



MINISTÈRE
DE LA SANTÉ, DES FAMILLES,
DE L'AUTONOMIE
ET DES PERSONNES HANDICAPÉES

*Liberté
Égalité
Fraternité*

Direction générale
de l'offre de soins

GUIDE D'AUDITABILITÉ DES RECETTES T2A



NOVEMBRE 2025



TABLE DES MATIERES

1	Introduction à la version 2025	4
1.1	<i>Une mise à jour nécessaire</i>	4
1.2	<i>Impacts de la révision du « décret DIM »</i>	5
2	Principes généraux d'une politique d'assurance qualité traçable	8
2.1	<i>Recommandation générale</i>	10
2.2	<i>Livrables attendus</i>	11
2.3	<i>Points d'attention</i>	12
2.4	<i>Identification des risques principaux</i>	13
3	La démarche d'audit et les diligences effectuées par le commissaire aux comptes	15
	Généralités sur les contrôles du DIM	20
4	Risques d'anomalies identifiables par le DIM	22
4.1	<i>Exhaustivité</i>	22
4.1.1	<i>Séjours et Séances</i>	22
4.1.2	<i>Diagnostics</i>	22
4.1.3	<i>Actes</i>	23
4.1.4	<i>Dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MO)</i> 24	
4.1.5	<i>Suppléments prévus par la T2A</i>	25
4.2	<i>Délais</i>	25
4.3	<i>Qualité</i>	26
4.3.1	<i>Choix du DP et de hiérarchisation</i>	26
4.3.2	<i>Procédures d'optimisation des DAS</i>	26
4.3.3	<i>Cas particuliers de certains types d'hospitalisation</i>	27
4.3.4	<i>Analyse des hospitalisations n'ayant fait l'objet d'aucune sélection d'atypie</i> 27	
5	Autres risques qui relèvent généralement des autres métiers de la chaîne de facturation	29



5.1	<i>Produits de l'activité</i>	29
5.1.1	Hospitalisations	29
5.1.2	Activité externe (y compris les urgences).....	30
5.1.3	Autres risques	31
5.2	<i>De l'envoi des données jusqu'à la validation</i>	32
5.2.1	Rapprochement du fichier VID-HOSP avec le fichier des séjours.....	32
5.2.2	Synchronisation des fichiers complémentaires.....	33
5.2.3	Validation financière des fichiers chargés.....	33
5.3	<i>Séjours à cheval</i>	33
5.3.1	Rattachement des produits à l'exercice	33
5.3.2	Comptabilisation et valorisation des séjours à cheval.....	33
6	Particularités de la certification des comptes pour l'activité de Soins médicaux et de réadaptation (SMR)	35
6.1	<i>Intégration du champ SMR dans la certification des comptes</i>	35
6.2	<i>Complexité et fragilité du recueil pour la facturation</i>	35
6.3	<i>Rôle du DIM et gestion des risques en SMR</i>	37
6.4	<i>Risques financiers couverts par le PAQ</i>	38
6.4.1	L'exhaustivité	38
6.4.2	La qualité / fiabilité des informations codées et impactant la valorisation.....	39
6.4.3	Autres contributions du DIM.....	41
7	Annexes	42
7.1	<i>Membres du groupe de travail</i>	42
7.2	<i>Annexe n°1 – Fiche n° 16 : « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval »</i>	42
7.3	<i>Annexe n°2 – Rôle du département d'information médicale</i>	43



1 INTRODUCTION A LA VERSION 2025

1.1 Une mise à jour nécessaire

La formalisation de cette deuxième version du guide d'auditabilité des recettes T2A est apparue nécessaire au groupe de travail national réunissant médecins d'information médicale experts et commissaires aux comptes au vu à la fois des évolutions du contexte général de la certification des comptes et du retour d'expérience des campagnes de certification depuis la parution du premier opus. Sans prétendre à l'exhaustivité, nous pouvons citer :

- les évolutions des demandes de la Haute autorité de l'audit (H2A¹) en matière de justifications des travaux des commissaires aux comptes pour la certification des comptes, et les adaptations des modalités d'audit qui s'en sont ensuivies ;
- l'expérience acquise par l'ensemble des acteurs lors des campagnes d'audit des établissements publics de santé depuis la première rédaction du guide ;
- les questions soulevées par les établissements au vu de cette première rédaction, concernant en particulier les modalités d'évaluation du plan d'assurance qualité (PAQ) et de retour aux dossiers médicaux ;
- la prise en compte des modalités de prise en charge et la mise en place d'un groupage pour la réforme du financement du SMR, augurant de modalités de certification comparables à celles du MCO ;
- et bien sûr la mise à jour du « décret DIM » en date du 22 juin 2023² (voir infra).

Nous espérons que les compléments et précisions apportés faciliteront les échanges entre les commissaires aux comptes et les médecins responsables de l'information médicale, en clarifiant en particulier la place, au sein du processus de certification des recettes T2A, de la cartographie des risques, du PAQ, de sa traçabilité et de ses effets, et des modalités de retour à un nombre limité de dossiers médicaux par le médecin d'information médicale expert mandaté par le commissaire aux comptes.

Soulignons que les procédures de mise en œuvre des contrôles ont été modifiées pour s'adapter à la nouvelle rédaction du « décret DIM », dont les grandes lignes sont présentées infra.

