

Guide de déploiement du dispositif de contrôle interne sur le processus des recettes

Fiabilisation et certification des comptes des
établissements publics de santé

Mai 2019



AVANT PROPOS

Obtenir un niveau de recettes à la hauteur de l'activité réalisée reste au cœur des préoccupations des établissements de santé. La sécurisation des recettes est étroitement liée à la capacité des services Accueil-Recueil de l'activité-Facturation-Recouvrement (ARFR) à produire des factures de qualité et à recouvrer les montants auprès des différents débiteurs, dans un délai optimal.

Les travaux réalisés dans le cadre de la certification des comptes vont également dans ce sens, en soulignant le rôle décisif du secteur ARFR. Plus précisément, il convient de rappeler que « l'accueil médico-administratif du patient et le recueil de l'activité sont des étapes déterminantes pour la qualité de la facturation et celle des comptes »¹ des établissements.

Pour ce faire, le contrôle interne constitue le levier majeur pour atteindre l'objectif de qualité en tant que démarche de maîtrise des risques. Le contrôle interne n'est pas une notion nouvelle même si le renforcement de sa qualité et de sa pertinence est d'actualité. En effet, l'instruction interministérielle du 19 juillet 2017² relative à l'animation et au pilotage de la certification des comptes des établissements publics de santé à compter de 2017 renforce le lien entre efficacité et contrôle interne. Les motifs de refus ou de réserves observés lors des premiers exercices de certification des comptes des hôpitaux portent majoritairement sur les faiblesses du dispositif de contrôle interne. La mobilisation des acteurs a été forte en ce domaine et a permis la diffusion au sein des établissements publics de santé (EPS) et de leurs directions fonctionnelles d'une culture de la qualité.

L'analyse et la valorisation des contrôles doivent permettre d'accompagner l'établissement dans l'identification des zones de fragilité dans les services, au-delà de la correction des anomalies : insuffisance de formation, absence de documentation claire, rupture de la chaîne de travail, contrôles redondants. Cela implique d'intégrer dans cette analyse les restitutions fournies par le comptable, par exemple celles relatives à la fiabilisation et l'analyse des états de reste à recouvrer.

Face aux multiples enjeux, l'Agence Régionale de Santé (ARS) Hauts-de-France a piloté entre 2018 et 2019 un groupe de travail composé de 6 établissements publics de santé Médecine – Chirurgie – Obstétrique (MCO) de sa région avec pour objectif l'élaboration d'un guide de déploiement du dispositif de contrôle interne sur le processus recettes (activité de soins hospitaliers et soins externes).

Le présent guide vise à apporter une aide à la construction et au renforcement d'un dispositif de contrôle interne des processus de recettes d'hospitalisations et de soins externes, en favorisant l'appropriation de la démarche opérationnelle par les équipes. Il a été élaboré en lien étroit avec les acteurs des processus recettes. L'ambition était de prendre en compte la variété des établissements et des métiers.

Ce document s'adresse aux établissements de santé ayant une activité MCO plus précisément, il est destiné aux acteurs opérationnels de la chaîne ARFR, aux contrôleurs de gestion des recettes, aux directeurs des finances, aux médecins du département d'information médicale (DIM), aux responsables des systèmes d'information et aux agents des finances publiques. Ce guide est à partager avec l'ensemble de leurs équipes.

¹ « Guide d'auditabilité des recettes T2A MCO »

² N° DGOS/PF1/DGFIP/2017/230

SOMMAIRE

Introduction

- | | |
|--|------|
| 1. Contexte | P 3 |
| 2. Objectifs et limites | P 4 |
| 3. Le contrôle interne : définitions et objectifs | P 6 |
| 4. Quel lien entre contrôle interne et certification des comptes ? | P 8 |
| 5. Processus recettes : Quels enjeux et quels impacts | P 10 |

L'expérimentation

- | | |
|---|------|
| 1. Phase #1 : Autodiagnostic du dispositif de contrôle interne | P 13 |
| 2. Phase #2 : Investigation | P 15 |
| 3. Phase #3 : Elaboration et validation du guide : Fiche des bonnes pratiques | P 19 |

Recette d'hospitalisation : Les bonnes pratiques du contrôle interne

- | | |
|---|------|
| 1. Pré admission / admission | P 20 |
| 2. Recueil de l'activité | P 24 |
| 3. Facturation | P 28 |
| 4. Enregistrement comptables | P 30 |
| 5. Recouvrement des créances et contentieux | P 32 |

Recette de soins externe: Les bonnes pratiques du contrôle interne

- | | |
|---|------|
| 1. Admission | P 37 |
| 2. Recueil de l'activité | P 40 |
| 3. Facturation | P 41 |
| 4. Enregistrement comptables | P 42 |
| 5. Recouvrement des créances et contentieux | P 44 |

Système d'information : Les bonnes pratiques du contrôle interne

Annexes

Glossaire

Remerciements

INTRODUCTION

1. Contexte

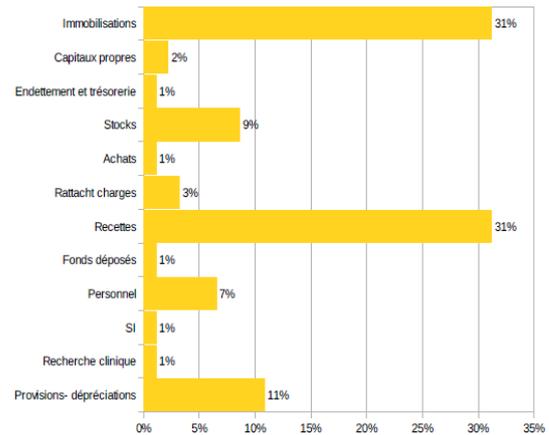
A l'heure d'une modernisation en profondeur du système de santé et d'un contexte économique sous tension, la qualité de la comptabilité sous-jacente à la fiabilité des comptes constitue un atout en termes de pilotage, de performance de la gestion, d'information et de communication. La fiabilisation des comptes concerne donc tous les établissements publics de santé, qu'ils soient, dans l'avenir, soumis ou non à l'obligation de certification de leurs comptes.

A l'heure du bilan des quatre premières années de certification des comptes, il démontre une certification sans réserve pour 65 % des établissements sur l'exercice 2017. La démarche de certification se consolide pour les établissements des deux premières vagues (2014 et 2015) avec respectivement 77,5 % et 69 % des établissements faisant l'objet d'une certification sans réserve.

Evolution des opinions depuis l'entrée en certification des comptes				
Année d'entrée en certification	Nombre EPS	Sans réserve	Avec réserve	Refus
2014	31	52%	42%	6%
2015	126	56%	42%	2%
2016	165	60%	36,5%	2%
2017	165	65%	32,5%	2,5%

Le cycle des recettes constitue l'un des principaux motifs de réserves avec 31 % des réserves et atteint le même niveau que le cycle immobilisations.

Nature des réserves sur les comptes 2017



La nature des réserves formulées sur le cycle des recettes par les certificateurs porte sur l'insuffisance du dispositif de contrôle interne et trouve généralement la formulation suivante par le commissaire aux comptes : « En raison de l'insuffisance de formalisation et de mise en œuvre des procédures de contrôle interne sur l'exercice concernant la chaîne de facturation et de l'impossibilité de recourir à d'autres procédures d'audit, nous n'avons pas été en mesure de nous assurer de l'exhaustivité, de l'existence et de l'exactitude des recettes d'hospitalisation de l'exercice clos au 31 décembre ».

Au regard de ce constat, l'ARS des Hauts-de-France a expérimenté auprès d'un groupe de 6 établissements volontaires le recensement des bonnes pratiques de contrôle interne afin d'élaborer le présent guide.

INTRODUCTION

2. Objectifs et limites

Objectifs

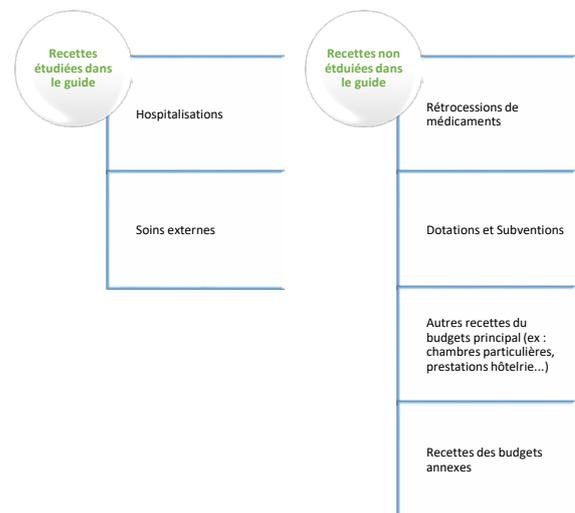
Le guide s'adresse en priorité aux EPS ayant l'obligation, ou la volonté, de fiabiliser les données économiques sources du cycle des recettes d'hospitalisation et des soins externes. Il s'inscrit dans une démarche de fiabilisation des états financiers. Il s'agit d'engager une démarche qui peut se dérouler sur plusieurs années et concerner à des degrés divers de nombreux collaborateurs.

Il constitue un guide méthodologique pratique à destination des responsables de services et de leurs agents afin de leur permettre de :

- Identifier les zones de risques rencontrées tout au long du processus des recettes, de l'admission du patient jusqu'au recouvrement de la créance ;
- Connaître les bonnes pratiques de contrôle interne existantes, sur chacune des étapes, pour couvrir ces risques ;
- Evaluer les pré-requis d'un contrôle interne dans les établissements axé sur la qualité des recettes ;
- Partager l'expérience de certains établissements ayant déjà un contrôle interne en place et sur les outils existants ;
- Permettre aux établissements de déployer les actions prioritaires nécessaires au maintien d'un niveau de risque acceptable sur le processus recettes.

Périmètre des recettes

La démarche d'analyse du caractère significatif menée par les commissaires aux comptes nous a amené à limiter dans un premier temps le périmètre des recettes traitées dans le guide aux recettes présentées ci-dessous :



Priorisation des bonnes pratiques

Les bonnes pratiques de contrôle interne sont présentées sur chacune des étapes du processus, sans indication de contrôles obligatoires ou prioritaires. Le guide liste les bonnes pratiques, les contrôles attendus pour chaque risque majeur identifié.

INTRODUCTION

Le dispositif de contrôle interne s'adapte à l'organisation et aux personnes devant le mettre en place et le piloter en fonction de ses responsabilités³.

Schéma organisationnel

Ce guide donne des bonnes pratiques à adopter pour conduire un contrôle interne efficient, tout en laissant aux établissements une grande latitude dans sa mise en œuvre.

Au regard des différentes tailles, ressources et enjeux observés dans le paysage des établissements publics de santé, il n'a pas été jugé pertinent de définir une organisation type dans le déploiement du dispositif de contrôle interne. Ainsi, les points de contrôle recensés dans la suite du guide sont présentés sans indication quant au service responsable de la réalisation des contrôles.

Chaque établissement devra adapter son dispositif de contrôle interne à son organisation et inversement.

De même, les indicateurs de suivi proposés vont dépendre des actions mises en place par l'établissement et des données sources disponibles.

De plus, au vue des enjeux relevant de la transformation du secteur public hospitalier, avec le regroupement des Départements d'information Médicale dans le cadre des GHT, le déploiement de Fides, et la nécessité de renforcer le pilotage médico économique, il est préconisé de réaliser un état des lieux de l'existant en formalisant les processus liés aux recettes.

L'analyse objective des forces et faiblesses de l'organisation et des pratiques réalisées, permettra de définir une cible organisationnelle et de bâtir un plan d'action à l'aide des préconisations du présent guide.

Temporalité

Il convient de préciser que le guide tient compte des règles applicables en matière de facturation au moment de sa rédaction (mars 2019), et non pas des projets en cours du programme SIMPHONIE (ex : FIDES séjours, ROC, ...).

Par conséquent, il pourra être enrichi au fur et à mesure des modifications à venir du processus facturation des établissements publics de santé.

³ 5^{ème} composante du contrôle interne du Committee of sponsoring organizations (COSO) : le pilotage du contrôle interne

INTRODUCTION

3. Le contrôle interne : définitions et objectifs



Définition

Conformément aux standards internationaux⁴, le contrôle interne se définit comme l'ensemble des dispositifs, organisés, formalisés et permanents, choisis par l'encadrement et mis en œuvre par les responsables de tous niveaux pour maîtriser le fonctionnement de leurs activités. Ces dispositifs sont destinés à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation de leurs objectifs :

- La réalisation et l'optimisation des opérations ;
- La protection des actifs et des ressources financières ;
- La fiabilité des informations comptables et financières ;
- La conformité aux lois et règlements ;
- La qualité des prestations.

⁴ Ces standards reposent sur des « cadres de référence » ou « référentiels » reconnus, au premier rang desquels figure le COSO dont les définitions sont reprises au plan international par l'IFAC (international federation of accountants), l'INTOSAI (organisation internationale des institutions supérieures de contrôle) et l'IIA (the institut of internal auditors).et, en France, par le conseil supérieur des experts comptables, le conseil national des commissaires aux comptes, l'IFACI (institut français d'audit et de contrôle interne) et l'Autorité des marchés financiers (AMF)



Objectifs

L'objectif recherché consiste à garantir la qualité des opérations passées et à donner une assurance raisonnable quant à la maîtrise des principaux risques.

La traduction erronée de «internal control» en «contrôle interne» a conduit à une certaine confusion des acteurs, polarisant leur attention sur la notion de contrôle alors qu'il s'agit de mettre en avant la logique de maîtrise interne des risques.

La maîtrise des risques est un concept déjà connu des établissements car de nombreux contrôles et dispositifs existent déjà, mais surtout sur les processus d'activité afin de sécuriser la qualité des soins. Aujourd'hui il s'agit d'en renforcer la qualité et la pertinence dans les domaines comptables et financiers.

La démarche poursuivie n'est pas tant de créer un nouveau dispositif mais de renforcer le dispositif existant afin qu'il réponde aux objectifs de qualité comptable :

- en organisant et en structurant le contrôle interne autour de la notion de fonction comptable et financière ;
- en documentant les risques et les procédures ;
- en assurant une traçabilité des opérations et des acteurs propres à garantir une «piste d'audit» (ou «chemin de révision») ;

INTRODUCTION

- en pilotant le dispositif dans une démarche d'amélioration continue.

L'ensemble de la démarche est construite autour de la notion de **processus**.

Il convient de préciser que la démarche de contrôle interne participe à une réflexion d'ensemble sur l'organisation d'une entité en fonction des objectifs qu'elle s'est fixée ou qu'on lui a fixés. Dès lors, pour l'encadrement, les opérations de contrôle ne constituent que la phase «aval» de la démarche de contrôle interne. La phase «amont» repose sur des choix organisationnels et la définition de dispositifs de contrôle interne effectués en fonction :

- des objectifs assignés (endogènes ou exogènes à l'entité) ;
- des moyens humains et matériels dont dispose l'entité (nombre d'emplois/optimum, ancienneté)

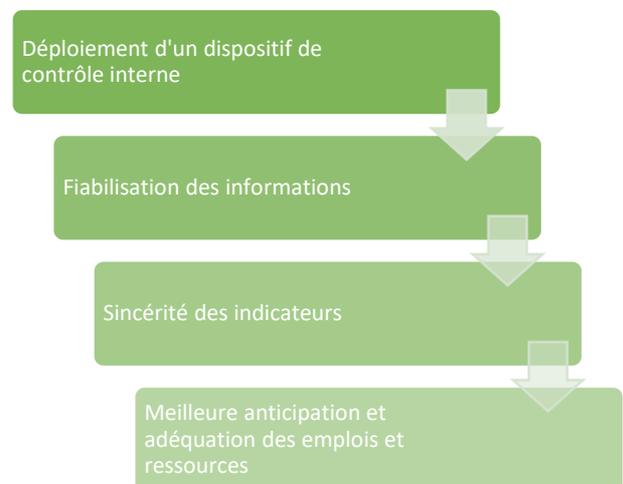
La mise en œuvre de dispositifs de maîtrise des risques repose sur un arbitrage constant : coût de la mesure de contrôle interne/risque à maîtriser. Cette évaluation du risque doit être mise en parallèle avec les moyens dont dispose l'entité. Cette logique d'arbitrage est fondamentale et au cœur de la démarche de contrôle interne. En conséquence, les choix organisationnels retenus par deux entités distinctes pour un même objectif pourront être très différents.

L'objectif de qualité comptable et financière peut être considéré comme atteint dès lors que chacun de ces critères ci-dessous est respecté. Concrètement, cela suppose qu'à chaque étape, pour chaque acteur et pour chaque opération comptable, les risques de non atteinte de ces critères de qualité ne puissent être maîtrisés. C'est précisément le

rôle du contrôle interne comptable et financier (tant sur le plan «fonctionnel» que dans le domaine informatique) d'atteindre ces objectifs de qualité comptable.



La mise en place d'un dispositif de contrôle interne efficace et efficient permettra à l'établissement d'avoir une meilleure qualité des données financières et de ce fait des documents réglementaires qui en découlent (compte financier/ Retraitement comptable / EPRD/PGFP/ PMSI/ FICHCOMP) et des outils de prévisions et de pilotage budgétaire.



INTRODUCTION

4. Quel lien entre contrôle interne et certification des comptes ?

La mission du commissaire aux comptes

Le commissaire aux comptes est un professionnel indépendant, nommé pour 6 exercices devant apprécier si « 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 »⁵ de l'établissement à la fin de cet exercice.

A l'issue de ses travaux, il émet une opinion sur les états financiers de l'établissement, opinion qui peut revêtir plusieurs formes⁶ :

- Certification des comptes sans réserve ;
- Certification des comptes avec réserve (pour désaccord ou pour limitation) ;
- Refus de certifier les comptes ;
- Impossibilité de certifier les comptes.

Son opinion est justifiée dans son rapport sur les comptes annuels.

Il peut également émettre une observation pour attirer l'attention du lecteur sur une information fournie dans l'annexe des comptes.

