

Guide d'auditabilité

DES RECETTES T2A MCO



DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS



SOFIMe 
Société Francophone d'Information Médicale

TABLE DES MATIERES

1	Préambule : Objectifs de ce guide	4
2	Principes généraux d'une politique d'assurance qualité traçable	5
3	La démarche d'audit et les diligences effectuées par le commissaire aux comptes	9
4	Généralités sur les contrôles du DIM	12
5	Risques d'anomalies identifiables par le DIM	14
5.1	<i>Exhaustivité</i>	14
5.1.1	Actes	14
5.1.2	Diagnostics.....	14
5.1.3	Dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO)	15
5.2	<i>Délais</i>	16
5.3	<i>Qualité</i>	17
5.3.1	Procédures d'optimisation	17
5.3.2	Cas particuliers de certains types d'hospitalisation	17
5.3.3	Analyse des hospitalisations n'ayant fait l'objet d'aucune sélection d'atypie.....	17
6	Autres risques qui relèvent généralement des autres métiers de la chaîne de facturation	18
6.1	<i>Produits de l'activité</i>	18
6.1.1	Hospitalisations	18
6.1.2	Activité externe (y compris les urgences)	19
6.1.3	Autres risques.....	19
6.2	<i>De l'envoi des données jusqu'à la validation</i>	21
6.2.1	Rapprochement du fichier VID-HOSP avec le fichier des séjours.....	21
6.2.2	Synchronisation des fichiers complémentaires.....	21
6.2.3	Validation financière des fichiers chargés.....	21
6.3	<i>Séjours à cheval</i>	22
6.3.1	Rattachement des produits à l'exercice	22
6.3.2	Comptabilisation et valorisation des séjours à cheval	22
7	Annexes	23

7.1	<i>Annexe n°1 Fiche n° 16 : « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval »</i>	23
7.2	<i>Annexe n°2 – Rôle du Département d'information médicale</i>	24

1 PREAMBULE : OBJECTIFS DE CE GUIDE

Ce guide est le fruit des réflexions menées dans le cadre d'un groupe de travail national réunissant des médecins DIM et des commissaires aux comptes.

L'objectif de ce guide est d'éclairer les commissaires aux comptes sur les démarches d'assurance qualité du DIM et les DIM sur les principales modalités d'audit du processus des recettes (séjours) par les certificateurs.

Il constitue un document descriptif des bonnes pratiques des DIM et doit contribuer à la bonne coopération entre le certificateur qui audite les comptes de l'établissement et le médecin d'information médicale (MIM) responsable du PMSI de ce même établissement. Ce document ne porte que sur le champ MCO.

Il s'agit d'une première version **susceptible d'évoluer** en fonction des travaux intégrant les différents métiers de la chaîne de facturation menés dans les établissements et de la poursuite des réflexions, de l'évolution de la réglementation et de l'avancement du projet FIDES ou de la généralisation du PES V2 par exemple.

2 PRINCIPES GENERAUX D'UNE POLITIQUE D'ASSURANCE QUALITE TRAÇABLE

La valorisation / facturation des séjours dans les établissements de santé s'inscrit dans un processus de gestion du risque :

- les modalités de valorisation de l'activité, en particulier celle des séjours d'hospitalisation, font que l'établissement est confronté à une absence de situation binaire, juste ou fausse, des valorisations / factures.
- chaque élément constitutif d'un dossier (acte CCAM, diagnostic, supplément, molécule onéreuse, dispositif médical, mais également type de couverture...) aboutissant à une facturation peut être remis en question par le patient (par exemple ALD rétrospective), par le payeur (contrôles externes jusqu'à deux ans après la sortie du patient, pertinence des actes...) et par l'établissement lui-même.

- Chaque dossier s'évalue à un moment donné, sur une échelle de risque de valorisation / facturation allant de 100% (dossier faux) à 0% (dossier juste) ; Pour diminuer le niveau de risque global, l'établissement doit investir dans un processus d'assurance qualité visant à augmenter le niveau de qualité de la production, et diminuer ainsi le risque de contestation ultérieure (nombre d'ETP dans la production, le contrôle et l'analyse des données produites, sécurisation des interfaces inter logicielles, programmes de recueils adaptés aux enjeux, infocentres et logiciels spécifiques de requêtage et de statistiques...).

- les gains associés à l'augmentation des ressources suivent une courbe asymptotique : l'établissement doit donc arbitrer le niveau d'investissement optimal au regard du rapport investissements complémentaires – diminution attendue du risque.

Le niveau d'investissement dans le plan d'assurance qualité (PAQ) et la nature de celui-ci dépendent des établissements. L'enjeu pour l'établissement doit être de s'assurer de l'existence d'une tel plan, d'en (ré) évaluer la teneur, de vérifier sa mise en œuvre effective et de s'enquérir de ses résultats dans la perspective des enjeux liés à la sécurisation de la chaîne des recettes. Comme tout processus d'assurance qualité, celui-ci a vocation à évoluer dans le temps afin de permettre le traitement des points de fragilité éventuellement constatés dans le cadre d'objectifs à mise en œuvre phasée.