¹ <https://h2a-france.org/>, successeur du Haut conseil du commissariat aux comptes (H3C)

² <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000047716245>



1.2 Impacts de la révision du « décret DIM »

Le décret n° 2023-498 du 22 juin 2023 relatif au traitement des données à caractère personnel nécessaires à l'analyse de l'activité médicale des établissements de santé a été pris à la suite de la décision n° 428451³ du Conseil d'État d'annulation du précédent décret sur le même sujet. Les principaux objectifs de cette révision sont les suivants :

- placer le plan d'assurance qualité sous l'élaboration et la contribution conjointe du médecin responsable de l'information médicale et du directeur des affaires financières (DAF) ;
- réaffirmer l'application du secret médical à l'ensemble des personnes consultant des données médicales ;
- imposer l'intermédiation par un médecin d'information médicale de tout accès au dossier médical lors de la certification des comptes ;
- placer l'intervention des prestataires extérieurs, ayant besoin d'accéder aux données médicales de l'établissement pour remplir leur contrat, sous la supervision du médecin responsable du département d'information médicale ;
- fixer les modalités de fin de mission de certification ou de contrat de prestation au regard des données médicales et des habilitations.

Pour ce faire, il apporte un certain nombre de modifications au code de la santé publique. Celles-ci concernent en particulier les articles suivants.

L'[article R6113-4](#) a été modifié pour que le PAQ ne soit plus sous la seule **coordination** du DIM : « *Le médecin responsable de l'information médicale **contribue** à l'élaboration et à la mise en œuvre du plan d'assurance qualité des recettes, destiné à garantir l'exhaustivité et la qualité des données transmises et à fiabiliser les recettes de l'établissement. Le plan d'assurance qualité des recettes est présenté chaque année à la conférence ou la commission médicale d'établissement pour information* »⁴.

L'[article R6113-5](#) a été modifié pour réaffirmer que, dans les établissements de santé, la consultation des données médicales se fait soit par l'intermédiaire d'un médecin, soit sous la responsabilité du médecin responsable de l'information médicale :

- pour les commissaires aux comptes, il instaure la « *communication par l'intermédiaire d'un médecin agissant sous leur responsabilité à titre d'expert, de données à caractère personnel [...], dans le cadre de leur mission légale de certification des comptes des établissements de santé* ».

³ <https://conseil-etat.fr/fr/arianeweb/CE/decision/2020-11-25/428451>

⁴ Les portions modifiées sont en **gras italique**



- il fixe que les prestataires extérieurs « [...] *contribuent, sous la responsabilité et le contrôle du médecin responsable de l'information médicale de l'établissement de santé, au traitement des données à caractère personnel [...] dans le cadre de leur contrat de sous-traitance [...]* »

L'[article R. 6113-5-1](#), créé par le décret, concerne les commissaires aux comptes et comporte sept paragraphes :

- le I limite la consultation des données médicales aux seules données « *nécessaires à la vérification, par sondage sur la base d'échantillons pertinents de dossiers, de la fiabilité et de la traçabilité des données utilisées pour le calcul des recettes de l'établissement* ».
- le II définit les conditions nécessaires à l'exercice de la fonction de médecin d'information médicale (MIM) expert.
- le III fixe que le commissaire aux comptes doit définir le délai et les catégories de données nécessaires à la réalisation de sa mission avant toute communication de données, que le IV définit comme ne devant pas excéder celles strictement nécessaires à l'exercice de sa mission.
- le V fixe que le directeur de l'établissement de santé habilite le MIM expert qui, selon le VI, peut seul avoir accès en lecture aux données personnelles. S'il est nécessaire de mettre à disposition du commissaire aux comptes une partie de ces données, elles doivent être pseudonymisées. Le VII fixe qu'à la fin de sa mission, le MIM expert efface « *toute donnée transmise au commissaire au compte dans le cadre de sa mission* ».

L'[article R. 6113-5-2](#), créé par le décret, concerne les prestataires externes qui assistent le médecin responsable de l'information médicale dans l'exercice de ses missions. Il stipule en particulier que le traitement de données effectué par le prestataire extérieur est régi par un contrat conclu avec le directeur d'établissement, qui doit comporter la liste des prestations concernées, le délai et les lieux d'exercice de leur réalisation, ainsi que la liste et la qualité des personnels autorisés à traiter les données à caractère personnel. Le contrat est transmis au médecin responsable de l'information médicale préalablement à tout accès aux données. Les personnels du prestataire extérieur font l'objet d'une désignation individuelle et d'une habilitation spéciale pour accéder aux seules données nécessaires à l'exercice de leurs missions, à laquelle le directeur met fin à l'issue de la mission.

L'[article R. 6113-7](#), concernant l'information des personnes soignées dans l'établissement, est modifié pour que soit précisé en particulier que les données transmises par le MIM expert aux commissaires aux comptes doivent être pseudonymisées.



L'[article R. 6113-9-1](#) fixe qu'à l'issue de son contrat, le prestataire externe doit procéder à l'effacement, dans des conditions sécurisées, des données qu'il a utilisées dans ce cadre, et en apporter la preuve auprès du médecin responsable de l'information médicale. Quant au commissaire aux comptes, il ne peut conserver les données, mises à disposition par l'intermédiaire du MIM expert, au-delà de la durée strictement nécessaire à la certification annuelle des comptes. Il est également précisé que « *Le rapport de certification [...] ne comporte aucune donnée à caractère personnel traitée dans le cadre de cette mission.* »

L'[article R. 6113-9-2](#) a été complété d'une obligation de mise à disposition du médecin responsable de l'information médicale, à des fins du contrôle, des traces des actions réalisées par les prestataires, dont notamment la date, l'heure, et l'identification du personnel concerné.