La démarche du commissaire aux comptes

Le commissaire aux comptes réalise sa mission dans le respect des normes d'exercice professionnel (NEP) afin d'obtenir l'assurance raisonnable que « les comptes, pris dans leur ensemble, ne comportent pas d'anomalies

significatives ». ⁷ Il s'appuie sur l'analyse du dispositif de contrôle interne.

Sa démarche est fondée sur une approche par les risques.

Il analyse et évalue les organisations, les méthodes et les processus qui ont permis d'élaborer les informations comptables pour s'assurer que le dispositif de contrôle interne de l'entité assure un niveau de maîtrise des risques satisfaisant.

La phase d'évaluation du contrôle interne et d'analyse des processus se révèle essentielle dans la démarche d'audit. Elle a pour objectif de recenser et d'évaluer les procédures mises en œuvre pour gérer les risques identifiés comme significatifs. Cette étape permet, pour chacune des principales fonctions associées à une activité, d'identifier les processus clés et les risques attachés, et de conclure sur leur efficacité.

Cette phase représente près de 50 % des temps passés et est particulièrement prégnant dans un EPS compte tenu de la volumétrie des opérations.

Durant cette phase, le commissaire aux comptes a besoin d'acquérir une parfaite compréhension des différents niveaux de contrôle sur chacun des processus pour :

- mesurer comment les procédures assurent une couverture satisfaisante des risques ;
- anticiper d'éventuelles actions correctrices avant la clôture de l'exercice ;

⁵ Article L.823-9, alinéa 1 du Code de commerce

⁶ NEP 700. Rapport du commissaire aux comptes sur les comptes annuels et consolidés

⁷ NEP 200. Principes applicables à l'audit des comptes mis en œuvre dans le cadre de la certification des comptes

INTRODUCTION

- adapter la nature et l'étendue de nos procédures d'audit aux seuls risques non couverts et gagner ainsi en pertinence et en efficacité.

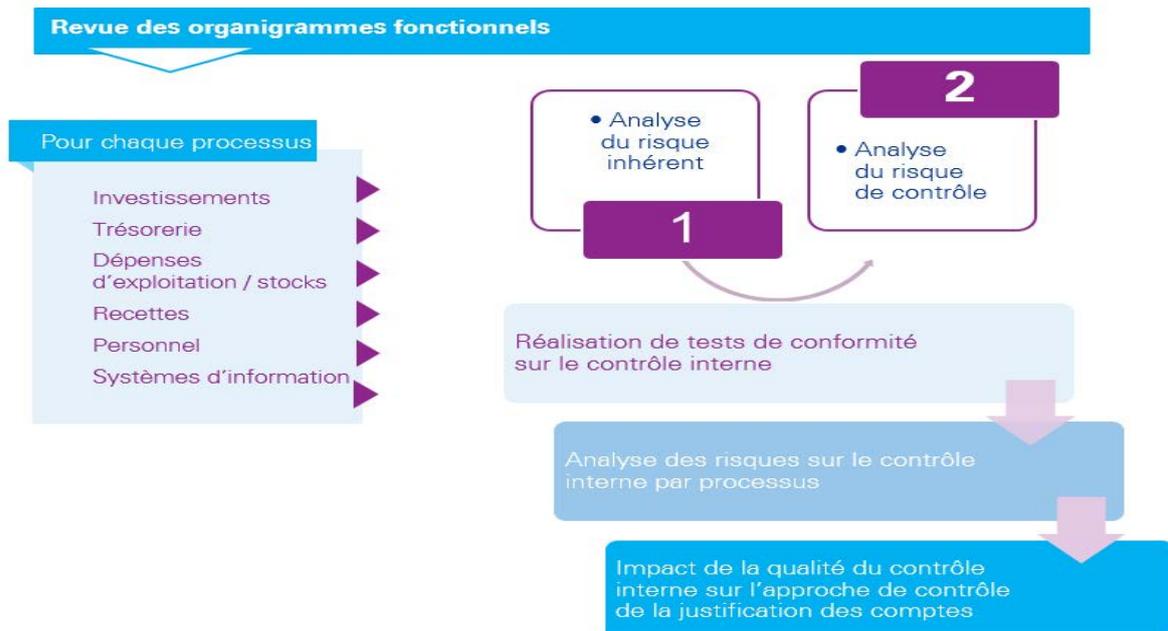
Les assertions d'audit

Une assertion est définie comme un « critère dont la réalisation conditionne la régularité, la sincérité et l'image fidèle des comptes ».⁸

Lors de sa mission d'audit, le commissaire aux comptes va s'assurer du respect d'une ou plusieurs des assertions suivantes :

- Exhaustivité : toutes les opérations, les passifs et les actifs sont enregistrés ;
 - Existence / Réalité : toutes les opérations, les passifs et les actifs enregistrés existent et se rapportent à l'entité ;
 - Exactitude / Mesure : toutes les opérations, les passifs et les actifs
- sont correctement enregistrés ;
 - Evaluation et imputation : les actifs et les passifs sont inscrits dans les comptes pour des montants appropriés et tous les ajustements résultant de leur évaluation ou imputation sont correctement enregistrés ;
 - Droits et obligations : l'entité détient et contrôle les droits sur les actifs, et les dettes correspondent aux obligations de l'entité ;
 - Présentation et intelligibilité, classification : l'information financière est présentée de manière claire et appropriée, les opérations sont enregistrées dans les comptes adéquats ;
 - Séparation des exercices : les opérations ont été enregistrées dans la bonne période.

LA DÉMARCHÉ GÉNÉRALE SUR LE CONTRÔLE INTERNE



⁸ NEP 500. Caractère probant des éléments collectés

INTRODUCTION

5. Processus recettes : Quels enjeux et quels impacts ?

Pourquoi le processus recettes

La priorisation du guide sur le dispositif de contrôle interne du processus recettes repose sur de multiples constats précédemment énoncés et complétés par :

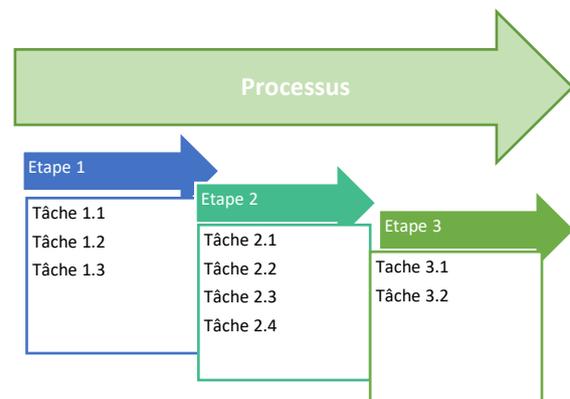
- Le bilan des 3 vagues de certification avec des réserves sur le cycle des Recettes qui portent sur la faiblesse du contrôle interne (= Cycle complexe car mobilise beaucoup d'acteurs en interne).
- Des difficultés à anticiper, par le biais d'indicateurs fiables, les écarts entre le prévisionnel et le réalisé des recettes à l'activité.
- Des écarts de poids moyen du cas traité (PMCT) importants entre établissements comparables.
- Des Lamdas démontrant des marges de progression encore existante dans la qualité et l'exhaustivité des recettes.
- Des interventions de prestataires extérieurs sur le recodage non exhaustif des dossiers (actions « one shot » non pérennes).
- Des besoins en fonds de roulement (BFR) croissants impacteront la trésorerie.

Méthode de cartographie

Le processus des recettes est identifié dans le cadre d'une cartographie. Cette cartographie consiste à décomposer et à classer selon une typologie structurée les opérations ayant un impact sur les comptes financiers, c'est-à-dire toutes les opérations liées au traitement de l'information aboutissant à une transcription

dans les états financiers annuels. Cette cartographie est essentielle car elle structure l'ensemble de la démarche de contrôle interne (cartographie des risques, plan d'action, documentation des procédures sous forme de référentiels de contrôle interne, de guides de procédures et d'organigrammes fonctionnels, structuration de la piste d'audit).

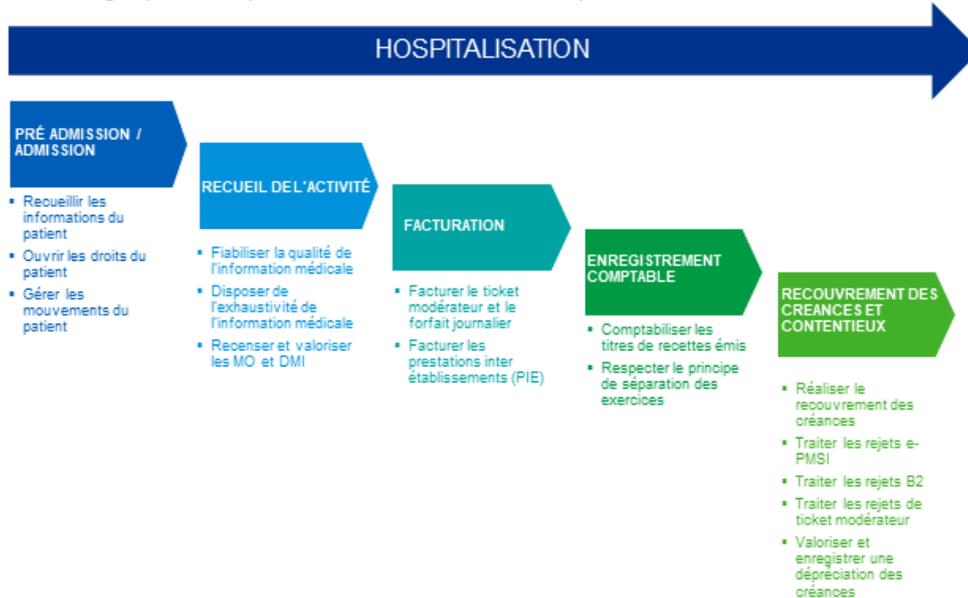
Le classement des différentes opérations s'est fait autour de la notion centrale de processus, c'est-à-dire un ensemble d'étapes, elles-mêmes subdivisées en tâches réalisées par différents services et acteurs, participant à une même activité :



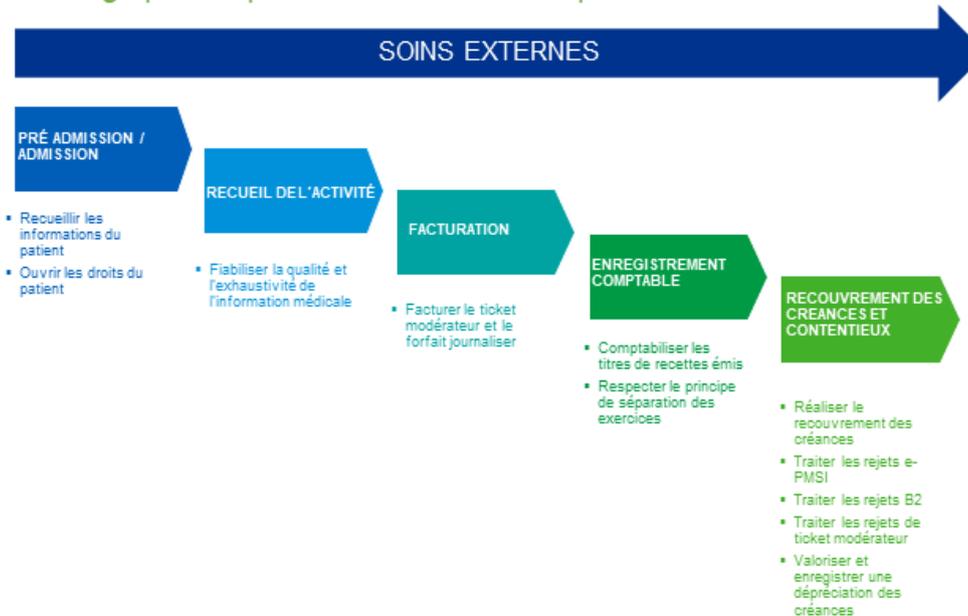
Chacune des tâches dans les étapes du processus permettent une analyse des risques spécifiques en fonction des objectifs de qualité poursuivis.

INTRODUCTION

Cartographie du processus recettes d'hospitalisation



Cartographie du processus recettes d'hospitalisation



EXPERIMENTATION

Suite à un appel à projet lancé par l'ARS des Hauts de France, 6 établissements se sont portés volontaires pour participer à l'expérimentation de l'analyse de leur dispositif de contrôle interne sur le processus recettes :

- CH de Beauvais
- CH de Roubaix
- CH Saint Quentin
- Groupement Hospitalier Seclin Carvin
- CH Valenciennes
- Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise

Ces établissements sont à des stades d'avancement différents dans la mise en place d'un dispositif de contrôle interne maîtrisé et formalisé.

- 5 établissements sont en certification,
- 1 établissement est dans une démarche de fiabilisation des comptes sans l'obligation d'avoir un commissaire aux comptes.

EXPERIMENTATION ORGANISEE EN 3 PHASES



PHASE #1 AUTODIAGNOSTIC DU DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE

- Diffusion d'une liste de documentation attendue auprès des établissements,
- Recueil des indicateurs d'évaluation de la qualité du processus,
- Elaboration et validation d'un questionnaire d'autodiagnostic du dispositif de contrôle interne.

PHASE #2 INVESTIGATION

- Diffusion des questionnaires à l'ensemble des agents du Bureau des entrées, facturation, Recouvrement, Contentieux, DIM, SIH, Trésorerie,
- Dépouillement et analyse des résultats,
- Synthèse des leviers d'optimisation du dispositif de contrôle interne du processus recettes pour chaque établissement, et de manière globale.

PHASE #3 ELABORATION ET VALIDATION DU GUIDE

- Définition du risque opérationnel pour chaque étape du processus,
- Détermination des points d'attention,
- Présentation des bonnes pratiques de contrôle interne.

EXPERIMENTATION

1. PHASE #1 AUTODIAGNOSTIC DU DISPOSITIF DE CONTROLE INTERNE

L'objectif de compréhension de l'état des lieux du dispositif de contrôle interne des établissements volontaires a dû se réaliser sans mener un audit in situ de cette fonction dans les établissements. Une méthodologie de travail spécifique en trois étapes a été développée afin de mener cette analyse :



La fiche N°8 « préparer la venue du certificateur » (**Annexe 1**) présente les informations à fournir et précise que l'une des dimensions attendues est « une documentation et une traçabilité des contrôles effectués au titre du contrôle interne (dossier de contrôle interne) ». En effet, un dossier de contrôle interne détaillé permet de présumer de l'existence et de l'efficacité du dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers.

La fiche définit le dossier de contrôle interne comptable et financier comme l'ensemble des procédures appliquées et contrôles effectués par l'établissement (ordonnateur et comptable) au cours d'un exercice comptable donné. La constitution du dossier de contrôle

interne est donc indissociable de la mise en œuvre d'un plan de contrôle interne (PCI ou PDCI). Elle répond en effet au double impératif de documentation et de traçabilité du contrôle interne.

Il a pour finalité de réunir tous les éléments nécessaires pour s'assurer qu'une démarche de contrôle interne existe, qu'elle est opérationnelle, et qu'elle répond à une stratégie validée par direction. Le dossier de contrôle interne se distingue également du dossier de clôture dans la mesure où il ne sert pas à justifier les soldes comptables existants à la clôture de l'exercice.

Cependant, il n'existe pas de modèle type de dossier de contrôle interne. Chaque établissement est libre de choisir sa présentation pour l'adapter à son organisation et à ses besoins.

Il est apparu nécessaire de lister la documentation socle attendue dans un dossier de contrôle interne (**Annexe 2**) et de demander à chaque établissement volontaire de présenter les informations disponibles au regard de la cible.

Cette première étape a permis d'apprécier l'environnement général du contrôle interne disponible dans les établissements.

EXPERIMENTATION

Etape 2

- **Questionnaire d'auto-diagnostic du contrôle interne** : Analyse de la documentation existante, Elaboration et validation d'un questionnaire à destination des agents au coeur des processus recettes

Le contrôle interne est un dispositif, organisé, formalisé et permanent, mis en œuvre par les agents de tous niveaux.

Cet objectif est apprécié tout au long de la chaîne de travail, c'est-à-dire, des opérations initiales jusqu'à leur enregistrement comptable.

Il est apparu important de recenser l'appréhension du contrôle interne opérationnel mis en œuvre par les agents des services gestionnaires.

6 ateliers ont été menés (Bureau des entrées, Service facturation, Recouvrement Contentieux, DIM, SIH, Recouvrement Trésorerie) avec les établissements pilotes pour élaborer et valider des questionnaires d'autodiagnostic du contrôle interne lors de chacune des tâches dans les processus recettes.

→ Il en résulte 16 questionnaires pour un total de 356 questions.

Le découpage des questionnaires s'appréhende au niveau des différentes tâches du processus recettes afin de redescendre le recensement auprès des agents opérationnels.

Ces questionnaires seront présentés en préambule de chacune des fiches des bonnes pratiques et vous permettront de mener votre propre autoévaluation.

Etape 3

- **Identification des indicateurs de qualité** : La qualité d'un processus et de son contrôle interne implique l'identification d'indicateurs de référence

L'analyse qualitative d'un dispositif de contrôle interne ne peut pas s'envisager sans le suivi d'indicateurs. L'identification des indicateurs a été menée en lien étroit avec les indicateurs de pilotage de la chaîne de facturation présentés dans le guide de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP)⁹ et l'expérience acquise par les établissements pilotes de leurs propres indicateurs.