Le fonctionnement d'une grande partie des établissements publics de santé est actuellement organisé en silo, parallèle à celui des remontées d'informations : le bureau des entrées est responsable de la gestion administrative des patients, le DIM de la mise en forme des données médicales dans le cadre du codage des séjours et la pharmacie des molécules onéreuses et dispositifs médicaux. Les éléments à prendre en compte pour l'évaluation du risque de valorisation / facturation vont au-delà de la sphère de responsabilité directe du DIM et doivent impérativement couvrir les données de la gestion administrative (a minima celles du VidHosp) et les données du FichComp pour une analyse commune et croisée, afin d'outiller les échanges transversaux entre acteurs.

Le principe de base du PAQ est d'améliorer les pratiques de recueil et de centralisation des éléments de valorisation médico-économique de l'activité, permettant une correction des dysfonctionnements passant en particulier par la mise en œuvre de mesures correctrices. Au fil du temps, les contrôles effectués et les actions de prévention vont faire diminuer les erreurs identifiées jusque-là. Le PAQ s'attachera chaque année à dépister les risques nouveaux.

Ainsi, le contenu du PAQ dépend étroitement :

- des organisations de codage mises en place (centralisé, déconcentré, décentralisé) ;
- de la qualité de tenue des dossiers médicaux plus particulièrement des comptes-rendus médicaux;
- des bilans annuels des PAQ antérieures.

Son principe de base repose sur un ciblage des dossiers à contrôler par application de règles. Il s'appuie a minima sur les éléments présents dans les différents flux de données, prenant en compte des critères objectifs liés au contenu des éléments intervenant dans la valorisation / facturation et des critères plus subjectifs associés au contexte de production (type d'activité, pratiques constatées de codage...). Son objectif est de hiérarchiser la pertinence de chaque contrôle pour aboutir à une priorisation des dossiers à revoir, garant du juste emploi des ressources du DIM. Les notions de « potentiel de modification » et « potentiel de gain » d'une règle jouent un rôle majeur dans cette hiérarchisation.

Dans ce cadre, pour outiller l'établissement, il est nécessaire d'industrialiser dans les logiciels de production ou de contrôle des données médico-économiques les modalités de production et de partage des éléments suivants :

- traçabilité des règles de contrôle mises en œuvre ;
- impression – objectivation sous forme lisible par le tout venant ;
- statistiques du nombre de dossiers repérés par l'application de chaque règle ;
- bilan du nombre de dossiers touchés ;
- traçabilité des retours au dossier ;
- traçabilité des modifications de valorisation ;
- production des indicateurs de suivi par période.

En complément, un contrôle de dossiers non repérés par l'environnement de contrôle sur base de règles doit être mis en œuvre ; les logiciels de production ou de contrôle de données doivent proposer une fonction de ciblage aléatoire sur cette population.

À partir des fonctions de traçabilité incorporées aux logiciels de production ou de contrôle, et sur la base de statistiques de bilan sur période, le principe d'une production d'un rapport annuel de la PAQ est posé, permettant la mise en perspective de l'activité réalisée par rapport aux objectifs de l'année antérieure, et la fixation d'objectifs pour l'année à venir.

Recommandation générale

L'attention est appelée sur le fait que les points de contrôle qui sont proposés dans ce guide ne reflètent pas nécessairement la situation de chaque établissement. Seule l'analyse des différents processus permet de dégager les risques principaux d'un établissement donné.

L'intérêt d'un tel document n'est donc pas de maîtriser l'intégralité des risques présentés mais d'analyser l'organisation de l'établissement et de repérer, au regard de la pratique, les différentes procédures à formaliser, les points de contrôle nécessaires en commençant par les risques les plus élevés en terme d'impact financier et à la plus forte probabilité de survenue. Il importe de s'assurer que l'organisation de l'établissement permet de maîtriser ces points de contrôle dans le cadre du PAQ.

Cette détection des risques majeurs permettra dans un second temps d'établir la liste des contrôles clés et les mesures de maîtrise des risques adaptées à chaque situation.

Points d'attention

Le caractère stratégique du cycle des recettes est évident pour la vie de l'hôpital, il l'est également pour la fiabilisation de ses comptes eu égard aux masses financières en jeu. Un travail approfondi sur les différents processus qui composent ce cycle est donc de nature à améliorer le niveau des recettes de l'établissement et à rationaliser ses coûts de gestion, tout en œuvrant à l'amélioration de la qualité de ses comptes.

Les processus identifiés dépassent le seul cadre des contrôles mis en place par le DIM. Ils se rapportent au cœur de métier de l'hôpital : l'accueil du patient et la délivrance des soins.

Le dispositif de maîtrise des risques à mettre en place remonte à des étapes situées très en amont des écritures comptables : l'accueil médico-administratif du patient et le recueil de l'activité constituent des étapes déterminantes pour la qualité des opérations comptables qui s'en suivront. C'est pourquoi les risques ont été séparés en deux classes :

- les risques d'anomalies identifiables par le DIM qui est le plus souvent celui qui les traitera en collaboration avec les autres professionnels (par exemple pharmacien pour les molécules onéreuses)
- les autres risques auxquels le DIM peut être confronté et qui relèvent généralement des autres métiers de la chaîne de facturation dont identito-vigilance, voire des organisations médico-soignantes.

Identification des risques principaux

Le processus de recueil et de facturation des produits de l'activité concentre les risques les plus importants à la fois du point de vue de l'enjeu financier et de la probabilité de sa survenance. La complexité de ce processus explique en grande partie le niveau de risque comptable et financier.