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 (diagnostic, acte technique, supplément, molécule onéreuse, dispositif médical, mais également type de couverture...) aboutit à une facturation qui peut être remise 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 et fiabiliser au mieux les recettes, l'établissement doit mettre en place un processus d'assurance qualité et de contrôle interne visant à augmenter le niveau de qualité de la production, et diminuer ainsi le risque de contestation ultérieure. Ceci avec les moyens humains, les outils et les procédures nécessaires (nombre d'ETP dans la production, contrôle et 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 de qualité ou de fiabilité associés à l'augmentation des ressources du contrôle interne suivent une courbe asymptotique à rendement décroissant : 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 concevoir et mettre en œuvre le PAQ, 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, et d'intégrer les évolutions réglementaires.



La production des éléments de facturation des séjours fait habituellement intervenir des filières de traitement d'information parallèles plus ou moins indépendantes :

- Le bureau des entrées est responsable de la gestion administrative des patients.
- L'unité médicale est responsable de la prise en charge, de la déclaration des mouvements, et de la production des documents de traçabilité de la prise en charge (comptes-rendus, prescriptions, etc.), et de la transmission des données médicales au médecin responsable de l'information médicale.
- Le DIM est responsable de la mise en forme des données médicales dans le cadre du codage des séjours.
- La pharmacie est responsable de la déclaration des molécules onéreuses et dispositifs médicaux.
- La cellule qualité et la CME de l'établissement sont responsables de l'évaluation du dossier du patient (exhaustivité et qualité des éléments médicaux et soignants constitutifs du dossier source sur lequel s'appuie le codage et la valorisation).

Pour l'établissement, les éléments à prendre en compte pour l'évaluation du risque de valorisation / facturation dans le contrôle interne 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 autres sources de financement à l'activité notamment les données des FichComp pour une analyse commune et croisée, afin d'outiller les échanges transversaux entre acteurs.

Le principe de base du PAQ repose sur une amélioration continue du processus de valorisation et de facturation des séjours. Il désigne un ensemble structuré de procédures, contrôles et actions organisationnelles qui visent à garantir la fiabilité, l'exhaustivité et la conformité réglementaire des données produites par le PMSI, par la réalisation d'une analyse des risques (cartographie), et la mise en œuvre d'un plan de contrôle qualité. L'objectif est donc 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.

Le contenu du PAQ dépend étroitement :

- des organisations de codage mises en place
- de la qualité de tenue des dossiers médicaux et de leur niveau d'informatisation
- des bilans annuels du PAQ
- des évolutions réglementaires impactant les recettes d'activité
- et des contrôles externes réalisés par les médecins contrôleurs de l'assurance maladie.



Le ciblage des dossiers à contrôler repose sur l'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.

L'analyse des résultats du PAQ pour apprécier les risques à cibler, adapter les priorités du PAQ et ajuster le plan d'action annuelle est l'étape qui permet de boucler le cercle d'amélioration continue.

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 :

- formalisation des tests de contrôle qualité (algorithme)
- description des règles de contrôle mises en œuvre (processus)
- outils de formalisation et d'extraction des résultats des tests cumulés sur l'année
- statistiques du nombre de dossiers repérés par l'application de chaque règle
- bilan du nombre de dossiers signalés en alerte par les tests
- traçabilité des retours au dossier et des corrections
- traçabilité des modifications de valorisation
- production des indicateurs de suivi par période.

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 du 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.

2.1 Recommandation générale

Les principes généraux de la cartographie des risques, du PAQ et du contrôle interne sont impératifs et les documents liés doivent être produits et disponibles. Seule l'analyse des différents processus permet de dégager les risques principaux d'un établissement donné. Les points de contrôle qui sont proposés dans ce guide peuvent



être adaptés et complétés selon la situation de chaque établissement, son système d'information, ses outils et ses ressources.

Ce guide ne prétend pas décrire l'intégralité des risques existants mais vise à présenter le cadre de la démarche de contrôle interne et de son audit secondaire. Le DIM doit analyser l'organisation de l'établissement et 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 termes 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.

2.2 Livrables attendus

En pratique, des livrables produits par le DIM sont attendus et doivent être transmis aux commissaires aux comptes et en particulier au médecin d'information médicale expert. Ils sont constitués de l'ensemble de la documentation concernant le processus de recueil et de codage et le plan de contrôle interne de l'information médicale. Il s'agit de procédures, d'instructions, ou tout autre document qualité, avec les éventuelles mises à jour de l'exercice courant, et de documents de mise en œuvre, de suivi et de traçabilité des actions du plan d'assurance qualité.

En particulier :

- La description détaillée du processus de recueil et de valorisation des séjours dans l'établissement (données et flux de données concernés, organisation dans l'établissement et au sein du DIM, actions de corrections primaires (alertes, corrections immédiates des données erronées lors du primo-codage), logiciels médicaux et métiers DIM...);
- La cartographie et l'analyse des risques de la chaîne de production, et les éventuelles mises à jour de l'exercice courant :
 - elles doivent couvrir l'ensemble du processus de valorisation (recettes) des hospitalisations, c'est à dire chaque information utilisée pour cette valorisation (sous comme sur valorisation) ;
 - il s'agit d'identifier, d'évaluer et de hiérarchiser les risques potentiels sur le recueil de l'information médicale (exhaustivité et qualité) et sa valorisation ;
 - et donc de qualifier chaque risque en termes de fréquence (probabilité de survenue de l'évènement) et de gravité (impact en valorisation), aboutissant à une estimation de la criticité = fréquence x gravité (ex.



faible, moyenne, élevée, majeure) ;

- le plan de contrôle qualité interne, découlant de l'analyse des risques, avec hiérarchisation et priorisation des contrôles en fonction de la criticité, comprenant : liste et définition des règles de contrôle correspondant à chaque risque, modalités de réalisation (rythme, personnes en responsabilité), modalités de traçabilité des contrôles réalisés ;
- le plan d'action annuel, pour l'exercice courant, déterminant la prévision des contrôles à réaliser de manière exhaustive, les éventuels ajustements des règles de contrôle, avec priorisation au regard des capacités à faire ;
- une synthèse annuelle de l'exécution des contrôles avec analyse des effets du PAQ (statistiques et impact en valorisation, analyse de la réponse apportée au risque et des risques résiduels) ;
- la liste anonymisée des séjours contrôlés pour l'exercice courant, par type de contrôle (en vue de la sélection pour la revue de dossiers) ;
- les indicateurs ou tableaux de bord de suivi de la production de l'activité des séjours, et leurs modalités de suivi au sein du DIM et de diffusion dans l'établissement ;
- la liste des actions d'amélioration, de communication, de formation et de sensibilisation au sein du DIM et dans l'établissement sur le recueil et la valorisation mises en place pendant l'exercice, avec exemples de réalisation.

2.3 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 les traitera en collaboration avec les autres professionnels (par exemple avec le 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 l'identitovigilance, voire des organisations médico-soignantes.

Par ailleurs, une attention toute particulière doit être portée aux situations où le processus de codage ou de contrôle PMSI fait appel à un prestataire extérieur. Dans ce cas de figure, son impact sur l'analyse des risques doit être évalué.

2.4 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 (impact) et de la probabilité de sa survenue (fréquence). 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 et leurs mises à jour ;
- 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 décrits 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.

À 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 six 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 la H2A ;
- responsable pénalement, civilement et soumis à d'éventuelles sanctions disciplinaires.

L'article L. 821-54, du Code de commerce fixe la mission du commissaire aux comptes :

« ...Les commissaires aux comptes ont pour mission permanente, à l'exclusion de toute immixtion dans la gestion, de vérifier les valeurs et les documents comptables de la personne ou de l'entité dont ils sont chargés de certifier les comptes et de contrôler la conformité de sa comptabilité aux règles en vigueur... »

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.

Le commissaire aux comptes 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 l'audit des hôpitaux, le commissaire aux comptes peut 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 (ou son GHT d'appartenance) qu'il doit auditer et qu'il n'ait pas de lien de dépendance avec un décideur de l'établissement.



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.

Compte tenu de l'obligation faite par le « décret DIM », le nom de l'expert MIM est précisé dans la lettre de mission que le CAC adresse au Directeur Général, usuellement chaque année.

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.

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

- appréciation de la pertinence de la conception du plan d'assurance qualité « PAQ » (réalisée par l'expert MIM) ;
- tests pour s'assurer de la réalisation effective du PAQ (réalisée par l'expert MIM) ;
- tests (plusieurs méthodes possibles – voir ci-dessous) mis en œuvre afin de s'assurer de la fiabilité des requêtes utilisées dans le PAQ ;
- enfin, des « revues analytiques » peuvent être effectuées, par exemple en réalisant des benchmarks sur l'évolution de la segmentation des séjours dans le temps et dans l'espace, afin de détecter éventuellement des évolutions posant questions.

Certains cabinets ont développé des requêtes informatiques de rapprochement des bases (contrôle des flux) pour s'assurer de l'exhaustivité de la facturation des séjours (et des éléments complémentaires de facturation de Titre 1). Ces travaux étaient réalisés par les équipes SI. Dans le contexte du dernier décret « DIM », il sera éventuellement fait appel à l'expert MIM pour les traiter, si des fichiers contenant des données médicales non anonymisées sont exploités.

En pratique, les travaux du commissaire aux comptes assisté par le MIM expert, consistent principalement à :

- prendre connaissance de l'organisation du processus de codage des séjours T2A ;
- analyser la cartographie des risques du processus « recettes séjours T2A » ;
- évaluer la pertinence du plan d'assurance qualité (PAQ) de l'établissement (cf. §2 pour les principaux éléments devant y figurer) ;
- se faire communiquer la liste des dossiers contrôlés, de préférence avec les contrôles effectués sur chaque dossier ;
- analyser l'exécution du plan d'assurance qualité. Vérifier que les contrôles prévus ont bien été effectués, soit par contrôle de leur documentation et/ou sélection d'un certain nombre (celui-ci dépendra de la taille de l'établissement et de



l'historique des contrôles notamment) de dossiers pour s'assurer qu'après contrôle il n'y a plus d'anomalies résiduelles ;

- vérifier la synthèse annuelle de l'exécution du PAQ ;
- en parallèle, sondage sur des requêtes, plusieurs démarches étant possibles :
 - soit par lecture par un expert SI du script des requêtes sélectionnées (sous réserve de l'appréciation des CGI – cf. Note B ci-dessous) ;
 - soit par développement de programmes par l'équipe SI pour « rejouer » la requête sur des extractions des bases de production (cf. Note A ci-dessous). Compte tenu du décret DIM ces programmes seront exécutés par les experts MIM qui analyseront ensuite les résultats.
- rédaction d'un rapport de synthèse par le MIM expert, présentation de celui-ci au responsable du DIM afin de s'assurer qu'il n'y a pas de problème d'interprétation et recueillir ses éventuels commentaires ;
- transmission du rapport définitif à la direction (DAF et/ou DG selon la demande du CH/U).

Note A

Une validation technique de la qualité des logiciels / requêteurs utilisés par le centre hospitalier ainsi que la bonne traduction (par exemple SQL) des objectifs de contrôle du PAQ utilisés est nécessaire. La procédure d'audit du commissaire aux comptes doit être détaillée et transmise au DPO de l'établissement, ce qui permettra de justifier que les données médicales nécessaires pour contrôler les requêtes informatisées du PAQ ont été exploitées par le MIM expert (chargement des données issues du RSA sur le logiciel d'audit du commissaire aux comptes).

Par ailleurs, le MIM détruira après traitement les données transmises par le médecin responsable du département d'information médicale.

Note B :

Il semble important de préciser, qu'en l'absence de sécurité suffisante des systèmes informatiques des hôpitaux, qui peut être mise en évidence par :

- *des résultats de contrôles de sécurité des accès aux systèmes informatiques faits par l'Anssi (contrôle "Oradad" de l'active directory inférieur à 4 sur 5,...)*
- *des contrôles généraux informatiques qualifiés d'insuffisants par les experts SI des commissaires aux comptes*
- *d'un PRA qui aurait été activé sur l'exercice avec des restaurations/reconstitutions de données totales ou partielles de certaines bases de production*

la simple revue des scripts de requête est insuffisamment probante.



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 dans le PAQ.

La nature des tests est à l'appréciation du commissaire aux comptes. Néanmoins, avec l'assistance de son expert MIM, 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, en vue de s'assurer de l'efficacité des contrôles
- ...

L'analyse de dossiers de patients a donc ici comme objectif de vérifier la fiabilité et 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.
- 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.

Nota Bene : il convient de préciser/rappeler que les tests sur dossier visent uniquement à apprécier si les contrôles prévus par le PAQ ont bien été réalisés, notamment quand la documentation du (des) contrôle(s) n'est pas directement disponible. En aucun cas il ne s'agit de recoder le dossier et/ou de revoir sa valorisation en vue d'une extrapolation à l'ensemble des séjours.

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.





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 non-optimum de l'activité de l'établissement, il alerte les personnes concernées, et, le cas échéant, peut proposer des améliorations pour assurer la fluidité de production des informations nécessaires à une juste valorisation des dossiers.

Exemples : soins palliatifs, dénutrition, escarres...

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

- des actions de corrections primaires réalisées à la saisie (alertes, corrections immédiates des données erronées lors du primo-codage), en particulier 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 (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 centralisation et d'analyse (MOCA) publié par le ministère de la santé 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.

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





4 RISQUES D'ANOMALIES IDENTIFIABLES PAR LE DIM

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 est donc important 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.

4.1 Exhaustivité

4.1.1 Séjours et Séances

Risque :

- Certains séjours ou séances pourraient ne pas être facturés à tort,
- Certains séjours ou séances pourraient être facturés à tort.

Contrôle :

- Gestion des préadmissions sans venue, des séances prévues mais décalées ou annulées, croisement des sources sur le nombre de séances (radiothérapie, dialyse, chimio, caisson hyperbare, aphérèses)
- Hôpitaux de jour réalisés mais n'ayant pas déclenché un RUM (croisement avec les sources administratives)
- Passages en UHCD non déclarés
- PIE en tant que prestataire non déclarée.

4.1.2 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



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 absence de codage des DAS valorisants.

Contrôle :

■ Détection et traitement des atypies 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).

4.1.3 Actes

Le premier contrôle consiste en une vérification de l'exhaustivité des actes à caractère classant pour la fonction groupage

Risque :

■ Sous facturation des séjours car absence de codage des actes.

Contrôle :

■ Prendre en compte l'ensemble des sources de données disponibles, par exemple celles présentes dans les logiciels de bloc.

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

Risque :

■ Sur ou sous facturation des suppléments car absence de codage des actes.



- Incapacité de facturer le ticket modérateur à la sortie du patient.
- Prise en charge ambulatoire où l'oubli de codage de l'anesthésie ne permet pas de justifier la facturation d'une hospitalisation.

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, aphérèse sanguine avec les actes de séance attendus (cf. guide méthodologique en vigueur).
- Croisement avec un autre recueil pour l'utilisation de matériel particulier (matériel opératoire, dispositif implantable ou dispositif médical couteux, utilisation d'un robot, pose de prothèse, pose de défibrillateur, etc.)

4.1.4 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.



4.1.5 Suppléments prévus par la T2A

L'établissement doit s'assurer qu'il facture bien tous les suppléments journaliers de soins critiques (réanimation, soins intensifs, néonatalogie...) et les suppléments antepartum.

Les suppléments liés à certaines situations (Car-T-cell, défibrillateurs implantables en dehors du GHM prévu, séances de dialyse en cours d'hospitalisation...) doivent également être questionnés, le risque évalué, les contrôles mis en place, les corrections pouvoir être apportées.

4.2 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, le DIM peut mettre en évidence les dysfonctionnements liés à ces activités, et de fait 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

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*



4.3 Qualité

4.3.1 Choix du DP et de hiérarchisation

On peut distinguer 2 niveaux de risque

- Erreur de hiérarchie ou de codage du DP par non-conformité à une règle explicite écrite
- Choix conforme aux règles de production mais sous optimal en termes de valorisation

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.

4.3.2 Procédures d'optimisation des DAS

Recherche de CMA manquantes ou abusives

Risque :

- Sous-valorisation (CMA non codée) ou de survalorisation (CMA abusive)

Contrôle :

- Complétude des dossiers médicaux
- Complétude du codage des diagnostics associés
- Contrôles DATIM/Ovalide

Exemple :

- Tests croisant la durée de séjour et le niveau de sévérité
- Tests basés par exemple sur la recette journalière moyenne (seuil minimale pour certaines activités ex 300 €/J en médecine...)
- Croisement de sources pour des CMA spécifiques : dénutrition, escarres, plaies chroniques, infections, résistances aux ATB, bactériologie, anomalies biologiques pouvant se traduire en CMA.