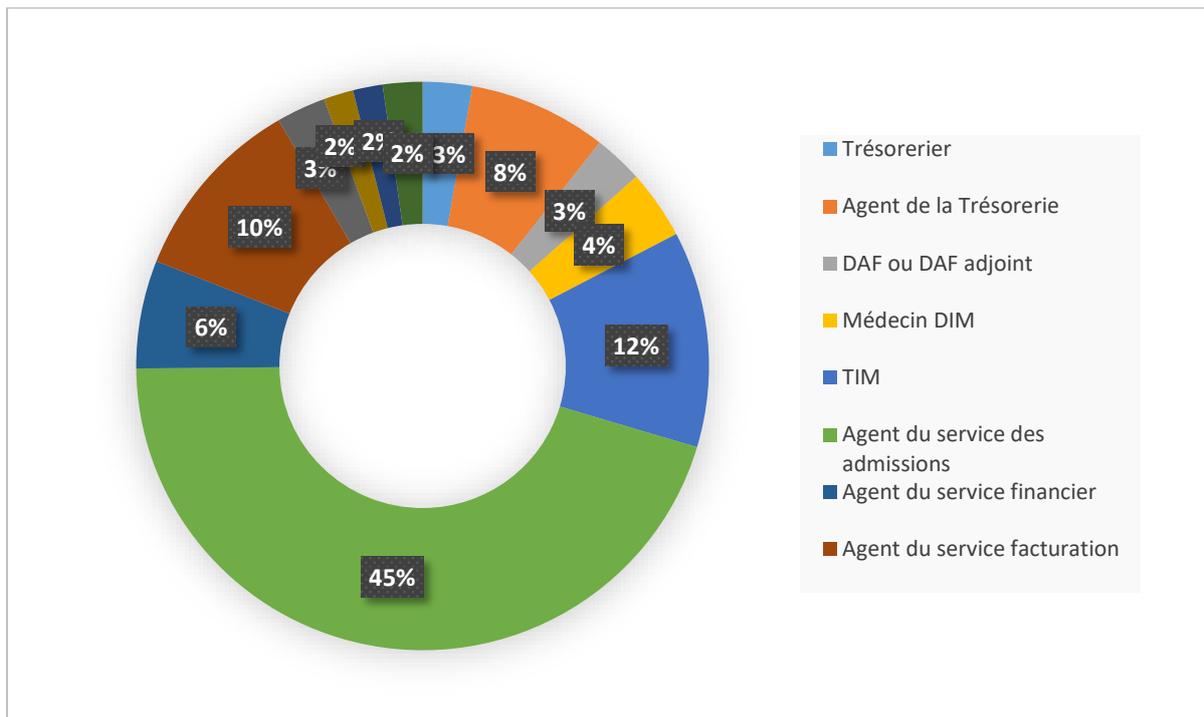
Les établissements sont bien souvent confrontés à une faible disponibilité des indicateurs intégrés dans leur système d'information et mettent en place leurs propres requêtes périodiques.

⁹ Guide ANAP Septembre 2018 – Piloter la chaîne Accueil – Facturation - Recouvrement

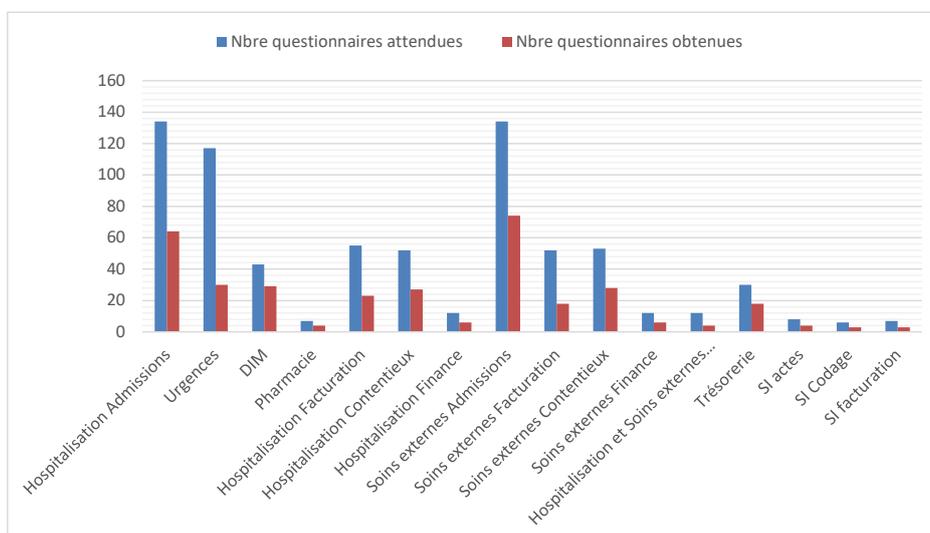
EXPERIMENTATION

2. PHASE #2 INVESTIGATION

Les 16 questionnaires pour un total de 356 questions ont été diffusés auprès de 179 agents et répartis selon la segmentation suivante :



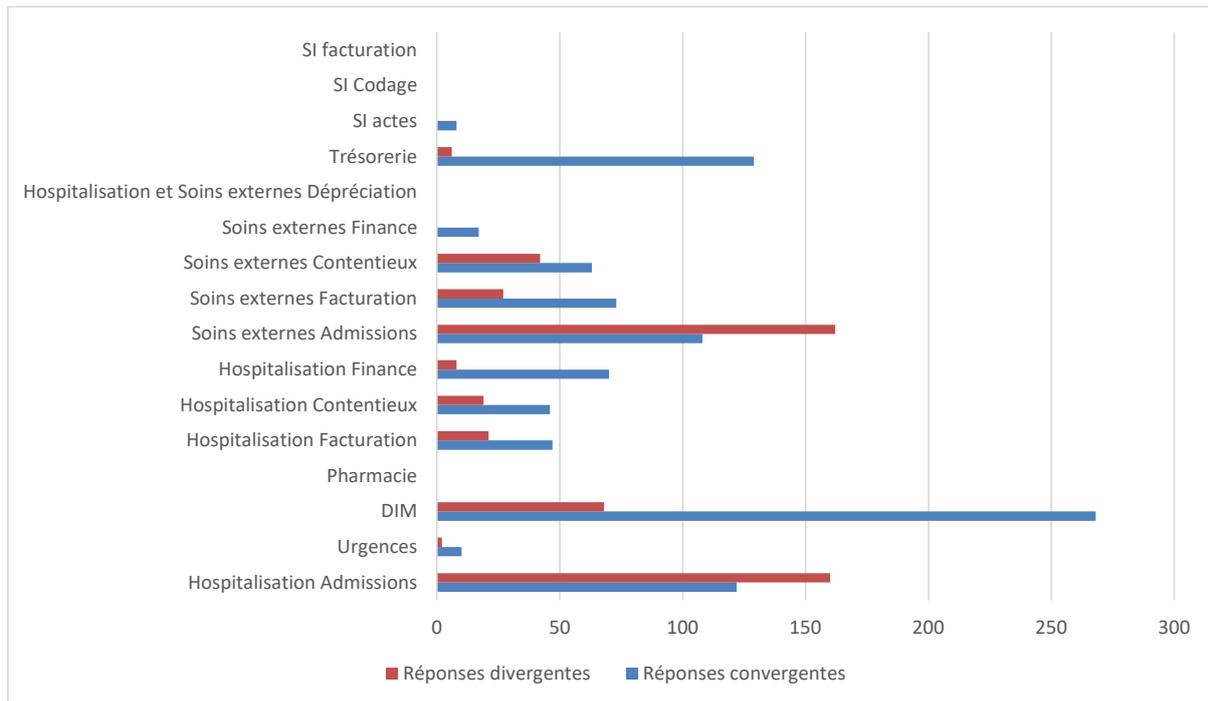
Le taux de retour aux questionnaires s'évalue à 46 % et se répartit de manière homogène en fonction des questionnaires :



EXPERIMENTATION

Les questionnaires ont été élaborés à partir de questions fermées dont les réponses s'orientent sur « Oui » ou « Non » ou « Ne se prononce pas ». En isolant les réponses « Oui » et « Non », nous avons pu démontrer

pour chacune des questions la capacité des agents à se positionner de manière convergente ou divergente sur une bonne pratique du dispositif de contrôle interne.



L'investigation détaillée des réponses divergentes et convergentes avec les établissements pilotes a trouvé sa finalisation dans la représentation d'une matrice des principaux enjeux de contrôles internes organisés et formalisés en 3 temps :

- Identification des bonnes pratiques de contrôle interne dans la conduite de chacun des processus de recettes, d'Hospitalisation et de Soins Externes.
- Evaluation des actions de contrôles internes selon les deux facteurs de

- gains attendus et de moyens nécessaires à leur mise en œuvre,
- Représentation des actions de contrôles internes dans une cartographie. Les actions de contrôles sont numérotées et reportées sur un repère orthonormé, ce qui permet de disposer d'une représentation immédiate en 4 zones des actions prioritaires à mener pour couvrir une maîtrise des risques à un niveau acceptable.

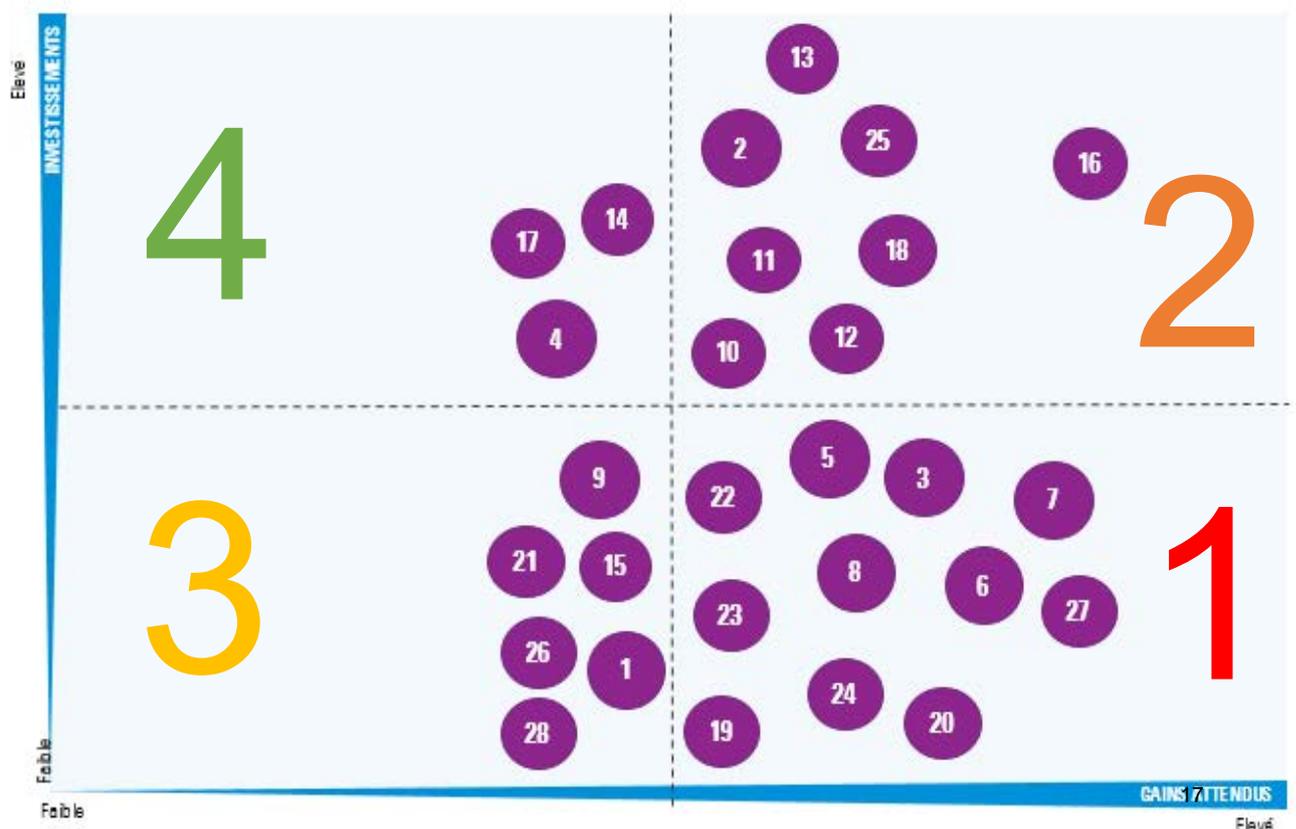
EXPERIMENTATION

HOSPITALISATION

ENJEUX PRINCIPAUX DE CONTROLE INTERNE

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Diffusion des procédures 2) Limitation des entrées directes dans les services 3) Recherche systématique des IPP 4) Absence d'adresse en anomalie bloquante 5) Demande systématique de prise en charge 6) Suivi de la complétude des dossiers administratifs 7) Procédure d'ouverture des droits (ALD, patients étrangers...) 8) Mise à jour systématique des droits 9) Formalisation du contrôle des dossiers 10) Automatisation des contrôles des mouvements 11) Démarche d'amélioration continue du dossier patient 12) Contrôle de l'exhaustivité des comptes rendus opératoires 13) Corrections des anomalies d'interface 14) Valorisation des séjours lors du mois de sortie 15) Formalisation du contrôle de la facturation | <ol style="list-style-type: none"> 16) Validation du DIM avant facturation 17) Contrôle des prestations inter établissements 18) Respect du calendrier de clôture 19) Matérialisation des cadrages avec Hélios 20) Communication sur les comptes d'attente 21) Contrôle des séjours à cheval 22) Part statistique / Qualitative dans la dépréciation des créances 23) Contrôle du dénouement de la dépréciation des créances 24) Prise en compte des ANV 25) Échange entre ordonnateur et trésorier sur les NPAI/PND 26) Matérialisation du traitement des erreurs de chaînage 27) Priorisation du traitement des rejets et contestations et mise en place d'un délai 28) Formalisation du traitement des contestations |
|--|--|

Ex : point n°27 – la définition d'une règle de priorisation de traitement des rejets ne nécessite pas un investissement élevé de la part de l'investissement (rédaction de procédure), mais elle procure des gains élevés en termes de maîtrise des recettes (amélioration du traitement des rejets significatifs)



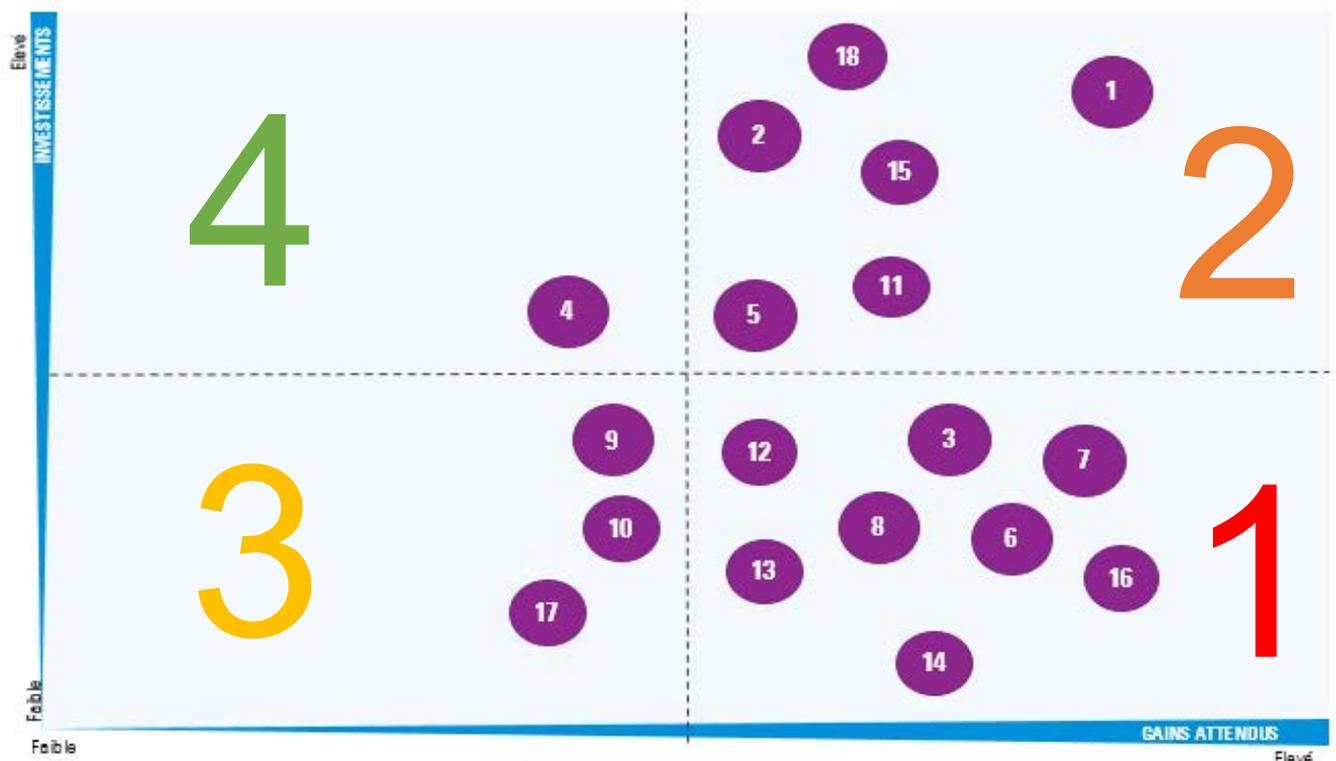
EXPERIMENTATION

SONS EXTERNES

ENJEUX PRINCIPAUX DE CONTROLE INTERNE

- | | |
|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1) Rapprochement des rendez-vous honorés et des titres émis 2) Limitation des entrées directes dans les services 3) Recherche systématique des IPP 4) Absence d'adresse en anomalie bloquante 5) Absence de parcours de soins en anomalie bloquante 6) Mise en place d'un délai de récupération des pièces 7) Procédure d'ouverture des droits (ALD, patients étrangers...) 8) Mise à jour systématique des droits 9) Formalisation du contrôle des dossiers | <ol style="list-style-type: none"> 10) Formalisation du contrôle de la facturation 11) Respect du calendrier de clôture 12) Part statistique / Qualitative dans la dépréciation 13) Contrôle du dénouement de la dépréciation 14) Prise en compte des ANV 15) Échange entre ordonnateur et trésorier sur les NPAI 16) Priorisation du traitement des rejets et contestations 17) Formalisation du traitement des contestations 18) Correction des anomalies d'interface |
|--|--|

Ex : point n°1 – le rapprochement des rendez-vous honorés et des titres émis est un contrôle fort avec un gain élevé (assurance sur l'exhaustivité des consultations facturées) mais l'investissement peut s'avérer élevé (tous les rendez-vous honorés doivent être correctement tracés et doivent pouvoir être extraits informatiquement)