Les facteurs de complexité trouvent leur origine dans :

- le nombre d'intervenants et la diversité de leurs métiers,
- l'impact des organisations hospitalières ou propres à l'assurance maladie,
- le volume exceptionnellement élevé d'informations à traiter et leur hétérogénéité,
- l'hétérogénéité des systèmes d'information mobilisés et la multiplicité des interfaces nécessaires,
- la complexité des réglementations appliquées,
- l'intervention d'acteurs externes à l'hôpital comme par exemple l'ATIH ou les CPAM, à la fois facteurs de complexité et facteurs de sécurisation du processus,
- et même la configuration géographique des locaux qui impacte l'organisation des services et la circulation des patients.

Les processus visités dans ce guide ont été listés à partir du recueil de l'expérience des membres du groupe de travail en considérant qu'ils peuvent donner lieu à un contrôle par le commissaire aux comptes. Ceux-ci ne sont ni obligatoires ni exhaustifs, ils sont choisis et réalisés par le commissaire aux comptes en fonction des particularités de l'établissement audité et des constats qu'il aura pu dresser sur la robustesse du contrôle interne.

A dire d'experts, il s'agit des procédures les plus sensibles, dans tous les établissements et qui méritent donc un diagnostic approfondi et un dispositif de maîtrise des risques particulièrement organisé et rigoureux car ils emportent de forts risques financiers.

Pour chacune de ces zones ont été décrits le risque et la nature du contrôle à mettre en place ; il appartient ensuite à chaque établissement, au regard de son organisation, d'identifier les acteurs en responsabilité des contrôles.

Il est rappelé que ces contrôles doivent être obligatoirement tracés pour l'ensemble de l'année, ainsi que les éventuelles modifications de valorisation résultant du processus de contrôle, afin que le commissaire aux comptes puisse détenir la preuve que le contrôle a bien été effectué et que le risque en regard est bien couvert. Tout contrôle non tracé est réputé ne pas exister. La consolidation des contrôles doit pouvoir se faire sur l'année calendaire et l'année PMSI.

S'il peut être considéré que les principaux risques ont été détectés, les exemples de mesures de maîtrise des risques ne constituent pas une liste exhaustive ni définitive. Les médecins DIM pourront enrichir les propositions sur le traitement et le contrôle des données médicales et proposer des outils adaptés à leur mission. Dans le cadre du projet FIDES, d'autres dispositions pourront venir enrichir le dispositif de maîtrise des risques.

C'est à l'établissement de choisir la régularité des contrôles effectués. Les exemples ici donnés le sont à titre indicatif.

3 LA DEMARCHE D'AUDIT ET LES DILIGENCES EFFECTUEES PAR LE COMMISSAIRE AUX COMPTES

Les comptes des établissements publics de santé sont soumis à la certification des commissaires aux comptes.

Le commissaire aux comptes est un professionnel indépendant, nommé pour 6 exercices :

- soumis à des normes d'exercice professionnel (NEP) strictes ainsi qu'à un ensemble de règles déontologiques ;
- sous la tutelle du Ministère de la justice et soumis à un contrôle qualité régulier exercé par le H3C¹ ;
- responsable pénalement, civilement et soumis à d'éventuelles sanctions disciplinaires.

L'article L. 823-9, alinéa 1, du Code de commerce fixe la mission du commissaire aux comptes :

« Les commissaires aux comptes certifient, en justifiant de leurs appréciations, que les comptes annuels sont réguliers et sincères et donnent une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de la société à la fin de cet exercice ».

Il peut, sous sa responsabilité, faire appel à tout expert de son choix, pour l'assister dans la réalisation des travaux lui permettant d'asseoir son opinion.

Pour ce qui concerne le cycle des recettes (notamment pour l'activité « séjours »), compte tenu de la volumétrie des opérations de facturation, le commissaire aux comptes fonde principalement son approche d'audit sur l'existence et les modalités de mise en œuvre du contrôle interne pour s'assurer que l'activité facturable est justifiée, prise en compte exhaustivement, et correctement valorisée.

Pour effectuer ses travaux, le commissaire aux comptes pourra notamment faire intervenir un Médecin d'Information Médicale expert, (MIM expert), tout comme un expert en systèmes d'information.

Le MIM Expert est choisi par le commissaire aux comptes dans le respect de la NEP 620 – *intervention d'un expert*, qui requiert le choix d'un expert indépendant et dont il apprécie préalablement la compétence professionnelle. Cette indépendance peut s'apprécier par plusieurs éléments comme le fait qu'il ne soit pas intervenu, ou n'a pas d'intervention prévue dans l'établissement qu'il doit auditer, qu'il n'aie pas de lien de dépendance avec un décideur de l'établissement ou que son établissement ou sa structure de rattachement n'appartienne pas à la même région que l'établissement dans lequel il intervient pour cette mission de certification des comptes.

La compétence peut s'apprécier au regard des diplômes et des qualifications de la personne, de même qu'à travers son expérience et sa réputation dans le domaine concerné.

Le commissaire aux comptes mandate le MIM expert dans une lettre de mission spécifique.

Tout conflit d'intérêt doit être déclaré par le MIM expert au commissaire aux comptes.

