère objectif du contrôle pour que l'échantillon soit aléatoire, représentatif et que les sous-facturations soient prises en compte. Nous attirons votre attention sur la bonne application des dispositions transitoires pour les campagnes 2011 et 2012, pour garantir la sécurité juridique des procédures. Enfin, nous insistons sur le fait que la sincérité et la construction des relations entre établissements de santé, ARS et assurance maladie passent par une application rigoureuse, diligente et objective des mesures ici présentées et sur les bonnes intentions partagées de chacune des parties prenantes.

Pour le ministre du travail, de l'emploi et de la santé et par délégation :

Le directeur de la sécurité sociale,

D. LIBAULT

La directrice générale de l'offre de soins,

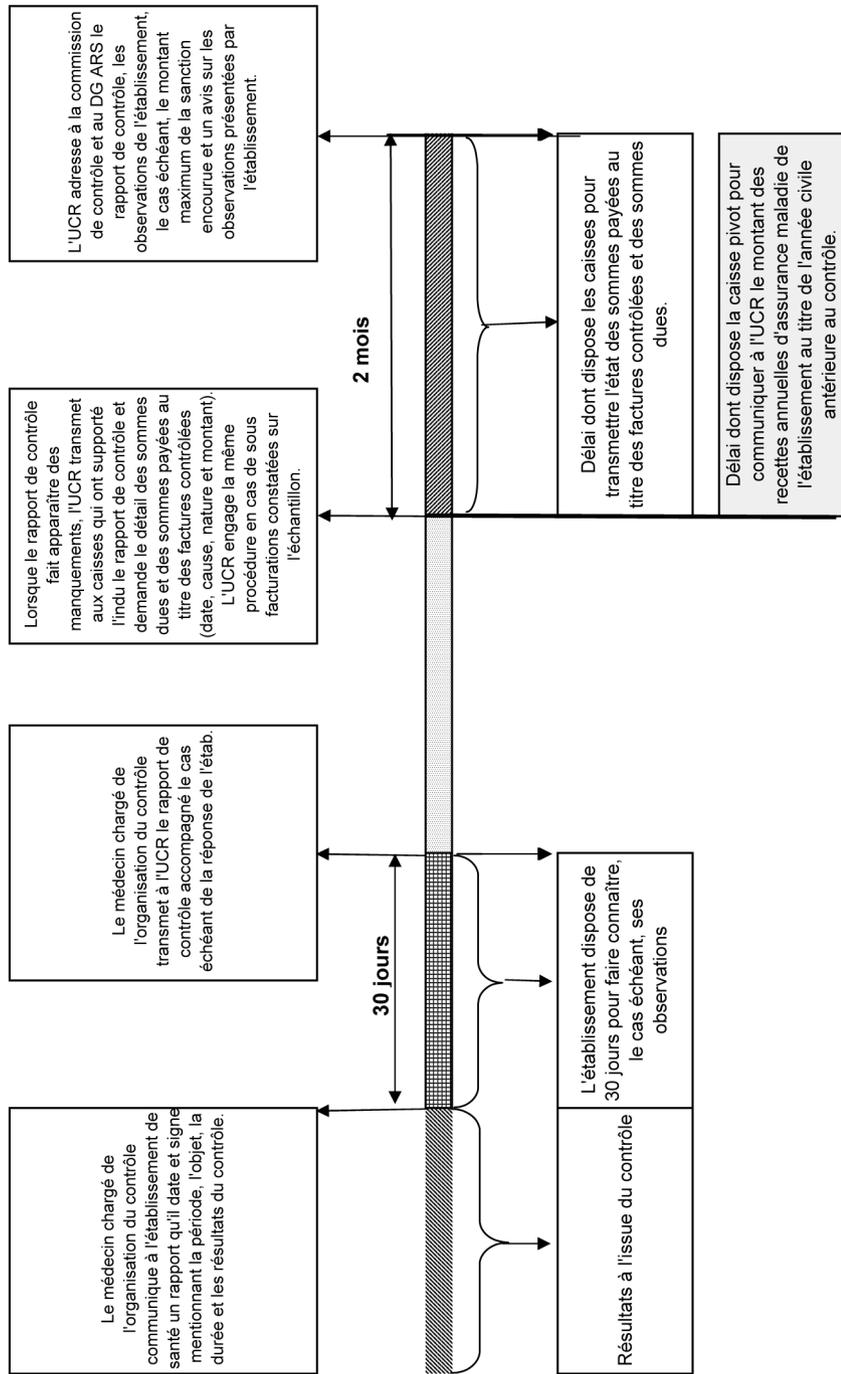
A. PODEUR

(1) VALCO : outil servant à calculer le montant maximal des sanctions.

ANNEXE

SANCTION T2A

- APPLICATION
 DES ARTICLES R.162-42-10 ET R.162-42-11 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE -



SANCTION T2A - APPLICATION DE L'ARTICLE R.162-42-13 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE -