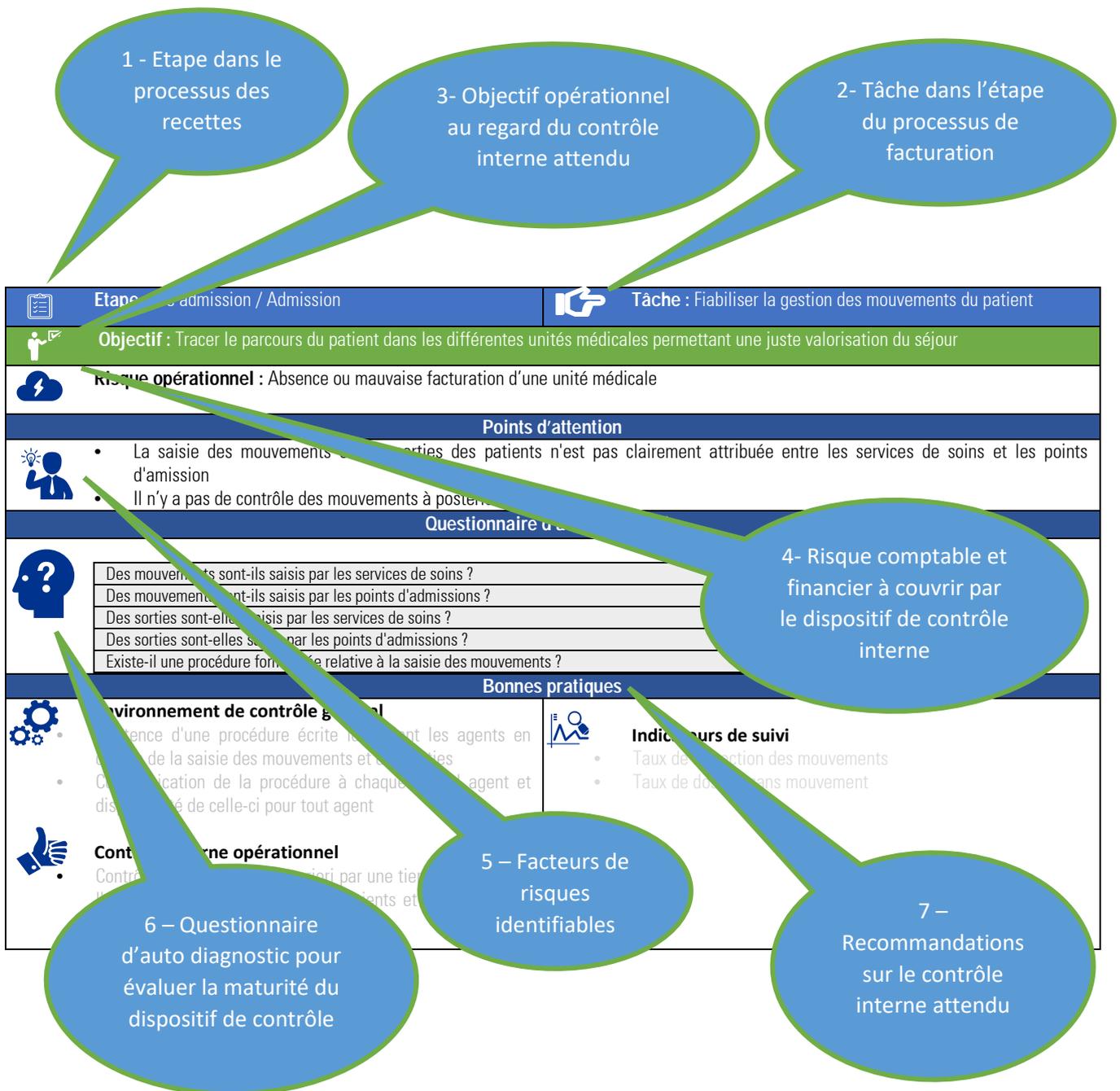
EXPERIMENTATION

3. PHASE #3 ELABORATION ET VALIDATION DU GUIDE

La volonté de ce guide est d’amorcer et / ou de continuer le mouvement d’installation et de renforcement du dispositif de contrôle interne dans chacune des étapes du processus des recettes des établissements.

Pour faciliter la diffusion et son appropriation au sein des équipes, le choix d’un format standardisé s’est imposé.

Un exemple de construction est donné ci-après :



RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

1. Pré admission / Admission

Le recueil des droits du patient constitue la première étape du circuit du patient, elle est fondamentale dans le sens où elle permet l'identification, non seulement du patient, mais également des débiteurs à facturer.

De cette étape dépend la qualité du titre de recette qui sera émis.

Plus cette étape est faite en amont (pré admission), plus elle donne la possibilité à l'établissement de s'assurer de la complétude et de la qualité du dossier administratif du patient.

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

	Etape : Pré admission / Admission		Tâche : Recueillir les informations du patient																					
	Objectif : Collecter les pièces administratives nécessaires à la bonne identification du patient et à l'émission de la facture																							
	Risque opérationnel : Absence ou erreur de facturation																							
Points d'attention																								
	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures ne sont pas connues et appréhendées par tous les agents concernés • Une entrée peut se faire directement dans le service de soins • La recherche d'IPP n'est pas systématique • Les copies des justificatifs ne sont pas conservées • Il n'existe pas d'anomalie bloquante lors de la création d'un dossier patient 																							
Questionnaire d'auto diagnostic																								
	<table border="1"> <tr><td>Votre secteur réalise-t-il des pré-admissions ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les pré-admissions sont –elles réalisées pour tous les services de soins de votre secteur ?</td></tr> <tr><td>Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?</td></tr> <tr><td>Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?</td></tr> <tr><td>Faites-vous une recherche systématique sur les IPP (identification permanent du patient) existants ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure d'identité vigilance ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (par oral ou par écrit)</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?</td></tr> <tr><td>Les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?</td></tr> <tr><td>Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?</td></tr> <tr><td>Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?</td></tr> </table>			Votre secteur réalise-t-il des pré-admissions ?	Si oui, les pré-admissions sont –elles réalisées pour tous les services de soins de votre secteur ?	Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?	Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?	Faites-vous une recherche systématique sur les IPP (identification permanent du patient) existants ?	Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?	Existe-t-il une procédure d'identité vigilance ?	Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?	Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?	Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (par oral ou par écrit)	Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?	Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?	Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?	Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?	Les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?	Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?	Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?	Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?	Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?	Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?
Votre secteur réalise-t-il des pré-admissions ?																								
Si oui, les pré-admissions sont –elles réalisées pour tous les services de soins de votre secteur ?																								
Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?																								
Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?																								
Faites-vous une recherche systématique sur les IPP (identification permanent du patient) existants ?																								
Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?																								
Existe-t-il une procédure d'identité vigilance ?																								
Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?																								
Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?																								
Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (par oral ou par écrit)																								
Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?																								
Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?																								
Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?																								
Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?																								
Les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?																								
Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?																								
Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?																								
Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?																								
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?																								
Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?																								
Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?																								
Bonnes pratiques																								
	<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un point d'enregistrement pour chaque entrée (point d'admission, borne d'admission ...), ou à défaut, sensibilisation des équipes soignantes sur la nécessité de demander la fiche d'accueil du patient justifiant de son passage à l'admission (indiquant N° IPP, code barre, nom prénom...) • Existence de procédures ou fiches métier écrites relatives à la collecte des pièces administratives communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédures d'hospitalisation en annexes 3 et 4) 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un délai de récupération des pièces après l'admission du patient et communiquer ce délai à tous les agents • Fiche d'autocontrôle (annexe 5) matérialisant la collecte de toutes les pièces administratives renseignées par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « collecte des pièces administratives » 																						
	<p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des identifiants permanents des patients (IPP) à chaque admission • Existence d'une liste formalisée des pièces administratives à récupérer (ex en annexe 5) • Conservation des pièces justificatives par copie ou par scan • Paramétrage bloquant des pièces jugées essentielles pour la création du dossier patient 		<p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de pré admission (annexe 6) • Taux de rejet des titres • Taux d'IPP validés (annexe 6) • Taux de doublons d'IPP (annexe 6) • Taux de NPAI / PND • Taux de dossier sans date de naissance • Délai moyen de récupération de l'exhaustivité des pièces • Taux de complétude des dossiers (annexe 6) 																					

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Pré admission / Admission	 Tâche : Ouvrir les droits du patient																					
 Objectif : Renseigner les droits réels du patient nécessaires à l'émission des titres de recettes aux bons débiteurs																						
 Risque opérationnel : Mauvaise valorisation de la facturation ou risque de litige avec organismes payeurs pour non-conformité des droits																						
<p align="center">Points d'attention</p>																						
	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures ne sont pas connues et appréhendées par tous les agents concernés • La recherche des derniers droits en vigueur du patient n'est pas systématique • La demande de prise en charge par la mutuelle n'est pas systématique • Le renseignement des droits du patient est inexact lors de l'émission des titres • Le patient n'est pas sensibilisé aux impacts financiers 																					
<p align="center">Questionnaire d'auto diagnostic</p>																						
	<table border="1"> <tr><td>Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?</td></tr> <tr><td>Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces lecteurs ?</td></tr> <tr><td>Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?</td></tr> <tr><td>L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?</td></tr> <tr><td>L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?</td></tr> <tr><td>Faites-vous une demande systématique à la mutuelle pour vérifier la prise en charge du patient ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous un outil dédié (type 4 axes) pour vérifier les prises en charge de mutuelle ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite de relance de la mutuelle ?</td></tr> <tr><td>Lors du refus de la prise en charge par la mutuelle, le reste à charge est-il facturé au patient ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?</td></tr> <tr><td>En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?</td></tr> <tr><td>Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?</td></tr> <tr><td>Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?</td></tr> <tr><td>Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?</td></tr> </table>	Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?	Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?	Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces lecteurs ?	Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?	Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?	L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?	L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?	Faites-vous une demande systématique à la mutuelle pour vérifier la prise en charge du patient ?	Utilisez-vous un outil dédié (type 4 axes) pour vérifier les prises en charge de mutuelle ?	Existe-t-il une procédure écrite de relance de la mutuelle ?	Lors du refus de la prise en charge par la mutuelle, le reste à charge est-il facturé au patient ?	Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?	Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?	En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?	Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?	Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?	Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?	Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?	Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?	Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?
Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?																						
Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?																						
Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces lecteurs ?																						
Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?																						
Si oui, les points d'admission utilisent ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?																						
L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?																						
L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?																						
Faites-vous une demande systématique à la mutuelle pour vérifier la prise en charge du patient ?																						
Utilisez-vous un outil dédié (type 4 axes) pour vérifier les prises en charge de mutuelle ?																						
Existe-t-il une procédure écrite de relance de la mutuelle ?																						
Lors du refus de la prise en charge par la mutuelle, le reste à charge est-il facturé au patient ?																						
Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?																						
Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?																						
En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?																						
Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?																						
Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?																						
Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?																						
Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?																						
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?																						
Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?																						
Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?																						
<p align="center">Bonnes pratiques</p>																						
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="240 1482 798 1680"> <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de procédure ou fiches métier écrites relatives à l'ouverture des droits du patient communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédures d'hospitalisation en annexes 3 et 4) • Présence à chaque point d'admission de lecteur de carte vitale, borne de mise à jour, outils CDR/CDRI </td> <td data-bbox="798 1482 1479 1680"> <ul style="list-style-type: none"> • Fiche d'autocontrôle (annexe 5) matérialisant la collecte de tous les justificatifs des droits du patient renseignée par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « ouverture des droits du patient » </td> </tr> <tr> <td data-bbox="240 1680 798 1966">  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des derniers droits en vigueur • Utilisation d'un outil dédié pour les demandes de prise en charge des mutuelles • Mise en lien systématique des patients sans couverture sociale complète avec le service d'assistance sociale </td> <td data-bbox="798 1680 1479 1966">  <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'ouverture des droits (annexe 6) • Taux de rejet des titres • Taux de dossiers en contentieux • Taux de dossiers en attente de prise en charges par l'AM (annexe 6) </td> </tr> </table>	<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de procédure ou fiches métier écrites relatives à l'ouverture des droits du patient communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédures d'hospitalisation en annexes 3 et 4) • Présence à chaque point d'admission de lecteur de carte vitale, borne de mise à jour, outils CDR/CDRI 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche d'autocontrôle (annexe 5) matérialisant la collecte de tous les justificatifs des droits du patient renseignée par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « ouverture des droits du patient » 	 <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des derniers droits en vigueur • Utilisation d'un outil dédié pour les demandes de prise en charge des mutuelles • Mise en lien systématique des patients sans couverture sociale complète avec le service d'assistance sociale 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'ouverture des droits (annexe 6) • Taux de rejet des titres • Taux de dossiers en contentieux • Taux de dossiers en attente de prise en charges par l'AM (annexe 6) 																	
<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de procédure ou fiches métier écrites relatives à l'ouverture des droits du patient communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédures d'hospitalisation en annexes 3 et 4) • Présence à chaque point d'admission de lecteur de carte vitale, borne de mise à jour, outils CDR/CDRI 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche d'autocontrôle (annexe 5) matérialisant la collecte de tous les justificatifs des droits du patient renseignée par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « ouverture des droits du patient » 																					
 <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des derniers droits en vigueur • Utilisation d'un outil dédié pour les demandes de prise en charge des mutuelles • Mise en lien systématique des patients sans couverture sociale complète avec le service d'assistance sociale 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux d'ouverture des droits (annexe 6) • Taux de rejet des titres • Taux de dossiers en contentieux • Taux de dossiers en attente de prise en charges par l'AM (annexe 6) 																					

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Pré admission / Admission	 Tâche : Gérer les mouvements du patient					
 Objectif : Tracer le parcours du patient dans les différentes unités médicales permettant une juste valorisation du séjour						
 Risque opérationnel : Absence ou mauvaise facturation d'une unité médicale						
<p align="center">Points d'attention</p>						
	<ul style="list-style-type: none"> • La saisie des mouvements et des sorties des patients n'est pas clairement attribuée entre les services de soins et les points d'admission • Il n'y a pas de contrôle des mouvements à posteriori 					
<p align="center">Questionnaire d'auto diagnostic</p>						
	<table border="1"> <tr> <td>Des mouvements sont-ils saisis par les services de soins ?</td> </tr> <tr> <td>Des mouvements sont-ils saisis par les points d'admissions ?</td> </tr> <tr> <td>Des sorties sont-elles saisies par les services de soins ?</td> </tr> <tr> <td>Des sorties sont-elles saisies par les points d'admissions ?</td> </tr> <tr> <td>Existe-il une procédure formalisée relative à la saisie des mouvements ?</td> </tr> </table>	Des mouvements sont-ils saisis par les services de soins ?	Des mouvements sont-ils saisis par les points d'admissions ?	Des sorties sont-elles saisies par les services de soins ?	Des sorties sont-elles saisies par les points d'admissions ?	Existe-il une procédure formalisée relative à la saisie des mouvements ?
Des mouvements sont-ils saisis par les services de soins ?						
Des mouvements sont-ils saisis par les points d'admissions ?						
Des sorties sont-elles saisies par les services de soins ?						
Des sorties sont-elles saisies par les points d'admissions ?						
Existe-il une procédure formalisée relative à la saisie des mouvements ?						
<p align="center">Bonnes pratiques</p>						
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure écrite identifiant les agents en charge de la saisie des mouvements et des sorties • Communication de la procédure à chaque nouvel agent et disponibilité de celle-ci pour tout agent  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne de l'exactitude des mouvements de patients et matérialisation du contrôle • Contrôle transversal des dates de sortie entre le logiciel GAM et le logiciel de codage • Contrôle des modes d'entrée et de sortie des séjours (cf. étape « recueil de l'activité ») 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de correction des mouvements • Taux de dossier sans mouvement 					

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

2. Recueil de l'activité

Le recueil de l'activité s'entend par le recueil des actes, diagnostics et des éventuels médicaments onéreux (MO) et dispositifs médicamenteux implantables (DMI). Cette étape conduit l'établissement à disposer de la connaissance de la prise en charge médicale du patient.

Réalisé avant la sortie du patient, il permet de facturer de façon optimale la venue du patient.

Actes et Diagnostics

Le dispositif de contrôle interne du département d'information médicale (DIM) a fait l'objet d'un guide dédié élaboré sous l'égide de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), de la Société Francophone de l'Information Médicale (SOFIME) et de la Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes (CNCC)¹⁰. Ce guide détaille :

- Les risques d'anomalies identifiables par le DIM qui les traitera pour certains, avec les autres professionnels, par exemple les pharmaciens pour les MO et DMI. En effet, les processus identifiés dépassent le seul cadre des contrôles mis en œuvre par le DIM ;
- Les contrôles permettant de couvrir ces risques ;
- La valorisation des séjours à cheval.

Ce guide cite en annexe le code de la santé publique sur les missions du DIM avec l'extension au DIM de territoire¹¹. Le rôle du DIM s'inscrit ainsi clairement dans la mise en œuvre et le suivi du plan d'assurance qualité (PAQ) des données PMSI. Ces missions ont été précisées par décret¹² avec notamment le renforcement de la

responsabilité du DIM sur l'élaboration, la coordination et la présentation du PAQ, et en outre l'autorisation et l'encadrement de l'accès aux dossiers médicaux des patients au bénéfice, entre autres, des commissaires aux comptes.

Le présent guide n'a pas vocation à reprendre l'exhaustivité des contrôles existants de la part d'un DIM, contrôles qui dépassent le cadre de la certification des comptes. L'attention est attirée sur le fait que les points de contrôles qui sont proposés dans ce guide ne reflètent pas nécessairement la situation de chaque établissement. Seule l'analyse des processus permet d'identifier les risques principaux d'un établissement et chaque DIM doit définir la liste des contrôles pertinents à mettre en œuvre.

¹⁰ « Guide d'auditabilité des recettes T2A MCO »

¹¹ Articles R.6113-12-2 et R.6113-11-3

¹² Décret n°2018-1254 du 26 décembre 2018 relatif aux départements d'information médicale

	Etape : Recueil de l'information médicale		Tâche : Fiabiliser la qualité de l'information médicale																															
	Objectif : S'assurer que les données médicales recueillies permettent un codage de qualité																																	
	Risque opérationnel : Erreur sur l'existence des séjours entraînant une mauvaise valorisation de la facturation																																	
Points d'attention																																		
	<ul style="list-style-type: none"> Les contrôles relatifs aux dates d'entrée et de sortie des RSS ne sont pas systématiques et automatisés Les erreurs de qualification du type de séjour ne sont pas détectées Les unités à tarification particulière ne sont pas prises en compte Le recueil des données (diagnostics, actes et autres variables) n'est pas suffisamment fiabilisé 																																	
Questionnaire d'auto diagnostic																																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>En cas d'utilisation de logiciels différents pour la GAM et l'outil PMSI, effectuez-vous des contrôles de cohérence sur les dates d'entrée et de sortie des RSS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il systématique ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?</td></tr> <tr><td>Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les dates d'entrée et de sortie ?</td></tr> <tr><td>Effectuez-vous des contrôles sur les modes d'entrée et de sortie des RSS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il systématique ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?</td></tr> <tr><td>Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les modes d'entrée et de sortie ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des RSS attendus ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous un contrôle des séjours continus (admission du même jour calendaire) ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous des contrôles sur les séjours d'hospitalisation de jour avec actes relevant d'un forfait SE ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous des contrôles sur les séjours en UHCD ?</td></tr> <tr><td>Ces contrôles sont-ils tracés ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous un suivi du codage des séjours des unités soumises à autorisation et à tarification particulière ?</td></tr> <tr><td>Effectuez-vous un contrôle des suppléments liés à l'acte (séances de dialyse, plasmaphérèse... au décours d'une hospitalisation) ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le suivi des RSS sans DP ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le suivi des DP sans DR obligatoire ?</td></tr> <tr><td>Détectez-vous les atypies de codage des diagnostics (oubli, imprécisions, erreur de hiérarchie, autres) ?</td></tr> <tr><td>Ces atypies sont-elles tracées ?</td></tr> <tr><td>Ces atypies sont-elles systématiquement contrôlées ?</td></tr> <tr><td>Participez-vous à une démarche d'amélioration du contenu du dossier patient (support de l'information médicale) ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous des contrôles aléatoires de conformité entre le contenu de l'information médicale du dossier patient et celle du RSS ?</td></tr> <tr><td>Les actes sont-ils saisis par les praticiens des services ?</td></tr> <tr><td>Les actes sont-ils saisis au fil de l'eau directement sur les plateaux techniques et dans les blocs opératoires ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités à suppléments ? (IGS2, actes marqueurs, ...etc)</td></tr> <tr><td>Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités de maternité (poids du nouveau-né, âge gestationnel, etc.)</td></tr> <tr><td>Les actes de réanimation, soins intensifs et surveillance continue sont-ils saisis par les unités de soins ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers contrôlés sont-ils tracés ?</td></tr> <tr><td>Les contrôles sur les dossiers sont-ils matérialisés ? (pour chaque dossier : types de contrôle, intervenant, type de correction)</td></tr> <tr><td>Les corrections de séjours sont-elles tracées ?</td></tr> <tr><td>Votre organisation est-elle capable de pallier les modifications d'effectif et de compétence au sein du DIM ?</td></tr> </table>			En cas d'utilisation de logiciels différents pour la GAM et l'outil PMSI, effectuez-vous des contrôles de cohérence sur les dates d'entrée et de sortie des RSS ?	Si oui, ce contrôle est-il systématique ?	Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?	Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les dates d'entrée et de sortie ?	Effectuez-vous des contrôles sur les modes d'entrée et de sortie des RSS ?	Si oui, ce contrôle est-il systématique ?	Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?	Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les modes d'entrée et de sortie ?	Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des RSS attendus ?	Assurez-vous un contrôle des séjours continus (admission du même jour calendaire) ?	Réalisez-vous des contrôles sur les séjours d'hospitalisation de jour avec actes relevant d'un forfait SE ?	Réalisez-vous des contrôles sur les séjours en UHCD ?	Ces contrôles sont-ils tracés ?	Assurez-vous un suivi du codage des séjours des unités soumises à autorisation et à tarification particulière ?	Effectuez-vous un contrôle des suppléments liés à l'acte (séances de dialyse, plasmaphérèse... au décours d'une hospitalisation) ?	Assurez-vous le suivi des RSS sans DP ?	Assurez-vous le suivi des DP sans DR obligatoire ?	Détectez-vous les atypies de codage des diagnostics (oubli, imprécisions, erreur de hiérarchie, autres) ?	Ces atypies sont-elles tracées ?	Ces atypies sont-elles systématiquement contrôlées ?	Participez-vous à une démarche d'amélioration du contenu du dossier patient (support de l'information médicale) ?	Réalisez-vous des contrôles aléatoires de conformité entre le contenu de l'information médicale du dossier patient et celle du RSS ?	Les actes sont-ils saisis par les praticiens des services ?	Les actes sont-ils saisis au fil de l'eau directement sur les plateaux techniques et dans les blocs opératoires ?	Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités à suppléments ? (IGS2, actes marqueurs, ...etc)	Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités de maternité (poids du nouveau-né, âge gestationnel, etc.)	Les actes de réanimation, soins intensifs et surveillance continue sont-ils saisis par les unités de soins ?	Les dossiers contrôlés sont-ils tracés ?	Les contrôles sur les dossiers sont-ils matérialisés ? (pour chaque dossier : types de contrôle, intervenant, type de correction)	Les corrections de séjours sont-elles tracées ?	Votre organisation est-elle capable de pallier les modifications d'effectif et de compétence au sein du DIM ?
En cas d'utilisation de logiciels différents pour la GAM et l'outil PMSI, effectuez-vous des contrôles de cohérence sur les dates d'entrée et de sortie des RSS ?																																		
Si oui, ce contrôle est-il systématique ?																																		
Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?																																		
Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les dates d'entrée et de sortie ?																																		
Effectuez-vous des contrôles sur les modes d'entrée et de sortie des RSS ?																																		
Si oui, ce contrôle est-il systématique ?																																		
Si oui, ce contrôle est-il automatisé ?																																		
Lors d'un contrôle d'un dossier patient, vérifiez-vous systématiquement les modes d'entrée et de sortie ?																																		
Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des RSS attendus ?																																		
Assurez-vous un contrôle des séjours continus (admission du même jour calendaire) ?																																		
Réalisez-vous des contrôles sur les séjours d'hospitalisation de jour avec actes relevant d'un forfait SE ?																																		
Réalisez-vous des contrôles sur les séjours en UHCD ?																																		
Ces contrôles sont-ils tracés ?																																		
Assurez-vous un suivi du codage des séjours des unités soumises à autorisation et à tarification particulière ?																																		
Effectuez-vous un contrôle des suppléments liés à l'acte (séances de dialyse, plasmaphérèse... au décours d'une hospitalisation) ?																																		
Assurez-vous le suivi des RSS sans DP ?																																		
Assurez-vous le suivi des DP sans DR obligatoire ?																																		
Détectez-vous les atypies de codage des diagnostics (oubli, imprécisions, erreur de hiérarchie, autres) ?																																		
Ces atypies sont-elles tracées ?																																		
Ces atypies sont-elles systématiquement contrôlées ?																																		
Participez-vous à une démarche d'amélioration du contenu du dossier patient (support de l'information médicale) ?																																		
Réalisez-vous des contrôles aléatoires de conformité entre le contenu de l'information médicale du dossier patient et celle du RSS ?																																		
Les actes sont-ils saisis par les praticiens des services ?																																		
Les actes sont-ils saisis au fil de l'eau directement sur les plateaux techniques et dans les blocs opératoires ?																																		
Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités à suppléments ? (IGS2, actes marqueurs, ...etc)																																		
Assurez-vous un suivi du codage spécifique des unités de maternité (poids du nouveau-né, âge gestationnel, etc.)																																		
Les actes de réanimation, soins intensifs et surveillance continue sont-ils saisis par les unités de soins ?																																		
Les dossiers contrôlés sont-ils tracés ?																																		
Les contrôles sur les dossiers sont-ils matérialisés ? (pour chaque dossier : types de contrôle, intervenant, type de correction)																																		
Les corrections de séjours sont-elles tracées ?																																		
Votre organisation est-elle capable de pallier les modifications d'effectif et de compétence au sein du DIM ?																																		
Bonnes pratiques																																		
	Environnement de contrôle général	<ul style="list-style-type: none"> Analyse des séjours en unité de réanimation, soins intensifs ou surveillance continue sans IGS2 et/ou sans acte marqueur de réanimation Analyse des séjours comportant un code Z en diagnostic principal et avec un mode de sortie par décès Analyse des séjours classés en GHM 23C02 avec une incompatibilité diagnostic principal et acte Analyse des séjours longs avec faible niveau de sévérité des diagnostics (à adapter par niveau) Analyse des séjours comportant une incompatibilité entre le sexe et un diagnostic Analyse des séjours d'une durée supérieure à 15 jours et comportant un code Z en diagnostic principal ... <ul style="list-style-type: none"> Matérialisation de tous les contrôles et traçabilité de toutes les corrections effectuées 																																
	Contrôle interne opérationnel	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une démarche d'amélioration continue (rédaction d'un PAQ) Mise en place de contrôles automatiques des dates et modes d'entrée et de sortie des RSS Application des contrôles prévus dans le guide d'auditabilité des recettes T2A MCO (diagnostics, actes, délais, qualité ...) <p>A titre d'exemples et à adapter :</p> <ul style="list-style-type: none"> Analyse des séjours comportant un acte relevant d'un forfait SE Contrôle des modes d'entrée et de sortie des ré hospitalisations dans un délai de moins de deux jours Analyse des séjours simultanés pour un même patient Analyse des séjours contigus Analyse des séjours dont la date de réalisation d'un acte n'est pas comprise entre la date d'entrée et de sortie d'un séjour Analyse des séjours des secteurs de soins palliatifs (USP ou LISP) classés dans un GHM différent 																																
			Indicateurs de suivi																															
		<ul style="list-style-type: none"> Taux de séjours en anomalie, code CM90 Taux de séjours corrigés après le premier envoi 																																

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

	Etape : Recueil de l'information médicale		Tâche : Disposer de l'exhaustivité de l'information médicale															
	Objectif : S'assurer de la complétude des données médicales dans les délais définis																	
	Risque opérationnel : Erreur sur l'exhaustivité des séjours entraînant une mauvaise valorisation de la facturation																	
Points d'attention																		
	<ul style="list-style-type: none"> Tous les RSS ne sont pas valorisés à la clôture de l'exercice Il existe des erreurs de traitement sur la plateforme e PMSI 																	
Questionnaire d'auto diagnostic																		
	<table border="1"> <tr><td>Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec les praticiens des services (CME) ?</td></tr> <tr><td>Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec la direction de l'établissement ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le suivi de la complétude des diagnostics dans le RSS à un temps T donné ? (délai entre la sortie du patient et le codage des diagnostics)</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des actes saisis dans les plateaux techniques et blocs opératoires ? (au moins un acte par passage)</td></tr> <tr><td>Assurez-vous un contrôle d'exhaustivité des comptes rendus opératoires ?</td></tr> <tr><td>Assurez-vous le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité de l'information médicale entre le contenu des comptes rendus opératoires et les actes saisis (au décours d'un contrôle d'un RSS) ?</td></tr> <tr><td>Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?</td></tr> <tr><td>Les séjours sont-ils transmis et valorisés le mois où le patient est sorti ?</td></tr> <tr><td>Valorisez-vous tous les séjours des patients sortis au cours d'un exercice comptable ?</td></tr> <tr><td>Donnez-vous la validation au service facturation pour qu'ils facturent le ticket modérateur ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous connaissance des erreurs de chainage dans e PMSI?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chainage ?</td></tr> <tr><td>Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un état sur l'exhaustivité de codage des séjours ?</td></tr> </table>			Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec les praticiens des services (CME) ?	Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec la direction de l'établissement ?	Assurez-vous le suivi de la complétude des diagnostics dans le RSS à un temps T donné ? (délai entre la sortie du patient et le codage des diagnostics)	Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des actes saisis dans les plateaux techniques et blocs opératoires ? (au moins un acte par passage)	Assurez-vous un contrôle d'exhaustivité des comptes rendus opératoires ?	Assurez-vous le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité de l'information médicale entre le contenu des comptes rendus opératoires et les actes saisis (au décours d'un contrôle d'un RSS) ?	Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?	Les séjours sont-ils transmis et valorisés le mois où le patient est sorti ?	Valorisez-vous tous les séjours des patients sortis au cours d'un exercice comptable ?	Donnez-vous la validation au service facturation pour qu'ils facturent le ticket modérateur ?	Avez-vous connaissance des erreurs de chainage dans e PMSI?	Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chainage ?	Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Existe-t-il un état sur l'exhaustivité de codage des séjours ?
Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec les praticiens des services (CME) ?																		
Les résultats du suivi de l'exhaustivité du codage sont-ils partagés avec la direction de l'établissement ?																		
Assurez-vous le suivi de la complétude des diagnostics dans le RSS à un temps T donné ? (délai entre la sortie du patient et le codage des diagnostics)																		
Assurez-vous le suivi de l'exhaustivité des actes saisis dans les plateaux techniques et blocs opératoires ? (au moins un acte par passage)																		
Assurez-vous un contrôle d'exhaustivité des comptes rendus opératoires ?																		
Assurez-vous le contrôle de la qualité et de l'exhaustivité de l'information médicale entre le contenu des comptes rendus opératoires et les actes saisis (au décours d'un contrôle d'un RSS) ?																		
Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?																		
Les séjours sont-ils transmis et valorisés le mois où le patient est sorti ?																		
Valorisez-vous tous les séjours des patients sortis au cours d'un exercice comptable ?																		
Donnez-vous la validation au service facturation pour qu'ils facturent le ticket modérateur ?																		
Avez-vous connaissance des erreurs de chainage dans e PMSI?																		
Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chainage ?																		
Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?																		
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																		
Existe-t-il un état sur l'exhaustivité de codage des séjours ?																		
Bonnes pratiques																		
	Environnement de contrôle général		Indicateurs de suivi															
	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une démarche d'amélioration continue (rédaction d'un PAQ) <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un délai par service pour la valorisation des séjours une fois le patient sorti Rapprochement du nombre de RSS valorisés dans le logiciel de codage avec le nombre de RSS valorisés sur e PMSI Rapprochement des montants des FICHCOMP envoyés sur e PMSI avec les notifications de versement ARS 	<ul style="list-style-type: none"> Délai moyen de saisie du dernier acte par type de venue Suivi des RSS par mois de sortie du patient et par mois de transmission (ex tableaux OVALIDE VEMM en annexe 7) 																

L'annexe 8 reprend les 4 natures de contrôles présentés dans le guide d'auditabilité des recettes T2A MCO.

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

MO et DMI

Les MO et DMI sont des produits, identifiés sur une liste officielle, bénéficiant d'une prise en charge financière par l'assurance maladie en supplément des tarifs standards d'hospitalisation pour certaines indications thérapeutiques.

	Etape : Recueil de l'information médicale		Tâche : Recenser et valoriser les MO et DMI														
	Objectif : Garantir l'exhaustivité des MO et DMI à facturer en sus du GHS pour chaque séjour																
	Risque opérationnel : Absence de valorisation des MO et DMI																
Points d'attention																	
	<ul style="list-style-type: none"> La valorisation des MO dispensés ou des DMI n'est pas exhaustive Les prix d'achat des MO/DMI remontés sur e-PMSI sont erronés 																
Questionnaire d'auto diagnostic																	
	<table border="1"> <tr><td>La dispensation des MO est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?</td></tr> <tr><td>La dispensation des DMI est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?</td></tr> <tr><td>Les listes des MO et DMI facturables sont-elles paramétrées dans le logiciel de stocks ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une veille régulière de la liste des MO et DMI facturés en sus du GHS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette veille est-elle annuelle ?</td></tr> <tr><td>Le FICHCOMP est-il établi par la pharmacie ?</td></tr> <tr><td>Le FICHCOMP est-il établi par la DIM ?</td></tr> <tr><td>Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par la pharmacie ?</td></tr> <tr><td>Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par le DIM ?</td></tr> <tr><td>Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par un service administratif ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des MO et les MO facturés en sus du GHS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des DMI et les DMI facturés en sus du GHS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>			La dispensation des MO est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?	La dispensation des DMI est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?	Les listes des MO et DMI facturables sont-elles paramétrées dans le logiciel de stocks ?	Existe-t-il une veille régulière de la liste des MO et DMI facturés en sus du GHS ?	Si oui, cette veille est-elle annuelle ?	Le FICHCOMP est-il établi par la pharmacie ?	Le FICHCOMP est-il établi par la DIM ?	Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par la pharmacie ?	Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par le DIM ?	Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par un service administratif ?	Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des MO et les MO facturés en sus du GHS ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des DMI et les DMI facturés en sus du GHS ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
La dispensation des MO est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?																	
La dispensation des DMI est-elle spécifiquement tracée dans un logiciel ?																	
Les listes des MO et DMI facturables sont-elles paramétrées dans le logiciel de stocks ?																	
Existe-t-il une veille régulière de la liste des MO et DMI facturés en sus du GHS ?																	
Si oui, cette veille est-elle annuelle ?																	
Le FICHCOMP est-il établi par la pharmacie ?																	
Le FICHCOMP est-il établi par la DIM ?																	
Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par la pharmacie ?																	
Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par le DIM ?																	
Les logs d'erreur éventuels suite à l'envoi du FICHCOMP sur e PMSI sont-ils traités par un service administratif ?																	
Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des MO et les MO facturés en sus du GHS ?																	
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																	
Réalisez-vous vous un rapprochement entre les sorties de stocks des DMI et les DMI facturés en sus du GHS ?																	
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																	
Bonnes pratiques																	
	Environnement de contrôle général <ul style="list-style-type: none"> Veille réglementaire à chaque mise à jour des listes officielles de MO et DMI facturables Traçabilité des MO et DMI dans un outil dédié Accès à e PMSI donné à la pharmacie 		Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Suivi de l'évolution des recettes de MO et DMI en lien avec l'évolution des dépenses correspondantes 														
	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Traitement systématique des logs d'erreur suite à l'envoi des FICHCOMP sur e PMSI Rapprochement entre les MO et DMI sortis du stock et les MO et DMI facturés en sus du GHS Analyse des écarts significatifs entre Prix d'achat et tarif de responsabilité 																

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

3. Facturation

La facturation consiste à émettre un titre de recettes pour le montant du ticket modérateur et du forfait journalier.

Ce titre est émis aux mutuelles/assurances et/ou au patient selon les droits ouverts de ce dernier.

	Etape : Facturation		Tâche : Facturer le ticket modérateur et le forfait journalier																				
	Objectif : Produire et émettre un titre de recette de qualité dans des délais définis																						
	Risque opérationnel : Absence de facturation ou mauvaise valorisation de la facture																						
Points d'attention																							
	<ul style="list-style-type: none"> • La facturation est émise avant la finalisation des contrôles du DIM, augmentant ainsi le risque d'annulations/rémissions des titres • Du retard est constaté dans la facturation • Les requêtes de contrôles de la facturation sont mal paramétrées ou non adaptées • Les contrôles de facturation ne sont pas matérialisés 																						
Questionnaire d'auto diagnostic																							
	<table border="1"> <tr><td>Attendez-vous la validation du DIM pour facturer le séjour ?</td></tr> <tr><td>Une fois le patient sorti, existe-t-il un délai pour facturer le séjour ?</td></tr> <tr><td>Les séjours facturables sont-ils facturés automatiquement ?</td></tr> <tr><td>Les séjours sont-ils facturés selon un calendrier ?</td></tr> <tr><td>Les séjours sont-ils facturés une fois par mois ?</td></tr> <tr><td>Les séjours sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours non facturables ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans acte exonérant ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans débiteur ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans date de sortie ?</td></tr> <tr><td>Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?</td></tr> <tr><td>Le traitement des séjours non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?</td></tr> <tr><td>Emettez-vous les titres de recettes pour les séjours à cheval ?</td></tr> <tr><td>Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?</td></tr> <tr><td>Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il effectué systématiquement ?</td></tr> <tr><td>Si non, est-il effectué par sondage ?</td></tr> </table>			Attendez-vous la validation du DIM pour facturer le séjour ?	Une fois le patient sorti, existe-t-il un délai pour facturer le séjour ?	Les séjours facturables sont-ils facturés automatiquement ?	Les séjours sont-ils facturés selon un calendrier ?	Les séjours sont-ils facturés une fois par mois ?	Les séjours sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?	Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours non facturables ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans acte exonérant ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans débiteur ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans date de sortie ?	Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?	Le traitement des séjours non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?	Emettez-vous les titres de recettes pour les séjours à cheval ?	Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?	Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?	Si oui, est-il effectué systématiquement ?	Si non, est-il effectué par sondage ?
Attendez-vous la validation du DIM pour facturer le séjour ?																							
Une fois le patient sorti, existe-t-il un délai pour facturer le séjour ?																							
Les séjours facturables sont-ils facturés automatiquement ?																							
Les séjours sont-ils facturés selon un calendrier ?																							
Les séjours sont-ils facturés une fois par mois ?																							
Les séjours sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?																							
Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?																							
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours non facturables ?																							
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans acte exonérant ?																							
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans débiteur ?																							
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les séjours sans date de sortie ?																							
Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?																							
Le traitement des séjours non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?																							
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																							
Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?																							
Emettez-vous les titres de recettes pour les séjours à cheval ?																							
Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?																							
Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?																							
Si oui, est-il effectué systématiquement ?																							
Si non, est-il effectué par sondage ?																							
Bonnes pratiques																							
	<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure écrite définissant la fréquence de facturation et les contrôles opérationnels (ex de procédure en annexe 4) • Communication de la procédure à chaque nouvel agent et disponibilité de celle-ci pour tout agent 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle du traitement des séjours non facturables par une tierce personne et matérialisation du contrôle • Avant l'émission du titre, contrôle par sondage de sa justification a priori et/ou a posteriori de sa prise en charge dans HELIOS et matérialisation du contrôle 																					
	<p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Validation du DIM avant le déclenchement de la facturation du ticket modérateur • Utilisation de requêtes informatiques pour identifier les séjours non facturables, ex : sans actes exonérant, sans débiteurs, sans date de sortie 		<p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de rejet des titres de recettes • Taux de dossier restant à facturer • Délai moyen de facturation • Taux d'annulation de titres • Taux de réémission de titres 																				

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Facturation	 Tâche : Facturer les prestations inter établissements (PIE)							
 Objectif : Recenser et émettre un titre de recette pour chaque PIE								
 Risque opérationnel : Absence de facturation								
Points d'attention								
	<ul style="list-style-type: none"> Les patients entrant dans le cadre des PIE ne sont pas tracés Le recueil des informations médicales relatives aux PIE n'est ni formalisé ni généralisé Il n'existe pas de contrôle spécifique quant à l'exhaustivité de la facturation des PIE 							
Questionnaire d'auto diagnostic								
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Les patients entrant dans le cadre d'un PIE ont-ils une traçabilité spécifique ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Contrôlez-vous que tous les PIE vers d'autres établissements font l'objet d'une facturation ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Effectuez-vous des contrôles sur les séjours avec entrée et sortie par transfert de moins de deux nuits ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Ces contrôles sont-ils tracés ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Existe-t-il une modalité de recueil des informations médicales dans le cadre des PIE ? (ex : fiche qui suit le patient dans sa prise en charge hors de son établissement d'hospitalisation ...)</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Dans le cadre d'un établissement demandeur d'une PIE, avez-vous une procédure de récupération d'un compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire ... ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Les consignes de codage des PIE sont-elles connues des praticiens des services ?</td></tr> </table>	Les patients entrant dans le cadre d'un PIE ont-ils une traçabilité spécifique ?	Contrôlez-vous que tous les PIE vers d'autres établissements font l'objet d'une facturation ?	Effectuez-vous des contrôles sur les séjours avec entrée et sortie par transfert de moins de deux nuits ?	Ces contrôles sont-ils tracés ?	Existe-t-il une modalité de recueil des informations médicales dans le cadre des PIE ? (ex : fiche qui suit le patient dans sa prise en charge hors de son établissement d'hospitalisation ...)	Dans le cadre d'un établissement demandeur d'une PIE, avez-vous une procédure de récupération d'un compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire ... ?	Les consignes de codage des PIE sont-elles connues des praticiens des services ?
Les patients entrant dans le cadre d'un PIE ont-ils une traçabilité spécifique ?								
Contrôlez-vous que tous les PIE vers d'autres établissements font l'objet d'une facturation ?								
Effectuez-vous des contrôles sur les séjours avec entrée et sortie par transfert de moins de deux nuits ?								
Ces contrôles sont-ils tracés ?								
Existe-t-il une modalité de recueil des informations médicales dans le cadre des PIE ? (ex : fiche qui suit le patient dans sa prise en charge hors de son établissement d'hospitalisation ...)								
Dans le cadre d'un établissement demandeur d'une PIE, avez-vous une procédure de récupération d'un compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire ... ?								
Les consignes de codage des PIE sont-elles connues des praticiens des services ?								
Bonnes pratiques								
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'une traçabilité spécifique des PIE aux points d'admission dans le logiciel de facturation Existence d'une procédure écrite communiquée à chaque nouveau praticien et disponible pour tout praticien  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle spécifique sur les séjours avec entrée et sortie par transfert de moins de deux nuits Mise en place d'une fiche spécifique qui suit le patient dans sa prise en charge hors de son établissement d'hospitalisation Matérialisation d'un contrôle de l'exhaustivité de la facturation des PIE à la clôture en rapprochant le nombre de séjours de moins de 2 nuits et le nombre de PIE facturées 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de PIE facturées (Annexe 6) 							

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

4. Enregistrement comptable

Les titres de recettes émis par l'ordonnateur et pris en charge par la trésorerie doivent faire l'objet de la part de cette dernière d'un

enregistrement dans le logiciel de la trésorerie, HELIOS, dans le respect des principes et règles de l'instruction budgétaire M21.

Etape : Enregistrement comptable	Tâche : Comptabiliser les titres de recettes émis																			
Objectif : S'assurer que l'exhaustivité des titres de recettes est correctement comptabilisée																				
Risque opérationnel : Mauvaise comptabilisation des titres de recettes																				
Points d'attention																				
	<ul style="list-style-type: none"> Le calendrier de clôture n'est pas respecté Les données sources et le logiciel comptable HELIOS ne font l'objet d'aucun rapprochement Les tableaux de bord de suivi utilisés ne sont pas rapprochés avec les données comptables de HELIOS 																			
Questionnaire d'auto diagnostic																				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?</td></tr> <tr><td>Existe-il un calendrier de clôture ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il respecté ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous un rapprochement entre le FICHCOMP envoyé par le DIM et la notification ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Concernant les recettes d'hospitalisation, réalisez-vous un rapprochement mensuel entre ePMSI et l'arrêté de versement ARS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous un rapprochement entre votre logiciel de facturation et la notification ARS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce rapprochement est-il mensuel ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de titre AM ?</td></tr> <tr><td>Concernant l'ensemble des recettes de titre AM, réalisez-vous annuellement un rapprochement entre Hélios et la notification ARS ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous connaissance du montant du compte d'attente de la trésorerie ?</td></tr> <tr><td>Si oui, analysez-vous ce compte d'attente ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous des CREA ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de ticket modérateur ?</td></tr> <tr><td>Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?	Existe-il un calendrier de clôture ?	Si oui, est-il respecté ?	Réalisez-vous un rapprochement entre le FICHCOMP envoyé par le DIM et la notification ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Concernant les recettes d'hospitalisation, réalisez-vous un rapprochement mensuel entre ePMSI et l'arrêté de versement ARS ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Réalisez-vous un rapprochement entre votre logiciel de facturation et la notification ARS ?	Si oui, ce rapprochement est-il mensuel ?	Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de titre AM ?	Concernant l'ensemble des recettes de titre AM, réalisez-vous annuellement un rapprochement entre Hélios et la notification ARS ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Avez-vous connaissance du montant du compte d'attente de la trésorerie ?	Si oui, analysez-vous ce compte d'attente ?	Réalisez-vous des CREA ?	Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?	Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de ticket modérateur ?	Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?																				
Existe-il un calendrier de clôture ?																				
Si oui, est-il respecté ?																				
Réalisez-vous un rapprochement entre le FICHCOMP envoyé par le DIM et la notification ?																				
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																				
Concernant les recettes d'hospitalisation, réalisez-vous un rapprochement mensuel entre ePMSI et l'arrêté de versement ARS ?																				
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																				
Réalisez-vous un rapprochement entre votre logiciel de facturation et la notification ARS ?																				
Si oui, ce rapprochement est-il mensuel ?																				
Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de titre AM ?																				
Concernant l'ensemble des recettes de titre AM, réalisez-vous annuellement un rapprochement entre Hélios et la notification ARS ?																				
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																				
Avez-vous connaissance du montant du compte d'attente de la trésorerie ?																				
Si oui, analysez-vous ce compte d'attente ?																				
Réalisez-vous des CREA ?																				
Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?																				
Existe-t-il un tableau de bord périodique de l'analyse des variations des recettes de ticket modérateur ?																				
Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?																				
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																				
Bonnes pratiques																				
<ul style="list-style-type: none"> Formalisation des rapprochements, des justifications et des tableaux de bord dans un dossier de clôture conformément à la fiche DGOS/DGFiP N°8 "préparer la venue du certificateur" (annexe 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de tableaux de bord des recettes assurance maladie et des tickets modérateurs rapprochés avec les données comptables de HELIOS Justification des comptes d'attente non apurés à la clôture (encaissements non émargés avec des titres de recettes) et identification des titres non émis 																			
<p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de clôtures intermédiaires (semestrielles, trimestrielles...) Rapprochement entre les données des FICHCOMP envoyées par le DIM et celles du ePMSI Rapprochement des recettes assurance maladie comptabilisées dans HELIOS avec ePMSI et les arrêtés de versement ARS Rapprochement des recettes comptabilisées dans HELIOS avec le logiciel de facturation 	<p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Délai d'apurement des comptes d'attente 																			

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Enregistrement comptable	 Tâche : Respecter le principe de séparation des exercices									
 Objectif : Comptabiliser les titres de recettes dans le correct exercice comptable										
 Risque opérationnel : Comptabilisation des titres de recettes sur le mauvais exercice										
Points d'attention										
	<ul style="list-style-type: none"> Les séjours à cheval pour les recettes d'hospitalisations assurance maladie ne sont pas correctement valorisés Les suppléments ne sont pas correctement appréhendés dans l'estimation des séjours à cheval La comptabilisation exhaustive des recettes de ticket modérateur de l'exercice n'est pas assurée 									
Questionnaire d'auto diagnostic										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Avez-vous une méthode d'estimation des séjours à cheval pour les recettes d'hospitalisation AM ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Appliquez-vous le taux de prise en charge de la sécurité sociale?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Cette méthode est-elle récurrente d'une année sur l'autre ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Ce calcul est-il révisé par une tierce personne en interne ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de l'estimation des séjours à cheval comptabilisée à la clôture ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Valorisez-vous les recettes de tickets modérateurs pour les séjours à cheval ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Existe-t-il un état sur l'exhaustivité des recettes de tickets modérateurs ?</td></tr> </table>	Avez-vous une méthode d'estimation des séjours à cheval pour les recettes d'hospitalisation AM ?	Appliquez-vous le taux de prise en charge de la sécurité sociale?	Cette méthode est-elle récurrente d'une année sur l'autre ?	Ce calcul est-il révisé par une tierce personne en interne ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de l'estimation des séjours à cheval comptabilisée à la clôture ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Valorisez-vous les recettes de tickets modérateurs pour les séjours à cheval ?	Existe-t-il un état sur l'exhaustivité des recettes de tickets modérateurs ?
Avez-vous une méthode d'estimation des séjours à cheval pour les recettes d'hospitalisation AM ?										
Appliquez-vous le taux de prise en charge de la sécurité sociale?										
Cette méthode est-elle récurrente d'une année sur l'autre ?										
Ce calcul est-il révisé par une tierce personne en interne ?										
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?										
Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de l'estimation des séjours à cheval comptabilisée à la clôture ?										
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?										
Valorisez-vous les recettes de tickets modérateurs pour les séjours à cheval ?										
Existe-t-il un état sur l'exhaustivité des recettes de tickets modérateurs ?										
Bonnes pratiques										
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimation des séjours à cheval pour les recettes d'assurance maladie au 31.12.N selon une note méthodologique formalisée conformément à la fiche DGOS/DGFIP N°16 « comptabilisation et valorisation des produits liés aux séjours à cheval » 	<ul style="list-style-type: none"> Revue formalisée du dénouement sur N+1 des produits à recevoir valorisés au 31.12.N 									
 <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Contrôle formalisé de l'estimation des séjours à cheval par une tierce personne Revue formalisée du dénouement sur N+1 des séjours à cheval valorisés au 31.12.N (comparaison de l'estimation et du réel) Comptabilisation en produits à recevoir des recettes de ticket modérateur qui n'ont pas pu être facturées et comptabilisées avant l'arrêté des comptes et conservation des justificatifs 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Dénouement des séjours à cheval N-1 sur l'exercice N Dénouement des produits à recevoir N-1 sur l'exercice N 									

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

5. Recouvrement des créances et contentieux

Un titre de recettes induit une créance de l'ordonnateur vis-à-vis d'un débiteur, à charge à la trésorerie de recouvrer cette créance, puis d'émarger l'encaissement avec le titre correspondant.

Les titres adressés à l'assurance maladie peuvent faire l'objet d'un rejet de prise en charge (via ePSMI ou via le flux B2) de même que les tickets modérateurs facturés aux autres débiteurs.

L'établissement doit alors analyser la nature du rejet et le traiter, soit en le contestant, soit en annulant le titre et en le réemettant au bon montant ou au bon débiteur.

L'établissement doit également mesurer le risque d'irrecouvrabilité de ses créances pour enregistrer une dépréciation correspondante, voire admettre certaines créances en non-valeur.