¹ Haut Conseil du commissariat aux comptes - <http://h3c.org/accueil.htm>

La démarche générale que va suivre le commissaire aux comptes pour l'audit des recettes « séjours » peut être la suivante :

- Identification des risques d'audit spécifique relatifs aux recettes afférentes aux séjours d'hospitalisation, avec l'assistance du MIM expert,
- Etablissement par le commissaire aux comptes d'instructions (programme de travail) précisant la nature et l'étendue des travaux confiés au MIM expert,
- Intervention du MIM expert en présence - le cas échéant pour certaines phases de l'intervention - d'un membre de l'équipe d'audit des commissaires aux comptes
- Evaluation des travaux du MIM expert par le commissaire aux comptes
- Intégration des conclusions du MIM expert dans le dossier du commissaire aux comptes pour lui permettre de documenter ses propres conclusions sur l'audit des recettes.

En pratique, dans le cadre de l'audit, les travaux du commissaire aux comptes assisté par le MIM expert, consistent principalement à revoir :

- l'appréciation des risques d'erreur menée par le médecin d'information médicale sur la base des éléments constitutifs du Plan d'Assurance Qualité du DIM;
- les procédures en vigueur de capture et de contrôle de l'information médicale destinées à réduire ou faire disparaître ces risques (incluant les applications métier) ;
- la fiabilité des interfaces de ces différentes applications jusqu'à l'entrée dans la sphère comptable et financière et du contrôle de gestion, avec le cas échéant, le concours d'un expert SI;
- les tests de contrôle (dont leur traçabilité) effectués par le MIM de l'établissement lui permettant de vérifier que les procédures sont bien appliquées, le résultat de ces tests et les actions correctrices, le cas échéant ;
- les procédures d'identification et de traitement des anomalies.

Il s'agit donc bien pour le commissaire aux comptes de suivre le cheminement de l'information du fait générateur (en l'occurrence l'entrée du patient) jusqu'à la facturation, d'identifier les risques d'erreur et de s'assurer que des contrôles ont été mis en place pour les maîtriser.

Dans le cadre de ses travaux sur le contrôle interne, le commissaire aux comptes et/ou son MIM expert sera amené – car il s'agit d'une obligation de ses normes d'exercice professionnel - à faire des tests pour s'assurer que le contrôle interne, tel que décrit, fonctionne effectivement.

En effet, le commissaire aux comptes a l'obligation de collecter des éléments probants et ne peut pas se contenter d'entretiens ou d'analyse de procédures. Il est conduit à vérifier que les éléments de contrôles sur lesquels il entend s'appuyer pour forger son opinion existent effectivement tels que prévus.

La nature des tests est à l'appréciation du commissaire aux comptes. Néanmoins, il pratiquera usuellement :

- Des revues de listings qui formalisent les contrôles effectués et/ou qui montrent qu'il ne reste pas d'anomalies non traitées,

- Des revues des contrôles réalisés au sein du SI,
- Une analyse des documents établis par le MIM de l'établissement suite à ses contrôles,
- Des analyses du contenu de certains dossiers patients, préalablement anonymisés
-

Une telle analyse du dossier du patient a donc ici comme objectif de vérifier la traçabilité de la chaîne de production, partant du fait générateur (l'admission du patient, ses prises en charge...) jusqu'à la facturation. La maîtrise du risque de facturation s'évalue à partir des éléments statistiques produits par le bilan du PAQ de l'établissement.

Les principales modalités de cette démarche sont les suivantes :

- Un échantillon de dossiers sera sélectionné parmi la population des dossiers contrôlés par l'établissement. Dans certains cas, au vu de son appréciation du PAQ, le commissaire aux comptes pourra décider de sélectionner un échantillon dans la population n'ayant pas fait l'objet d'un ciblage « contrôle qualité »;
- La volumétrie est décidée par chaque commissaire aux comptes en fonction de l'analyse des risques qu'il aura, au préalable, effectuée et du niveau de confiance recherché;
- L'analyse des dossiers permettra d'identifier d'éventuelles anomalies. Ces dernières sont définies comme l'absence de respect des procédures de contrôles prévues ou une documentation insuffisante des contrôles effectués, ou encore une documentation incohérente avec le codage opéré. Seules, celles indiquant une insuffisance avérée de contrôle interne seront prises en considération pour former l'opinion du commissaire aux comptes.

Une fois ses travaux terminés, le commissaire aux comptes (et/ou son MIM expert) présentera au MIM de l'établissement la partie du rapport d'audit concernant le cycle des recettes avant production de sa version définitive afin de recueillir ses observations éventuelles.

4 GENERALITES SUR LES CONTROLES DU DIM

Le Code de la santé publique précise que le contenu du RSS doit être conforme au contenu du dossier du patient, ce dernier servant de support de preuve lors des contrôles externes, en particulier ceux réalisés par l'Assurance maladie. L'exhaustivité et la qualité des informations contenues dans le dossier du patient sont donc déterminantes pour la qualité du codage.

La qualité du dossier médical représente un enjeu institutionnel, et doit de ce fait être porté par l'ensemble de la communauté médicale, en particulier par la commission médicale d'établissement.

Si le MIM détecte des pratiques susceptibles de mettre en cause une description médico-économique optimum de l'activité de l'établissement, il est tenu d'en alerter les personnes concernées, et, autant que de besoin, de proposer des améliorations pour assurer la fluidité de production des informations nécessaires à une juste valorisation des dossiers.

Exemples : Soins palliatifs, dénutrition, escarres...

Les contrôles qualité mis en œuvre au sein du DIM peuvent être classés en quatre catégories :

- Des contrôles réalisés **à la saisie**, pour garantir la conformité des codes utilisés ;
- Des contrôles **de résultats de groupage** ; ils peuvent être réalisés au moment du groupage initial en fin de saisie ou dans un second temps par une cellule spécifique d'assurance qualité des tests de la fonction groupage elle-même (tests bloquants et non bloquants), mais également des contrôles de niveau de sévérité, de niveau de valorisation, de type de GHM, etc ;
- Des **tests développés en interne** se justifiant par la spécificité et la connaissance de l'activité de l'établissement :
 - ils peuvent être « monosource » traitant les données du seul RSS, éventuellement issus de l'outil **Datim** commercialisé par l'ATIH (tests de 2013 ou 2015) réalisables en interne par application du module avant transmission des données ou des contrôles similaires proposés par un progiciel spécifique ou par l'éditeur du logiciel du module PMSI équipant l'établissement ou le plus souvent développé par le DIM,
 - ou multisource par comparaisons de sources différentes pour croiser les éléments (ex données de l'hygiène sur les résistances aux ATB et codage des résistances aux ATB dans le RSS). Pour ces cas se référer au cahier des charges du Module de Contrôle et d'Amélioration (MOCA) publié par l'ANAP dans le cadre du projet FIDES ;
- Des **contrôles qualité issus d'Ovalide** (incluant de ce fait des contrôles Datim jusqu'en 2012), réalisés systématiquement au moment des envois, par des tableaux produits automatiquement par l'ATIH. Le choix des tests retenus pour le contrôle qualité devra être fait après une analyse des tableaux Ovalide de l'établissement, ce qui permettra de juger de la pertinence de chaque test. En effet certains RSS sont déclarés atypiques pour certains tests, mais cette atypie est en réalité normale et ne nécessite pas de modification du codage.

L'utilisation des tests doit être intégrée dans un plan **d'assurance qualité du PMSI et des recettes** établi et formalisé, qui comporte notamment :

- Une **description de l'organisation** raisonnée de la production du PMSI et des recettes
- Une **analyse des risques** de la chaîne de production, tant en terme d'exhaustivité que de qualité (sous et sur valorisation comprises),
- Les **indicateurs de suivi de la production** choisis (tableaux de bords), leur fréquence et les personnes responsables de l'analyse des indicateurs et des alertes à déclencher,
- Les contrôles de qualité prévus, structurés par rapport au risque, à leur positionnement dans la chaîne de production, leur rythme de réalisation, les personnes responsables,
- Les actions de corrections primaires (correction des données erronées) et secondaires d'amélioration de la qualité par action sur les causes, doivent être dans la mesure du possible tracées et quantifiées,
- L'analyse d'impact des corrections primaires et des actions secondaires doit être prévue et réalisée pour alimenter le plan d'action annuel (actions de fond et réajustement des contrôles, des tableaux de bord, des outils logiciels...).

Il est surtout important que le choix de ces tests soit ajusté au fil de l'eau en fonction de leurs pertinences, et selon certains indicateurs comme par exemple le nombre de dossiers détectés et contrôlés par test de contrôle, ou encore l'impact sur la recette.

5 RISQUES D'ANOMALIES IDENTIFIABLES PAR LE DIM

Il ne saurait être trop rappelé aux établissements que la qualité des procédures d'accueil médico-administratif, d'admission, de recueil de l'activité et de contrôle de la qualité des données recueillies conditionne la qualité de la facturation et celle des comptes, mais également le niveau de recettes de l'établissement et la maîtrise de ses coûts de gestion. Il leur est donc vivement conseillé d'effectuer un diagnostic très précis du processus de facturation des produits de l'activité : les outils et guides disponibles sur le site de l'ANAP peuvent être utilement consultés.

5.1 Exhaustivité

5.1.1 Actes

Actes classant ou donnant droit à un supplément (actes marqueurs) ou actes d'anesthésie

Risque :

Sur ou sous facturation des séjours car absence ou erreur de codage des actes.

Incapacité de facturer le ticket modérateur à la sortie du patient.

Contrôle :

- *Contrôle de l'exhaustivité des actes.*

Relance auprès des acteurs concernés.

Exemples de contrôles possibles :

- *Croisement entre le logiciel de bloc et le logiciel PMSI.*
- *Contrôle des GHM médicaux dans des services de chirurgie à partir du compte-rendu d'hospitalisation (CRH).*
- *Surveillance des actes associés à un tarif particulier (Exemple : GHM dédoublés).*
- *Croisement des données des logiciels de radiothérapie ou dialyse.*
- *Croisement des DP de séance de radiothérapie, dialyse rénale, caisson hyperbare, transfusion, chimiothérapie, injection de fer (pour carence martiale), aphérèse sanguine avec les actes de séance attendus (cf. guide méthodologique en vigueur)*
- *Croisement avec un autre recueil pour l'utilisation de matériel particulier (accouchements, matériel opératoire, dispositif implantable ou dispositif médical couteux, utilisation d'un robot, pose de prothèse, pose de défibrillateur, etc.)*

5.1.2 Diagnostics

Absence de Diagnostic Principal (DP)

Risque :

Absence de valorisation des séjours car absence de DP.

Contrôle :

Exhaustivité du codage des DP et relance auprès des acteurs concernés

Exemples de mesure de maîtrise des risques :

- *suivi sur le logiciel métier des séjours sans DP*

Erreur de hiérarchie ou de codage du DP**Risque :**

Erreur systématique de valorisation

Déclenchement d'un contrôle T2A par l'assurance maladie

Contrôle :

Identification des situations à risques (séances, bilan, règles spécifiques du Guide Méthodologique) et vérification des règles de codage utilisées.