4.3.3 Cas particuliers de certains types d'hospitalisation

Séjours dans les services pouvant facturer des suppléments de soins critiques (REA, STF, SRC, NN, ANT etc. adulte ou pédiatrique)

Risque :

- Erreur de valorisation des séjours car erreur de codage ayant une influence sur les suppléments de soins critiques.

Contrôle :

- Détection et traitement des séjours des patients (adulte ou enfant) dont les critères ne permettent pas la valorisation des suppléments
- Détection et traitement des séjours des patients adultes sans IGS2 et/ou sans actes marqueurs en réanimation et soins continus
- Surveillance du nombre de suppléments par rapport au nombre total de journées.

Gradation des soins ambulatoires et hospitalisation de jour à tarif intermédiaire :

Risque :

- Sous valorisation si les critères d'un plein tarif sont présents et non typés (exemple : contexte patient, quatre interventions, réserve hospitalière)
- Sur valorisation si les trois interventions ne sont pas réalisées et tracées ou si certains éléments attendus ne sont pas respectés (exemple : locaux et personnel dédié, notion de surveillance particulière non justifiée).

Valorisation des GHM avec 2 GHS (exemple : soins palliatifs, plastie de cancer du sein, RAAC et niveaux de sévérité, ganglion sentinelle etc...) ou majoration possible de tarif

Exemple :

- Surveillance du taux de GHS de soins palliatifs dans les unités de soins palliatifs.

Autres cas particuliers selon les hôpitaux

À évaluer en fonction des autorisations de chaque hôpital.

4.3.4 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.





5 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'identitovigilance, 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...

5.1 Produits de l'activité

5.1.1 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 de couverture complémentaire 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 soin externe (SE).

5.1.2 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.*

5.1.3 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 due 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 des séjours concernés).*

Contrôle :

- *Vérification des délais de déploiement des patchs 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.*

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

5.2.1 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.*



5.2.2 Synchronisation des fichiers complémentaires

Risque :

■ *Problème de synchronisation des FichComp.*

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

5.2.3 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).*

5.3 Séjours à cheval

5.3.1 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.

5.3.2 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.





6 PARTICULARITES DE LA CERTIFICATION DES COMPTES POUR L'ACTIVITE DE SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION (SMR)

Ce chapitre concerne les éléments de contexte spécifiques à la facturation de l'activité en SMR et à leur contrôle.

6.1 Intégration du champ SMR dans la certification des comptes

Le champ SMR est entré en 2024 dans un modèle de financement dont une part significative est liée à l'activité déclarée via le recueil du PMSI SMR, alors que les établissements publics et ESPIC étaient précédemment dans un cadre de dotation annuelle globale de financement.

La recette SMR est donc devenue en 2024 variable, en lien avec la facturation de l'activité, comme le MCO. L'analyse de la fiabilité de cette recette doit donc être intégrée dans le processus de certification des comptes de l'établissement.

6.2 Complexité et fragilité du recueil pour la facturation

La facturation des séjours SMR est basée sur le PMSI SMR qui est assez différent du PMSI MCO, avec un effet beaucoup plus fort de la durée de séjour et beaucoup moins marqué des pathologies associées (un seul niveau de sévérité au-delà du niveau de base) et des actes médicaux (pas de chirurgie).

Alors que la valorisation des séjours en MCO ne s'appuie que sur les diagnostics et les actes médicaux, en SMR elle dépend de la combinaison de quatre facteurs différents ayant chacun un effet partiel et en partie indépendant :

- la pathologie médicale
- la prise en charge de réadaptation
- les soins pour pallier la perte d'autonomie du patient
- et la durée de séjour.

Cela complexifie fortement l'algorithme de groupage et la facturation des séjours, diluant et relativisant le rôle de chacune de ces composantes dans la valorisation finale.

Cela **démultiplie le nombre d'acteurs impliqués dans le recueil d'information** nécessaire à la facturation puisque tous les soignants et tous les acteurs de réadaptation sont impliqués. Ces catégories d'acteurs sont focalisées sur les soins à apporter aux patients, et sont très éloignées de la perception de leur rôle (dilué) dans



la valorisation d'un séjour à travers leur contribution au PMSI SMR. Elles sont également assez éloignées de la culture de traçabilité de leur activité dans le dossier du patient pour permettre un contrôle interne.

Il y a donc une fragilité à deux étages :

- l'une sur le recueil de données dans le PMSI SMR
- et l'autre sur la traçabilité dans le dossier des éléments faisant l'objet d'un codage dans le PMSI pour assoir un contrôle interne (ou externe).

Compte tenu du caractère très récent de la facturation à l'activité en SMR, de la complexité des données mobilisées, du grand nombre d'acteurs et de l'impact modique de l'action de chaque acteur dans la facturation finale :

- c'est un travail d'une beaucoup plus grande complexité et difficulté qu'en MCO pour un volume de facturation beaucoup plus faible, sans ressources nouvelles pour les équipes du DIM en charge du contrôle interne
- c'est un préalable incontournable pour le suivi de l'exhaustivité des recueils (sans traçabilité dans le dossier de réadaptation et soignant, le contrôle interne sera démuné)
- le PAQ doit d'abord intégrer des contrôles sur l'exhaustivité des informations recueillies et leur qualité
- les contrôles sur le niveau de facturation d'un séjour donné sont beaucoup plus délicats à fiabiliser en dehors de la vérification de l'exhaustivité du recueil des éléments tracés par les intervenants et cette vérification d'exhaustivité est elle-même beaucoup plus difficile à exécuter.