	Etape : Recouvrement des créances et contentieux		Tâche : Réaliser le recouvrement des créances											
	Objectif : Encaisser et enregistrer un règlement pour les créances en attente													
	Risque opérationnel : Perte de recettes													
Points d'attention														
	<ul style="list-style-type: none"> La mauvaise qualité du titre ne permet pas de recouvrer la créance Les échanges d'informations entre l'ordonnateur et la trésorerie sont insuffisants 													
Questionnaire d'auto diagnostic														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?</td></tr> <tr><td>Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?</td></tr> <tr><td>Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?</td></tr> <tr><td>L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?</td></tr> <tr><td>Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?</td></tr> <tr><td>Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?</td></tr> </table>			Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?	Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?	Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?	Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?	Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?	Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?	Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?	Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?	L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?	Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?	Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?
Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?														
Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?														
Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?														
Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?														
Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?														
Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?														
Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?														
Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?														
L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?														
Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?														
Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?														
Bonnes pratiques														
	Environnement de contrôle général		Indicateurs de suivi											
<ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de recouvrement des créances pré défini 	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Exploitation régulière des états de reste à recouvrer et identification des patients à risque Suivi formalisé des admissions en non-valeur (ANV) entre l'ordonnateur et la trésorerie Tenue de réunions régulières entre l'ordonnateur et la trésorerie sur les thèmes suivants : suivi du recouvrement des créances, apurement des comptes d'attente, suivi des ANV, suivi des patients à risque 	<ul style="list-style-type: none"> Délai moyen de recouvrement des créances par nature de débiteur Taux de recouvrement des créances au global et par année d'antériorité Taux de passage en ANV au global et par année d'antériorité Montant des comptes d'attente Montant des ANV 												

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Traiter les rejets e PMSI				
 Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes					
 Risque opérationnel : Perte de recettes					
<p align="center">Points d'attention</p>					
	<ul style="list-style-type: none"> • Des erreurs de chaînage sont identifiées dans ePMSI • Le traitement des anomalies ne fait pas l'objet d'un suivi 				
<p align="center">Questionnaire d'auto diagnostic</p>					
	<table border="1"> <tr> <td>Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans e PMSI ?</td> </tr> <tr> <td>Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?</td> </tr> <tr> <td>Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?</td> </tr> <tr> <td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td> </tr> </table>	Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans e PMSI ?	Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?	Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans e PMSI ?					
Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?					
Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?					
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?					
<p align="center">Bonnes pratiques</p>					
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets e PMSI communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un suivi formalisé du traitement des erreurs de chaînage, centralisé dans un service contentieux • Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des anomalies 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de rejets ePMSI • Délai de traitement des rejets ePMSI 				

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Traiter les rejets B2									
 Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes										
 Risque opérationnel : Perte de recettes										
Points d'attention										
 <ul style="list-style-type: none"> Le traitement des rejets B2 ne fait pas l'objet d'un suivi 										
Questionnaire d'auto diagnostic										
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Les rejets B2 sont-ils identifiés ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Connaissez-vous les motifs de rejets ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Les rejets B2 sont-ils identifiés ?	Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?	Connaissez-vous les motifs de rejets ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?	Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?	Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?	Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Les rejets B2 sont-ils identifiés ?										
Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?										
Connaissez-vous les motifs de rejets ?										
Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?										
Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?										
Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?										
Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?										
Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?										
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?										
Bonnes pratiques										
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets B2 communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent Définition d'une méthodologie de priorisation des dossiers dans le traitement des rejets B2  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un suivi formalisé du traitement des rejets B2, centralisé dans un service contentieux (ex : taux d'apurement des rejets et nombre de rejets non traités à la clôture de l'exercice, nature des rejets...) Mise en place d'un délai pour le traitement des rejets B2 Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des rejets B2 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de rejets B2 Délai de traitement des rejets B2 Taux de rejets non traités à la clôture 									

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Traiter les rejets de ticket modérateur													
 Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes														
 Risque opérationnel : Perte de recettes														
Points d'attention														
	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement des rejets de tickets modérateurs ne fait pas l'objet d'un suivi L'établissement n'a pas connaissance des rejets de prise en charge par les mutuelles 													
Questionnaire d'auto diagnostic														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?</td></tr> <tr><td>Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?</td></tr> <tr><td>Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?</td></tr> <tr><td>Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?</td></tr> <tr><td>Les contestations sont-elles suivies et tracés dans un système d'information ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?</td></tr> <tr><td>Les résolutions de ces contestations ont-ils fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?	Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?	Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?	Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?	Les contestations sont-elles suivies et tracés dans un système d'information ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?	Les résolutions de ces contestations ont-ils fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?														
Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?														
Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?														
Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?														
Les résolutions de ces rejets ont-ils fait l'objet d'une supervision ?														
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?														
Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?														
Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?														
Les contestations sont-elles suivies et tracés dans un système d'information ?														
Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?														
Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?														
Les résolutions de ces contestations ont-ils fait l'objet d'une supervision ?														
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?														
Bonnes pratiques														
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets de ticket modérateur communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent Définition d'une méthodologie de priorisation des dossiers dans le traitement des rejets et contestations (selon le montant, la nature et l'antériorité)  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Exploitation régulière des états de reste à recouvrer pour identifier les rejets de mutuelles non connues Existence d'un suivi formalisé du traitement des rejets et contestations, centralisé dans un service Mise en place d'un délai pour le traitement des rejets et contestations Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des rejets et contestations 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de rejets de ticket modérateur Délai de traitement des rejets de ticket modérateur Taux de reste à charge en attente de recouvrement 													

RECETTES D'HOSPITALISATION : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Valoriser et enregistrer une dépréciation des créances										
 Objectif : Provisionner un montant pour couvrir le risque de non règlement des créances											
 Risque opérationnel : Mauvaise valorisation du montant net des créances											
Points d'attention											
	<ul style="list-style-type: none"> La mauvaise qualité du titre ne permet pas de recouvrer la créance Les échanges d'informations entre l'ordonnateur et la trésorerie sont insuffisants 										
Questionnaire d'auto diagnostic											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?	Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?	Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?	Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?	Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?	Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?											
Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?											
Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?											
Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?											
Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?											
Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?											
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?											
Bonnes pratiques											
 <ul style="list-style-type: none"> Environnement de contrôle général Estimation de la dépréciation à comptabiliser au 31.12.N décrite dans une note méthodologique formalisée  <ul style="list-style-type: none"> Contrôle interne opérationnel Utilisation d'une approche multi critère (qualitative et statistique) sur la base d'un état des restes à recouvrer au 31.12.N (ex de calcul en Annexe 9) <ul style="list-style-type: none"> L'analyse est portée également sur les créances nées au cours de l'exercice N Si utilisation de taux forfaitaires, ces derniers sont confrontés à chaque clôture avec les taux réels de perte observés, pour les corroborer ou les modifier Dépréciation à 100 % des ANV identifiées mais non comptabilisées à la clôture Revue formalisée du dénouement sur N+1 de la dépréciation valorisée au 31.12.N (identification des éventuelles sur et/ou sous dépréciations par titre) 	 <ul style="list-style-type: none"> Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Dénouement de la dépréciation N-1 sur l'exercice N Taux de dépréciation des créances au global et par nature de débiteur et par année d'émission du titre 										

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

1. Admission

Comme pour les séjours d'hospitalisation, le recueil des droits du patient constitue la première étape du circuit des consultations et soins externes.

Elle est fondamentale dans le sens où elle permet l'identification, non seulement du patient, mais également des débiteurs à facturer.

De cette étape dépend la qualité du titre de recette qui sera émis.

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Admission	 Tâche : Recueillir des informations du patient																						
 Objectif : Collecter les pièces administratives nécessaires à la bonne identification du patient et à l'émission de la facture																							
 Risque opérationnel : Absence ou erreur de facturation																							
<p align="center">Points d'attention</p>																							
	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures ne sont pas connues et appréhendées par tous les agents concernés • Une entrée peut se faire directement dans le service de soins • La recherche d'IPP n'est pas systématique • Les copies des justificatifs ne sont pas conservées • Il n'existe pas d'anomalie bloquante lors de la création d'un dossier patient 																						
<p align="center">Questionnaire d'auto diagnostic</p>																							
	<table border="1"> <tr><td>Utilisez-vous un logiciel de délivrance de rendez-vous ?</td></tr> <tr><td>Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?</td></tr> <tr><td>Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?</td></tr> <tr><td>Faites-vous une recherche systématique sur les IPP existants ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite d'identité vigilance ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (oral ou écrit)</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans médecin traitant ?</td></tr> <tr><td>Un dossier patient peut-il être créé sans avoir complété le parcours de soin ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?</td></tr> <tr><td>Les pièces, ou les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?</td></tr> <tr><td>Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?</td></tr> <tr><td>Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Utilisez-vous un logiciel de délivrance de rendez-vous ?	Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?	Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?	Faites-vous une recherche systématique sur les IPP existants ?	Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?	Existe-t-il une procédure écrite d'identité vigilance ?	Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?	Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?	Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (oral ou écrit)	Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?	Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?	Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?	Un dossier patient peut-il être créé sans médecin traitant ?	Un dossier patient peut-il être créé sans avoir complété le parcours de soin ?	Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?	Les pièces, ou les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?	Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?	Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?	Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?	Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?
Utilisez-vous un logiciel de délivrance de rendez-vous ?																							
Une entrée peut-elle être réalisée directement dans le service de soins ?																							
Le service d'admission (hors urgence) est-il ouvert 24h / 24 ?																							
Faites-vous une recherche systématique sur les IPP existants ?																							
Existe-t-il une procédure écrite d'admission des patients ?																							
Existe-t-il une procédure écrite d'identité vigilance ?																							
Existe-t-il une liste formalisée des pièces administratives obligatoires à récupérer ?																							
Si oui, cette liste est-elle mise à disposition de tous les agents ?																							
Si oui, cette liste est-elle communiquée aux patients ? (oral ou écrit)																							
Un dossier patient peut-il être créé sans adresse ?																							
Un dossier patient peut-il être créé sans pièce d'identité ?																							
Un dossier patient peut-il être créé sans numéro de sécurité sociale ?																							
Un dossier patient peut-il être créé sans médecin traitant ?																							
Un dossier patient peut-il être créé sans avoir complété le parcours de soin ?																							
Existe-t-il un délai pour récupérer toutes les pièces administratives obligatoires ?																							
Les pièces, ou les copies/scans des pièces administratives sont-elles conservées ?																							
Les entrées aux urgences sont-elles identifiées informatiquement ?																							
Existe-t-il un délai spécifique pour récupérer l'ensemble des pièces administratives obligatoires des patients entrés aux urgences ?																							
Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?																							
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?																							
Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?																							
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?																							
<p align="center">Bonnes pratiques</p>																							
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un point d'enregistrement pour chaque entrée (point d'admission, borne d'admission ...), ou à défaut, sensibilisation des équipes soignantes sur la nécessité de demander la fiche d'accueil du patient justifiant de son passage à l'admission (indiquant N° IPP, code barre, nom prénom...) • Existence de procédures ou fiches métier écrites relatives à la collecte des pièces administratives communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédure en annexe 10)  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des identifiants permanents des patients (IPP) à chaque admission • Existence d'une liste formalisée des pièces administratives à récupérer (ex en annexe 11) • Conservation des pièces justificatives par copie ou par scan • Paramétrage bloquant des pièces jugées essentielles pour la création du dossier patient 	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un délai de récupération des pièces après l'admission du patient et communiquer ce délai à tous les agents • Fiche d'autocontrôle (annexe 11) matérialisant la collecte de toutes les pièces administratives renseignées par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « collecte des pièces administratives »  <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de rejet des titres • Taux d'IPP validés sur l'ensemble des IPP créés (Annexe 6) • Taux de doublons d'IPP (Annexe 6) • Taux de NPAI / PND • Taux de dossiers sans date de naissance • Délai moyen de récupération de l'exhaustivité des pièces • Taux de complétude des dossiers (Annexe 6) 																						

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

	Etape : Admission		Tâche : Ouvrir les droits du patient																					
	Objectif : Renseigner les droits réels du patient nécessaires à l'émission des titres de recettes aux bons débiteurs																							
	Risque opérationnel : Mauvaise valorisation de la facturation ou risque de litige avec organismes payeurs pour non-conformité des droits																							
Points d'attention																								
	<ul style="list-style-type: none"> • Les procédures ne sont pas connues et appréhendées par tous les agents concernés • La recherche des derniers droits en vigueur du patient n'est pas systématique • Le renseignement des droits du patient est inexact lors de l'émission des titres • Le patient n'est pas sensibilisé aux impacts financiers 																							
Questionnaire d'auto diagnostic																								
	<table border="1"> <tr><td>Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?</td></tr> <tr><td>Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces lecteurs ?</td></tr> <tr><td>Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?</td></tr> <tr><td>L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?</td></tr> <tr><td>L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?</td></tr> <tr><td>La carte mutuelle est-elle demandée systématiquement aux patients ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous connaissance des mutuelles conventionnées ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?</td></tr> <tr><td>En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?</td></tr> <tr><td>Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?</td></tr> <tr><td>Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une procédure d'encaissement en régie du reste à charge patient ?</td></tr> <tr><td>Si oui ou même en l'absence de procédure, informez-vous que l'encaissement peut être réalisé en régie ?</td></tr> <tr><td>Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?</td></tr> </table>			Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?	Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?	Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces lecteurs ?	Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?	Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?	L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?	L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?	La carte mutuelle est-elle demandée systématiquement aux patients ?	Avez-vous connaissance des mutuelles conventionnées ?	Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?	Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?	En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?	Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?	Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?	Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?	Existe-il une procédure d'encaissement en régie du reste à charge patient ?	Si oui ou même en l'absence de procédure, informez-vous que l'encaissement peut être réalisé en régie ?	Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?	Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?	Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?
Une procédure écrite d'ouverture des droits du patient est-elle à disposition des points d'admission ?																								
Les points d'admissions possèdent-ils des lecteurs de carte vitale ?																								
Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces lecteurs ?																								
Les points d'admissions possèdent-ils des bornes de mise à jour de cartes vitales ?																								
Si oui, les points d'admission utilisent-ils systématiquement ces bornes de mise à jour ?																								
L'outil CDR est-il systématiquement utilisé pour vérifier les droits du patient ?																								
L'outil CDRI est-il utilisé pour vérifier les droits du patient ?																								
La carte mutuelle est-elle demandée systématiquement aux patients ?																								
Avez-vous connaissance des mutuelles conventionnées ?																								
Existe-t-il une procédure écrite de suivi des ALD ?																								
Si oui, cette procédure est-elle mise à disposition des agents des points d'admission ?																								
En l'absence de l'avis du médecin sur l'ALD, une procédure est-elle prévue ?																								
Les patients n'ayant pas de couverture sociale complète sont-ils orientés vers une assistante sociale ?																								
Existe-il une procédure formalisée relative à l'accueil des patients étrangers ?																								
Informez-vous le patient qu'il aura un reste à charge à payer ?																								
Existe-il une procédure d'encaissement en régie du reste à charge patient ?																								
Si oui ou même en l'absence de procédure, informez-vous que l'encaissement peut être réalisé en régie ?																								
Un échantillon des dossiers administratifs est-il supervisé par une tierce personne ?																								
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?																								
Les dossiers administratifs incomplets sont-ils supervisés a posteriori ?																								
Si oui, cette supervision est-elle matérialisée ?																								
Bonnes pratiques																								
<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence de procédure ou fiches métier écrites relatives à l'ouverture des droits du patient communiquées à chaque nouvel agent et disponibles pour tout agent (ex de procédure en annexe 10) • Présence à chaque point d'admission de lecteur de carte vitale, borne de mise à jour, outils CDR/CDRI <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recherche systématique des derniers droits en vigueur • Utilisation d'un outil dédié pour les demandes de prise en charge des mutuelles • Mise en lien systématique des patients sans couverture sociale complète avec le service d'assistance sociale 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiche d'autocontrôle matérialisant la collecte de tous les justificatifs des droits du patient renseignée par les agents des admissions, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne des fiches d'autocontrôle et matérialisation du contrôle • Suivi individualisé d'indicateurs par agent/service pour identifier les difficultés à maîtriser l'étape « ouverture des droits du patient » <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de dossiers sans parcours de soins renseigné • Taux d'ouverture des droits (part des venues sans droit lors de l'admission et ayant pu faire l'objet d'une prise en charge AM) (Annexe 6) • Taux de rejet des titres • Taux de contentieux • Taux de venues en attente de prise en charge par l'AM (Annexe 6) 																							

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

2. Recueil de l'activité

Le recueil de l'activité s'entend ici par le recueil des venues et des actes saisis selon les nomenclatures CCAM et NGAP. Cette étape conduit l'établissement à disposer de la connaissance du montant à facturer.

	Etape : Recueil de l'information médicale		Tâche : Fiabiliser la qualité et l'exhaustivité de l'information médicale						
	Objectif : S'assurer que les données médicales recueillies permettent un codage de qualité								
	Risque opérationnel : Erreur sur l'existence des séjours entraînant une mauvaise valorisation de la facturation								
Points d'attention									
	<ul style="list-style-type: none"> Les consultations ne font pas l'objet d'une traçabilité dans un outil dédié La saisie des actes n'est pas clairement attribuée entre les services de soins ou d'autres services 								
Questionnaire d'auto diagnostic									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Une feuille de circulation est-elle transmise au patient ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">L'accueil du patient devant le praticien est-il tracé informatiquement ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Les actes sont-ils saisis systématiquement par le praticien dans le système d'information ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Les actes sont-ils inscrits sur une feuille de soins et enregistrés dans le logiciel de facturation par une personne autre que le praticien ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Réalisez-vous un contrôle entre les rendez-vous honorés et les consultations facturées ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>			Une feuille de circulation est-elle transmise au patient ?	L'accueil du patient devant le praticien est-il tracé informatiquement ?	Les actes sont-ils saisis systématiquement par le praticien dans le système d'information ?	Les actes sont-ils inscrits sur une feuille de soins et enregistrés dans le logiciel de facturation par une personne autre que le praticien ?	Réalisez-vous un contrôle entre les rendez-vous honorés et les consultations facturées ?	Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?
Une feuille de circulation est-elle transmise au patient ?									
L'accueil du patient devant le praticien est-il tracé informatiquement ?									
Les actes sont-ils saisis systématiquement par le praticien dans le système d'information ?									
Les actes sont-ils inscrits sur une feuille de soins et enregistrés dans le logiciel de facturation par une personne autre que le praticien ?									
Réalisez-vous un contrôle entre les rendez-vous honorés et les consultations facturées ?									
Si oui, ce contrôle est-il matérialisé ?									
Bonnes pratiques									
	Environnement de contrôle général <ul style="list-style-type: none"> Utilisation d'un outil dédié pour le suivi des rendez-vous de consultations (honorés et non honorés) Existence d'une procédure écrite identifiant les agents en charge de la saisie des actes dans le logiciel de facturation à partir des feuilles de circulation (ex de procédure en annexe 10) 								
	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Conservation des feuilles de circulation pour tout ou partie des services selon des critères pré définis par l'établissement, contrôle par sondage a posteriori par une tierce personne de la correcte saisie des actes à partir des feuilles de circulation et matérialisation du contrôle Rapprochement annuel entre les rendez-vous honorés et les consultations facturées et formalisation de ce rapprochement dans un dossier de clôture conformément à fiche DGSQ/DGFIP n°8 "préparer la venue du certificateur" (annexe 2) 		Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Taux de feuille de circulation non renseignée Taux de feuille de circulation non saisie dans le logiciel de facturation Taux de rendez-vous non honorés 						

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

3. Facturation

La facturation consiste à émettre un titre de recettes pour le montant du ticket modérateur.

Ce titre est émis aux mutuelles/assurances et/ou au patient selon les droits ouverts de ce dernier.