Absence de Diagnostic Relié (DR)**Risque :**

Erreur de valorisation des séjours car absence de DR sur des séjours attendant un DR.

Contrôle :

Contrôle des DP en attente de DR sans DR.

Exemple de mesure de maîtrise des risques : suivi des DP en attente de DR.

Absence ou erreur de Diagnostic Associé Significatif (DAS)**Risque :**

Erreur de valorisation des séjours car erreur de codage des DAS.

Contrôle :

Détection et traitement des atypies (oubli, imprécisions, erreur de hiérarchie, autres) non conformes au contenu du dossier patient.

Exemples de mesure de maîtrise des risques :

- *Surveillance des séjours dont la durée est supérieure à la borne haute du GHM ou dont la durée est supérieure à la DMS nationale et/ou dont la durée est supérieure à la borne basse du GHM de niveau supérieur.*
- *Identification des situations sources de diagnostics associés « valorisants » (CMA) et croisement des sources ou vérifications systématiques (escarres, dénutrition, plaies chroniques, infections, problèmes sociaux, etc.)*
- *Suivi des indicateurs OVALIDE (Outil de Validation des Données des Établissements de santé).*

5.1.3 Dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO)

Les dispositifs médicaux implantables et les molécules onéreuses ont un enjeu important dans le cadre de la certification des comptes au regard des masses financières qu'ils représentent. Ils

contribuent à la fiabilisation du processus achats et de la gestion des stocks qui sont des cycles majeurs systématiquement audités par le certificateur, et ils participent à la sécurisation de la chaîne des recettes (exhaustivité des éléments de facturation).

C'est un processus à risque, de par la nature des circuits empruntés et de la multiplicité des acteurs qui interviennent, qui doit être conforté. Les niveaux d'informatisation des blocs opératoires étant très différents d'un établissement à l'autre, la manière dont s'exprime leur traçabilité est elle aussi très variable.

Erreur de facturation des DMI et MO

Risque :

Erreur de facturation d'un DMI ou d'une MO.

Contrôle :

Croisement des DMI/MO avec les séjours notamment recherche de DMI rattachés à des séjours sans acte CCAM ou des DMI/MO non rattachés à des séjours.

5.2 Délais

Même si le travail de rédaction de comptes rendus d'hospitalisation ou opératoires est du ressort des praticiens responsables de la prise en charge du patient et que le codage des actes médicaux et/ou des diagnostics n'est pas toujours du ressort du DIM ; celui-ci est le mieux placé pour mettre en évidence les dysfonctionnements liés à ces activités, et pour alerter les acteurs concernés.

Suivi du délai de saisie des actes.

Risque :

Retard dans le calcul du reste à charge

Suivi du délai de saisie des diagnostics, dont le DP

Risque :

Impact sur l'arrêté de versement

Suivi du délai de saisie des informations complémentaires (par exemple) :

- IGS2,
- date des dernières règles, termes
- poids de naissance pour les nouveau-nés de moins de 28 jours

Risque :

Impact sur l'arrêté de versement

5.3 Qualité

5.3.1 Procédures d'optimisation

Contrôles DATiM/Ovalide

Contrôle :

Exemple :

- Complétude des dossiers médicaux
- Complétude du codage des diagnostics associés

5.3.2 Cas particuliers de certains types d'hospitalisation

Séjours dans les services pouvant facturer des suppléments de réanimation ou de surveillance continue (adulte ou pédiatrique)

Risque :

Erreur de valorisation des séjours car erreur de codage des diagnostics, de l'IGS2 pour les adultes ou des actes donnant droit aux suppléments.

Contrôle :

Détection et traitement des séjours des patients (adulte ou enfant) dont le diagnostic et les actes ne permettent pas la valorisation des suppléments.

Détection et traitement des séjours des patients adultes sans IGS ou sans actes marqueurs

Surveillance du nombre de suppléments par rapport au nombre total de journées.

Autres cas particulier selon les hôpitaux

A évaluer en fonction des autorisations de chaque hôpital.

Exemple :

- *Unité de soins palliatifs qui n'a pas 100% de soins palliatifs.*

5.3.3 Analyse des hospitalisations n'ayant fait l'objet d'aucune sélection d'atypie

Risque :

Méconnaissance de modification des modalités de codage des cliniciens ou des professionnels du codage.

Non identification d'erreurs d'application des règles de production des données médico-économiques.

Contrôle :

Tirage au sort et recodage d'hospitalisations parmi celles qui n'ont pas été sélectionnées par le ciblage des règles du contrôle qualité.

Discussion des différences de codage si elles existent.

Formation rectificative soit auprès des cliniciens ou soit avec les codeurs professionnels.

Définition de nouvelles règles à intégrer au plan d'assurance qualité.

6 AUTRES RISQUES QUI RELEVENT GÉNÉRALEMENT DES AUTRES MÉTIERS DE LA CHAÎNE DE FACTURATION

Le DIM peut être confronté à des risques qui relèvent généralement des autres métiers de la chaîne de facturation, comme par exemple l'identité-vigilance, la pharmacie, des organisations médico-soignantes, en particulier pour le codage des activités cliniques et techniques, voire des deux comme par exemple la gestion du mouvement.