Toutefois, pour les établissements publics en particulier, la recette facturable selon l'activité en SMR reste une proportion modérée de la recette totale de l'établissement.

En conséquence, il n'est pas réaliste d'attendre dès la première année d'extension de la certification des comptes à la facturation du champ SMR le même niveau de contrôle qu'en MCO, parce que :

- le contrôle interne doit se mettre en place, et monter en charge (à moyen constant ou quasi-constant le plus souvent pour le DIM)
- la complexité des éléments de facturation est beaucoup plus grande en SMR qu'en MCO
- la fragilité des traces des données sources est forte
- l'impact de chaque composante contrôlée est modique
- une fois l'exhaustivité des séjours facturée, le risque financier global pour l'établissement du défaut de qualité des données PMSI est souvent modeste (5 à 10 % d'un volume total qui ne représente souvent que 3 à 6 % de la recette de



l'établissement pour les établissements publics soumis à la certification des comptes).

Les commissaires aux comptes et leur médecin d'information expert sont en droit d'attendre une démarche structurée, organisée et formalisée autour des attendus incontournables mais dans un processus de montée en charge pluriannuelle d'amélioration continue de la qualité du contrôle interne.

Les DIM doivent dès à présent mettre en place le contrôle interne en commençant par les étapes de bases, aussi bien sur les livrables (cartographie, PAQ, traçabilité du contrôle, évaluation et plan d'action annuel) que sur le plan d'assurance qualité lui-même (identification, formation et contrôle de l'exhaustivité du recueil de tous les acteurs, contrôles de cohérences, amélioration de la qualité des données sources des paramédicaux et des comptes rendus médicaux, conception de tests adaptés, réalisation des contrôles liés aux tests et traçabilité...).

6.3 Rôle du DIM et gestion des risques en SMR

Le DIM a en charge le contrôle interne pour le PMSI SMR, mais jusqu'à 2024 ce recueil était sans impact sur la recette et donc de priorisation très relative au regard des enjeux de la facturation de l'activité MCO. Le contrôle SMR était donc jusqu'à présent limité.

Il appartient au DIM de mettre en place ce contrôle interne de la facturation des séjours SMR, alors que les enjeux sur le MCO n'ont pas changé et que le recueil SMR est à la fois beaucoup plus complexe et plus fragile que le recueil MCO.

Les bases incontournables de l'organisation d'un contrôle interne doivent être mises en œuvre pour le SMR avec les attendus :

- une cartographie des risques du processus de production de l'information PMSI et de facturation pour bien caractériser les niveaux de risques, leur impact potentiel et les prioriser dans les cibles de contrôle interne
- un plan d'assurance qualité global construit selon les risques identifiés dans la cartographie
- un contrôle interne avec traçabilité des actions de contrôle
- une analyse des résultats du contrôle interne pour alimenter les plans d'actions d'amélioration de la qualité.

Compte tenu du caractère très **récent** de la facturation à l'activité en SMR, de la **complexité** des données mobilisées, du **grand nombre d'acteurs** et de l'impact modique de l'action de chaque acteur dans la facturation finale, le PAQ se focalisera au départ surtout sur la consolidation des bases :



- formation de tous les acteurs impliqués
- qualité du dossier du patient dans ses composantes diverses et en particulier paramédicale (mise en place de la traçabilité dans le dossier patient)
- exhaustivité du recueil pour chaque intervenant (recueil PMSI)
- performance des outils à disposition pour le recueil et le contrôle interne du SMR.

Il intégrera des tests en fonction des risques principaux identifiés dans la cartographie des risques et la réalisation de ces tests devra être tracée et analysée pour alimenter le PAQ.

À l'instar du MCO, l'action du DIM dépend des informations consignées dans le dossier médical du patient. S'il peut identifier certaines atypies, il n'est pas à l'origine des données renseignées concernant les actes et la dépendance, celles-ci étant renseignées par les professionnels de santé en charge du patient.

Dans le cadre de la certification des comptes, la politique générale d'assurance qualité et de traçabilité mentionnée dans la deuxième section de ce document, ainsi que les principes généraux des contrôles du DIM décrits au quatrième paragraphe, s'appliquent aussi bien en SMR qu'en MCO.

L'audit du DIM repose sur plusieurs axes :

1. l'évaluation de l'environnement de travail et l'organisation du recueil :
 - ressources humaines du DIM et outils informatiques
 - identification des intervenants dans le recueil (TIM, médecins SMR, soignants, réadaptateurs) et niveau de formation sur le codage qu'ils doivent réaliser
 - qualité des données sources et traces disponibles dans le dossier du patient (y compris dépendance, actes de réadaptation et distinction du déroulement chronologique du séjour, analyse hebdomadaire).
2. le plan d'assurance qualité (PAQ) défini par l'établissement en fonction de sa cartographie des risques
3. un audit de dossiers basé sur un ou plusieurs contrôles issus du PAQ.

6.4 Risques financiers couverts par le PAQ

Les risques financiers doivent être abordés sous trois angles :

6.4.1 L'exhaustivité

L'exhaustivité des séjours en SMR doit être valorisée et cette exhaustivité contrôlée, aussi bien en hospitalisation complète qu'en hôpital de jour. Le contrôle doit porter



sur la description et valorisation du séjour via le PMSI, mais également la cohérence et la conformité du volet administratif pour éviter des séjours non valorisés du fait d'erreurs administratives (coordination DIM-facturation sur ce volet).