Dans ces cas de figure, le DIM peut être sollicité par ceux qui en ont la charge et qui relèvent d'autres centres de responsabilité, comme par exemple le service de facturation, la direction des affaires financières, la pharmacie, les divers services cliniques...

6.1 Produits de l'activité

6.1.1 Hospitalisations

Accueil médico- administratif du patient

Initiation de la création des RUM (résumé d'unité médicale)

Les venues justifiant d'une facturation / valorisation sont toutes enregistrées dans le système de gestion administrative de l'établissement :

- Toutes les admissions dans les unités médicales entraînent la production d'un RUM,
- Les RUM des nouveaux nés sont toujours produits, y compris dans le cas où un dossier administratif d'admission n'a pas été ouvert.

Identification du patient et de ses droits

Le recueil de l'identité du patient et le recueil de ses droits constituent des tâches décisives du processus : la lecture systématique de la carte Vitale, la consultation de l'outil CDR (consultation des droits en réel) ou de sa version interopérable CDRI, la vérification des données d'identité et l'adresse du patient, l'existence de procédures et d'indicateurs de gestion sont incontournables. De même, il doit exister une procédure formalisée pour traiter les situations où le patient ne peut pas présenter ses papiers (prise en charge et identité).

Risque :

Mauvaise identification entraînant une impossibilité de facturation complète.

Contrôle :

Vérification lors de la venue du patient de sa carte d'identité, sa carte vitale et de ses droits mutuels ainsi que de la bonne mise à jour de ces documents et de l'absence de falsification.

Exemple de mesures de maîtrise des risques : Il existe une procédure au niveau des admissions qui décrit les modalités d'identification des patients et qui est connue et exécutée par les agents du bureau des admissions.

Informations sur le mouvement des patients : date, UM, lit ...

Certaines opérations ou procédures méritent une attention particulière, notamment l'échange d'informations entre les services et les bureaux des entrées ainsi que la gestion des mouvements des patients.

Risque :

Erreur sur la date du mouvement du patient entraînant sur ou sous facturation.

Erreur sur le type de mouvement du patient ou annulation de pré admission entraînant sur ou sous facturation.

Mauvaise identification de l'UF (et de l'UM) entraînant une impossibilité de facturation des suppléments réanimation, soins continus, soins intensifs, réanimation néonatale...

Contrôle :

Procédures écrites concernant les erreurs de mouvements.

Formation du personnel impliqué dans le codage.

Exemples de contrôles possibles :

- *Pré admission non annulée d'un patient non venu*
- *Reclassification des hospitalisations de jour en Soins Externes (SE)*

6.1.2 Activité externe (y compris les urgences)

Exhaustivité du codage NGAP, CCAM, NABM**Risque :**

Absence de codage des actes effectués entraînant une sous facturation.

Contrôle :

Contrôle des dossiers patients créés sans acte NGAP ou NABM ni CCAM saisi.

Vérification sur les tableaux RAFAEL / OVALIDE qu'il n'y ait pas d'acte atypique.

Exemple de mesures de maîtrise des risques :

- *Acte d'anesthésie facturé sans association avec un acte en activité 1.*
- *Extraction de tableau de bord des actes effectués aux urgences et des modificateurs autorisés, comparaison temporelle avec l'année précédente et retour d'information au service des urgences lorsqu'une différence importante est mise en évidence.*

6.1.3 Autres risques

De manière générale, le contrôle interne comptable repose aussi sur la qualité du système d'information, sa connaissance, sa bonne utilisation et sa supervision. Ce principe se vérifie pour ce cycle de gestion plus que pour tout autre : on constate un très fort impact des SIH qui devraient encore évoluer pour satisfaire à la fois aux exigences du contrôle interne comptable comme d'une facturation de qualité. De manière générale, les applications permettant de vérifier la cohérence de la facturation doivent être mises en œuvre auprès des personnels concernés.

Mise à jour livrées par l'ATIH

Risque :

Mauvaise facturation du au retard de mise à jour des bases réglementaires.

Contrôle :

L'ATIH doit adapter les livraisons des évolutions réglementaires de manière à permettre la juste facturation conformément au calendrier en vigueur.

Mise à jour des bases par l'éditeur**Risque :**

Absence ou retard de mise à jour des bases réglementaires par l'éditeur entraînant des erreurs de facturation.

Contrôle :

Vérification des mises à jour des bases par le DIM.

Conservation de l'historique des dates de mise à jour des bases.

Mise en production des évolutions logicielles effectuées par les éditeurs**Risque :**

Absence ou retard de mise en production des versions des logiciels prenant en compte les évolutions des bases réglementaires, entraînant des erreurs de facturation (surtout des erreurs de groupage donc de la non facturation – donc une reprise par le DIM ...)

Contrôle :

Vérification des délais de déploiement des patches et mises à jour des logiciels concourant à la facturation / valorisation.

Conservation de l'historique des dates de déploiement.

Traçabilité des actions de formation des utilisateurs aux évolutions logicielles.

Gestion des interfaces entre applicatifs

Les interfaces entre applications constituent autant de points de fragilité du point de vue de la qualité de l'information comptable (traçabilité, piste d'audit) et devront faire l'objet d'une grande attention pour éviter toute rupture de la piste d'audit.

Risque :

Perte d'exhaustivité liée à une maîtrise insuffisante des interfaces.

Contrôle :

Tests de cheminement

Formation des producteurs d'information médico- économique

Les évolutions du contexte réglementaire ont des impacts sur les modalités de production des données médico- économique (codage CCAM, évolution de la CIM-10 pour codage des diagnostics, consignes de codage du guide méthodologique...).

Risque :

Non prise en compte par les producteurs de données des évolutions réglementaires.

Contrôle :

Traçabilité des actions de formation.

6.2 De l'envoi des données jusqu'à la validation

6.2.1 Rapprochement du fichier VID-HOSP avec le fichier des séjours

Risque :

Problème de convergence entre les deux fichiers.

Problème de cohérence des données entre VidHosp et le logiciel groupeur, en particulier lorsqu'il n'a pas été possible dans le logiciel de gestion administrative du patient ou dans le dossier patient de fusionner deux séjours contigus.

Dossier mis en attente de facturation par les acteurs concernés.

Contrôle :

Comparaison de la sortie en GenRSA avec le fichier chargé.

Vérification des dossiers mis en attente de facturation.

6.2.2 Synchronisation des fichiers complémentaires

Risque :

Problème de synchronisation des FichCOMP.

Exemple : Vérification des tableaux OVALIDE avant validation de l'envoi.

6.2.3 Validation financière des fichiers chargés

Risque :

Erreur lors du chargement des données.

Contrôle :

Comparaison des montants perçus par l'arrêté de versement et attendus (estimation réalisée par le DIM ou la DAF).

6.3 Séjours à cheval

6.3.1 Rattachement des produits à l'exercice

Les produits de l'activité doivent être rattachés au bon exercice de manière symétrique au rattachement des charges correspondantes à ce même exercice. En particulier, la valorisation de la production de décembre doit être menée de manière rigoureuse et rapide afin de minimiser l'étendue et la portée des procédures de « rattrapage » telles que LAMDA.

L'instruction budgétaire et comptable M21, applicable aux établissements publics de santé (Tome 2, titre 2, chapitre 4, §1.3.1 relatif aux produits à recevoir) dispose qu'en application du principe d'indépendance des exercices, toutes les recettes d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice en cours dès lors qu'elles correspondent à un droit acquis avant le 31 décembre dudit exercice. Les séjours qui couvrent deux exercices successifs doivent notamment faire l'objet de cette procédure quand les titres de recettes correspondants n'ont pu être émis à l'issue de la journée complémentaire. Dès lors, il appartient à chaque établissement de mettre en œuvre une technique documentée (basée sur les éléments détenus dans le système d'information, des données statistiques...) pour rattacher à l'exercice qui s'achève la part des produits qui le concerne.

6.3.2 Comptabilisation et valorisation des séjours à cheval

Il n'existe pas de méthode unique de valorisation des séjours à cheval, néanmoins celle qui sera retenue devra respecter un certain nombre de critères qui seront examinés et soumis à la vérification du certificateur, à savoir :

- la simplicité ;
- la robustesse ;
- la pérennité dans le temps ;
- la traçabilité.

La méthode retenue in fine par l'établissement ne doit pas varier d'un exercice à l'autre. Toute exception à ce principe de permanence des méthodes peut uniquement être justifiée par un changement exceptionnel dans la situation de l'établissement ou par le fait que sa mise en œuvre aboutit à une amélioration de la qualité de l'information. La méthode utilisée doit être tracée et documentée, les informations produites devant pouvoir être contrôlées en quantité et en valeur par le certificateur.

Au terme de ses contrôles, le commissaire aux comptes pourra être amené, le cas échéant, à recommander à l'établissement une méthode de liquidation des séjours à cheval qui lui apparaîtra plus appropriée que celle utilisée.

La fiche de fiabilisation N°16 (cf. annexe) propose une méthode de valorisation des séjours à cheval.

7 ANNEXES

7.1 Annexe n°1 Fiche n° 16 : « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval »

http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_16_sejours_a_cheval.pdf

7.2 Annexe n°2 – Rôle du Département d'information médicale

Les missions du Département d'information médicale (DIM) et de son médecin responsable sont définies dans le cadre des GHT par les articles Art. R. 6113-11-2 et R. 6113-11-3. du Code de la santé publique:

« II.-Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.
« III.-Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement. »

« Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

- 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;
- 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R. 6113-8 ;
- 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;
- 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico- économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire. »

Pour ce qui concerne la certification des comptes, le rôle du Département d'information médicale s'inscrit donc clairement dans la mise en œuvre et le suivi du plan d'action permettant d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises tel que défini au 1° de l'article R. 6113-11-3 du CSP.

Par son action quotidienne, le DIM contribue ainsi au dispositif de maîtrise des risques comptables de l'établissement dans le cadre d'une politique d'établissement clairement établie sur ce sujet. Il entre ainsi dans ses compétences de vérifier la réalité des actes, l'exhaustivité de traitement des dossiers facturables, la complétude des dossiers, la qualité et la cohérence des données médicales recueillies, autant d'actions répondant aux critères de qualité comptable que sont la réalité, l'exhaustivité et l'exactitude.

Dans le cadre du projet de fiabilisation des comptes (et de certification des comptes pour certains établissements), l'action du DIM en matière de contrôle interne doit être décrite, et outillée autant que de besoin par un système d'information mettant en œuvre des fonctionnalités dédiées de supervision et de traçabilité des contrôles réalisés, et de leurs impacts.

WWW.SOCIAL-SANTE.GOUV.FR/COMPTES

DIRECTION
GÉNÉRALE
DE L'OFFRE
DE SOINS