Le contrôle de la présence des MP+/-AE et des dépendances sur chaque RHS est un élément clé du groupage des séjours. Il est essentiel d'analyser les séjours finalisés mais non groupés.

Pour l'ambulatoire, contrôle indirect de la présence d'un RHS pour chaque venue à travers l'analyse des actes sans séjour ou des séjours ambulatoires sans acte.

Le risque de non-exhaustivité des actes doit être maîtrisé. Bien qu'un contrôle exhaustif de tous les actes réalisés soit quasiment impossible, certaines vérifications peuvent être mises en place :

- analyse des semaines d'hospitalisation complète et des séjours ambulatoires sans acte CSARR/CSAR ;
- vérification de la production des actes CSARR/CSAR par l'exhaustivité des métiers autorisés et impliqués dans les prises en charges :
 - Analyse globale par métier possible avec les tableaux OVALIDE SMR (est-ce tous les métiers impliqués produisent des actes CSARR ?)
 - Est-ce que chaque métier produit une variété (listes des codes CSARR par métier) et un volume d'actes cohérent (y compris les médecins) ?
 - Est-ce chaque métier produit des actes d'évaluation en début et fin de prise en charge ?
 - etc.

L'organisation d'un croisement de la facturation des molécules des trois listes en sus identifiées dans OVALIDE avec les consommations connues de la pharmacie est nécessaire pour couvrir le **risque de non-exhaustivité des molécules**.

6.4.2 La qualité / fiabilité des informations codées et impactant la valorisation

Les contrôles visent à limiter les risques financiers de sous valorisation ou sur valorisation.

Plusieurs points de vigilance sont à considérer :

- contrôles du niveau de réadaptation :
 - Analyse globale de la répartition des niveaux de réadaptation en fonction du profil d'autorisation des unités (ex-pédiatrie, mention spécialisée, gériatrie, polyvalent)
 - Contrôle des thésaurus des intervenants impliqués dans la production d'acte CSARR/CSAR pris en compte et des volumes produits pour les actes des thésaurus



- Analyse de la liste des actes CCAM pondérés pour le groupage en GR qui sont supposés être produits dans l'établissement
- Vérification de l'intégrité des données en cas d'interface entre logiciels (ex recueil des actes dans le dossier patient et transmission au logiciel PMSI)
- Croisement éventuel des agendas patients/praticiens avec le codage des actes.
- contrôles du niveau de lourdeur :
 - Vérification de l'évaluation **des dépendances** par les équipes soignantes. Le DIM peut assurer l'exhaustivité et repérer les anomalies (*exemple : dépendances faibles en soins palliatifs, chez des patients grabataires ou en cas de décès, ou encore variabilité excessive des dépendances sur un même séjour*)
 - Identification des prises en charges correspondant à des GN pour lesquels la date de dernière intervention a un impact financier et contrôle du recueil de ces cas.
- contrôles du niveau de sévérité :
 - Les DAS influençant le niveau de sévérité en SMR différent de ceux du MCO. La liste est restreinte et comprend de nombreux facteurs socio-environnementaux non valorisants en MCO. L'exploitation des informations issues des assistantes sociales, de la bactériologie ou des prescriptions d'isolement constitue un levier d'optimisation
 - Tout comme la traçabilité et le codage des retards à la sortie pour attente de place dans une structure d'aval
 - La listes des actes CCAM ayant un impact sur le niveau de sévérité doit être analysée pour identifier les actes réalisés dans l'établissement et l'exhaustivité des séjours concernés.
- contrôles des éléments de valorisation des activités d'expertise et des plateaux techniques spécialisés reconnues par l'ARS :
 - Lorsqu'un établissement bénéficie du financement d'une activité d'expertise, vérification de l'identification correcte des lits dédiés sur les périodes concernées et des séjours concernés pour que la valorisation potentielle de l'activité d'expertise soit correctement dimensionnée
 - De même lorsque l'établissement est financé pour un plateau technique spécialisé de la liste officielle, vérification du codage des modulateurs de plateau technique, en particulier pour les plateaux techniques avec 2 niveaux de rémunération.
- analyse des atypies détectées par Druides et Ovalide :
 - Les anomalies de chaînage doivent être systématiquement étudiées.



- Les autres atypies doivent être traitées selon les spécificités de chaque établissement.

6.4.3 Autres contributions du DIM

Le DIM peut être sollicité pour participer à la gestion des risques liés aux autres métiers de la chaîne de facturation (voir paragraphe 6 de ce document).





7 ANNEXES

7.1 Membres du groupe de travail

Pour les médecins d'information médicale :

- Isabelle Choudat : [Médipole Garonne](#)
- Véronique Gilleron : [CHU de Bordeaux](#) / [SoFIMe](#) / Collège des Médecins de DIM de CHU
- Béatrice Le Vu : [UNICANCER](#)
- Pierre Metral : [HCL](#) / [SoFIMe](#) / Collège des Médecins de DIM de CHU
- Didier Theis : [CHU de Lille](#) / [SoFIMe](#) / Collège des Médecins de DIM de CHU

Pour les commissaires aux comptes :

- Patrick Aumeras : [Exco](#) – Président du Groupe de travail Certification des comptes des EPS
- Marc Corbi : [Exco](#)
- Sandrine Georges Degerine : [KPMG](#)
- Bruno Gerard : [EY](#)
- Antoine Labarre : [Deloitte](#)
- Philippe Massonnat : [KPMG](#)

Pour la DGOS :

- Gilles Hebbrecht – SDFIP.

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

https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche_16_sejours_a_cheval.pdf



7.3 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.



Contact : gilles.hebbrecht@sante.gouv.fr