	Etape : Facturation		Tâche : Facturer le ticket modérateur et le forfait journalier																							
	Objectif : Produire et émettre un titre de recette de qualité dans des délais définis																									
	Risque opérationnel : Absence de facturation ou mauvaise valorisation de la facture																									
Points d'attention																										
	<ul style="list-style-type: none"> • Du retard est constaté dans la facturation • Les requêtes de contrôles de la facturation sont mal paramétrées ou non adaptées • Les contrôles de facturation ne sont pas matérialisés • Les nomenclatures d'actes en vigueur ne sont pas respectées 																									
Questionnaire d'auto diagnostic																										
	<table border="1"> <tr><td>Une fois l'acte saisi, existe-t-il un délai pour facturer le dossier de soin externe ?</td></tr> <tr><td>Les dossiers de soins externes facturables sont-ils facturés automatiquement ?</td></tr> <tr><td>Les titres sont-ils saisis selon un calendrier ?</td></tr> <tr><td>Les titres sont-ils facturés une fois par mois ?</td></tr> <tr><td>Les titres sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une traçabilité des actes saisis après l'émission du titre ?</td></tr> <tr><td>Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour assurer l'exhaustivité des recueils des actes ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes non facturables ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans acte ?</td></tr> <tr><td>Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans débiteurs ?</td></tr> <tr><td>Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?</td></tr> <tr><td>Le traitement des dossiers de soins externes non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Etes-vous informés des évolutions de nomenclature ?</td></tr> <tr><td>Les majorations relatives aux heures d'arrivée sont-elles paramétrées dans le logiciel de facturation ?</td></tr> <tr><td>Le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation génère-t-elle automatiquement un forfait ATU ?</td></tr> <tr><td>Un échantillon des dossiers de soins externes est-il supervisé après émission du titre ?</td></tr> <tr><td>Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?</td></tr> <tr><td>Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?</td></tr> <tr><td>Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il effectué systématiquement ?</td></tr> <tr><td>Si non, est-il effectué par sondages ?</td></tr> </table>			Une fois l'acte saisi, existe-t-il un délai pour facturer le dossier de soin externe ?	Les dossiers de soins externes facturables sont-ils facturés automatiquement ?	Les titres sont-ils saisis selon un calendrier ?	Les titres sont-ils facturés une fois par mois ?	Les titres sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?	Existe-il une traçabilité des actes saisis après l'émission du titre ?	Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour assurer l'exhaustivité des recueils des actes ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes non facturables ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans acte ?	Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans débiteurs ?	Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?	Le traitement des dossiers de soins externes non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Etes-vous informés des évolutions de nomenclature ?	Les majorations relatives aux heures d'arrivée sont-elles paramétrées dans le logiciel de facturation ?	Le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation génère-t-elle automatiquement un forfait ATU ?	Un échantillon des dossiers de soins externes est-il supervisé après émission du titre ?	Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?	Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?	Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?	Si oui, est-il effectué systématiquement ?	Si non, est-il effectué par sondages ?
Une fois l'acte saisi, existe-t-il un délai pour facturer le dossier de soin externe ?																										
Les dossiers de soins externes facturables sont-ils facturés automatiquement ?																										
Les titres sont-ils saisis selon un calendrier ?																										
Les titres sont-ils facturés une fois par mois ?																										
Les titres sont-ils facturés plusieurs fois par mois ?																										
Existe-il une traçabilité des actes saisis après l'émission du titre ?																										
Existe-il une procédure écrite relative au traitement de la facturation ?																										
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour assurer l'exhaustivité des recueils des actes ?																										
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes non facturables ?																										
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans acte ?																										
Utilisez-vous des requêtes ou états informatiques pour identifier les dossiers de soins externes sans débiteurs ?																										
Etes-vous informés des défaillances informatiques liées aux interfaces ?																										
Le traitement des dossiers de soins externes non facturables fait-il l'objet d'une supervision et d'un contrôle par une tierce personne ?																										
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?																										
Etes-vous informés des évolutions de nomenclature ?																										
Les majorations relatives aux heures d'arrivée sont-elles paramétrées dans le logiciel de facturation ?																										
Le passage aux urgences non suivi d'une hospitalisation génère-t-elle automatiquement un forfait ATU ?																										
Un échantillon des dossiers de soins externes est-il supervisé après émission du titre ?																										
Vérifiez-vous que l'intégralité du flux a bien été déposée sur la plateforme de transmission (par exemple Enovacom) ?																										
Les titres de recettes sont-ils systématiquement pris en charge par la Trésorerie ?																										
Un contrôle est-il effectué sur les adresses de facturation des titres de recettes ?																										
Si oui, est-il effectué systématiquement ?																										
Si non, est-il effectué par sondages ?																										
Bonnes pratiques																										
	<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure écrite définissant la fréquence de facturation, les contrôles opérationnels et instaurant une veille réglementaire sur l'évolution des nomenclatures (ex de procédure en annexe 8) • Communication de la procédure à chaque nouvel agent et disponibilité de celle-ci pour tout agent 		<ul style="list-style-type: none"> • Avant l'émission du titre, contrôle par sondage de sa justification a priori et/ou a posteriori de sa prise en charge dans HELIOS et matérialisation du contrôle • Contrôle de la correcte transmission du flux de facturation et matérialisation du contrôle 																							
	<p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilisation de requêtes informatiques pour identifier les séjours non facturables, ex : sans acte, sans débiteur... • Contrôle du traitement des dossiers non facturables par une tierce personne et matérialisation du contrôle 		<p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Taux de rejet des titres de recettes • Taux de dossier restant à facturer • Délai moyen de facturation • Taux d'annulation de titres • Taux de réémission de titres 																							

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

4. Enregistrement comptable

Les titres de recettes émis par l'ordonnateur et pris en charge par la trésorerie doivent faire l'objet de la part de cette dernière d'un enregistrement dans le logiciel de la trésorerie, HELIOS, dans le respect des principes et règles de l'instruction budgétaire M21.

	Etape : Enregistrement comptable		Tâche : Comptabiliser les titres de recettes émis									
	Objectif : S'assurer que l'exhaustivité des titres de recettes est correctement comptabilisée											
	Risque opérationnel : Mauvaise comptabilisation des titres de recettes											
Points d'attention												
	<ul style="list-style-type: none"> Le calendrier de clôture n'est pas respecté Les données sources et le logiciel comptable HELIOS ne font l'objet d'aucun rapprochement Les tableaux de bord de suivi utilisés ne sont pas rapprochés avec les données comptables de HELIOS 											
Questionnaire d'auto diagnostic												
	<table border="1"> <tr><td>Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?</td></tr> <tr><td>Existe-il un calendrier de clôture ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il respecté ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous un rapprochement mensuel entre le montant FIDES sur ePMSI transmis et le logiciel de facturation ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous des CREA ?</td></tr> <tr><td>Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?</td></tr> </table>			Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?	Existe-il un calendrier de clôture ?	Si oui, est-il respecté ?	Réalisez-vous un rapprochement mensuel entre le montant FIDES sur ePMSI transmis et le logiciel de facturation ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Réalisez-vous des CREA ?	Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?
Existe-il des clôtures intermédiaires (par exemple : mensuelles ou trimestrielles) ?												
Existe-il un calendrier de clôture ?												
Si oui, est-il respecté ?												
Réalisez-vous un rapprochement mensuel entre le montant FIDES sur ePMSI transmis et le logiciel de facturation ?												
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?												
Concernant le ticket modérateur, réalisez-vous un rapprochement entre le logiciel de facturation et Hélios ?												
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?												
Réalisez-vous des CREA ?												
Si oui, les recettes positionnées dans les CREA sont-elles rapprochées de la comptabilité ?												
Bonnes pratiques												
	<p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Formalisation des rapprochements, des justifications et des tableaux de bord dans un dossier de clôture conformément à la fiche DGOS/DGFiP N°8 "préparer la venue du certificateur" (annexe 2) 	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation de tableaux de bord des recettes assurance maladie et des tickets modérateurs rapprochés avec les données comptables de HELIOS Justification des comptes d'attente non apurés à la clôture (encaissements non émargés avec des titres de recettes) et identification des titres non émis 										
	<p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Mise en place de clôtures intermédiaires (semestrielles, trimestrielles...) Rapprochement entre le montant FIDES transmis sur ePMSI et le logiciel de facturation Rapprochement des recettes comptabilisées dans HELIOS avec le logiciel de facturation 		<p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Délai d'apurement des comptes d'attente 									

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Enregistrement comptable	 Tâche : Respecter le principe de séparation des exercices		
 Objectif : Comptabiliser les titres de recettes dans le correct exercice comptable			
 Risque opérationnel : Comptabilisation des titres de recettes sur le mauvais exercice			
Points d'attention			
	<ul style="list-style-type: none"> • La comptabilisation exhaustive des recettes de soins externes de l'exercice n'est pas assurée 		
Questionnaire d'auto diagnostic			
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Disposez-vous d'un état présentant l'exhaustivité de la facturation ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Pour les soins externes non facturés à la fin de l'exercice, comptabilisez un produit à recevoir ?</td> </tr> </table>	Disposez-vous d'un état présentant l'exhaustivité de la facturation ?	Pour les soins externes non facturés à la fin de l'exercice, comptabilisez un produit à recevoir ?
Disposez-vous d'un état présentant l'exhaustivité de la facturation ?			
Pour les soins externes non facturés à la fin de l'exercice, comptabilisez un produit à recevoir ?			
Bonnes pratiques			
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une procédure formalisée de recensement des recettes de soins externes à comptabiliser en produit à recevoir à la clôture de l'exercice 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dénouement des produits à recevoir N-1 sur l'exercice N 		
 <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identification par requête informatique de tous les dossiers N n'ayant pas pu être facturés sur l'exercice N • Comptabilisation en produits à recevoir des recettes de soins externes qui n'ont pas pu être facturées et comptabilisées avant l'arrêté des comptes et conservation des justificatifs • Revue formalisée du dénouement sur N+1 des produits à recevoir valorisés au 31.12.N 			

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

5. Recouvrement des créances et contentieux

Un titre de recettes induit une créance de l'ordonnateur vis-à-vis d'un débiteur, à charge à la trésorerie de recouvrer cette créance, puis d'émarger l'encaissement avec le titre correspondant.

Les titres adressés à l'assurance maladie peuvent faire l'objet d'un rejet de prise en charge (via ePSMI ou via le flux B2) de même que les tickets modérateurs facturés aux autres débiteurs.

L'établissement doit alors analyser la nature du rejet et le traiter, soit en le contestant, soit en annulant le titre et en le réemettant au bon montant ou au bon débiteur.

L'établissement doit également mesurer le risque d'irrecouvrabilité de ses créances pour enregistrer une dépréciation correspondante, voire admettre certaines créances en non-valeur.

	Etape : Recouvrement des créances et contentieux		Tâche : Réaliser le recouvrement des créances											
	Objectif : Encaisser et enregistrer un règlement pour les créances en attente													
	Risque opérationnel : Perte de recettes													
Points d'attention														
	<ul style="list-style-type: none"> La mauvaise qualité du titre ne permet pas de recouvrer la créance Les échanges d'informations entre l'ordonnateur et la trésorerie sont insuffisants 													
Questionnaire d'auto diagnostic														
	<table border="1"> <tr><td>Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?</td></tr> <tr><td>Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?</td></tr> <tr><td>Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?</td></tr> <tr><td>Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?</td></tr> <tr><td>Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?</td></tr> <tr><td>L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?</td></tr> <tr><td>Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?</td></tr> <tr><td>Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?</td></tr> </table>			Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?	Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?	Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?	Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?	Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?	Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?	Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?	Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?	L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?	Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?	Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?
Existe-t-il un contrôle spécifique sur les régies ?														
Si oui, est-il partagé avec l'ordonnateur ?														
Existe-t-il un plan de recouvrement pré défini ?														
Existe-t-il des réunions d'échanges régulières entre la Trésorerie et l'ordonnateur sur le recouvrement des créances ?														
Le compte d'attente des encaissements non émargés fait-il l'objet d'un suivi systématique ?														
Si oui, ce suivi est-il mensuel ou plus fréquent ?														
Si oui, ce suivi est-il moins fréquent que mensuellement ?														
Ce compte est-il apuré à la clôture de l'exercice ?														
L'ordonnateur a-t-il connaissance des états de reste à recouvrer de la Trésorerie ?														
Les contentieux sont-ils systématiquement transmis à l'ordonnateur ?														
Les admissions en non-valeur sont-elles systématiquement acceptées par l'ordonnateur ?														
Bonnes pratiques														
	Environnement de contrôle général <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un plan de recouvrement des créances pré défini 		Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Délai moyen de recouvrement des créances par nature de débiteur Taux de recouvrement des créances au global et par année d'antériorité Taux de passage en ANV au global et par année d'antériorité Montant des comptes d'attente Montant des ANV 											
	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Exploitation régulière des états de reste à recouvrer et identification des patients à risque Suivi formalisé des admissions en ANV entre l'ordonnateur et la trésorerie Tenue de réunions régulières entre l'ordonnateur et la trésorerie sur les thèmes suivants : suivi du recouvrement des créances, apurement des comptes d'attente, suivi des ANV, suivi des patients à risque 													

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

	Etape : Recouvrement des créances et contentieux		Tâche : Traiter les rejets ePMSI				
	Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes						
	Risque opérationnel : Perte de recettes						
Points d'attention							
	<ul style="list-style-type: none"> Des erreurs de chaînage sont identifiées dans ePMSI Le traitement des anomalies ne fait pas l'objet d'un suivi 						
Questionnaire d'auto diagnostic							
	<table border="1"> <tr> <td>Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans ePMSI ?</td> </tr> <tr> <td>Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?</td> </tr> <tr> <td>Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?</td> </tr> <tr> <td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td> </tr> </table>			Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans ePMSI ?	Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?	Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Avez-vous connaissance des erreurs de chaînage dans ePMSI ?							
Existe-t-il un calendrier de traitement de ces erreurs de chaînage ?							
Le suivi du traitement de ces anomalies est-il centralisé auprès d'un service ?							
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?							
Bonnes pratiques							
	Environnement de contrôle général <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets ePMSI communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent 		Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Taux de rejets ePMSI Délai de traitement des rejets ePMSI 				
	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un suivi formalisé du traitement des erreurs de chaînage, centralisé dans un service contentieux Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des anomalies 						

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Traiter les rejets B2									
 Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes										
 Risque opérationnel : Perte de recettes										
Points d'attention										
	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement des rejets B2 ne fait pas l'objet d'un suivi 									
Questionnaire d'auto diagnostic										
	<table border="1"> <tr><td>Les rejets B2 sont-ils identifiés ?</td></tr> <tr><td>Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?</td></tr> <tr><td>Connaissez-vous les motifs de rejets ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?</td></tr> <tr><td>Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?</td></tr> <tr><td>Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?</td></tr> <tr><td>Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Les rejets B2 sont-ils identifiés ?	Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?	Connaissez-vous les motifs de rejets ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?	Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?	Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?	Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Les rejets B2 sont-ils identifiés ?										
Connaissez-vous le taux de rejet B2 ?										
Connaissez-vous les motifs de rejets ?										
Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?										
Le délai de forclusion est-il systématiquement respecté ?										
Le suivi du traitement des rejets B2 est-il centralisé auprès d'un service ?										
Avez-vous défini une démarche de priorisation de ces rejets ?										
Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?										
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?										
Bonnes pratiques										
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets B2 communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent Définition d'une méthodologie de priorisation des dossiers dans le traitement des rejets B2  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'un suivi formalisé du traitement des rejets B2, centralisé dans un service contentieux (ex : taux d'apurement des rejets et nombre de rejets non traités à la clôture de l'exercice, nature des rejets...) Mise en place d'un délai pour le traitement des rejets B2 Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des rejets B2 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de rejets B2 Délai de traitement des rejets B2 Taux de rejets non traités à la clôture 									

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Traiter les rejets de ticket modérateur													
 Objectif : S'assurer du traitement exhaustif des rejets de titres de recettes														
 Risque opérationnel : Perte de recettes														
<p align="center">Points d'attention</p>														
	<ul style="list-style-type: none"> Le traitement des rejets de tickets modérateurs ne fait pas l'objet d'un suivi L'établissement n'a pas connaissance des rejets de prise en charge par les mutuelles 													
<p align="center">Questionnaire d'auto diagnostic</p>														
	<table border="1"> <tr><td>Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?</td></tr> <tr><td>Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?</td></tr> <tr><td>Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> <tr><td>Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?</td></tr> <tr><td>Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?</td></tr> <tr><td>Les contestations sont-elles suivies et tracées dans un système d'information ?</td></tr> <tr><td>Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?</td></tr> <tr><td>Les résolutions de ces contestations ont-elles fait l'objet d'une supervision ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?	Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?	Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?	Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?	Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?	Les contestations sont-elles suivies et tracées dans un système d'information ?	Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?	Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?	Les résolutions de ces contestations ont-elles fait l'objet d'une supervision ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Le traitement des rejets de prise en charge mutuelle est-il centralisé dans un service ?														
Lors de la réception, les rejets sont-ils suivis et tracés dans un outil informatique ?														
Existe-t-il un délai de traitement de ces rejets ?														
Avez-vous défini une démarche de priorisation des rejets ?														
Les résolutions de ces rejets ont-elles fait l'objet d'une supervision ?														
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?														
Réalisez-vous un suivi des NPAI/PND ?														
Le traitement des contestations par des personnes physiques est-il centralisé dans un service ?														
Les contestations sont-elles suivies et tracées dans un système d'information ?														
Existe-t-il un délai de traitement de ces contestations ?														
Avez-vous défini une démarche de priorisation des contestations ?														
Les résolutions de ces contestations ont-elles fait l'objet d'une supervision ?														
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?														
<p align="center">Bonnes pratiques</p>														
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Existence d'une procédure écrite de traitement des rejets de ticket modérateur communiquée à chaque nouvel agent et disponible pour tout agent Définition d'une méthodologie de priorisation des dossiers dans le traitement des rejets et contestations  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Exploitation régulière des états de reste à recouvrer pour identifier les rejets de mutuelles non connues Existence d'un suivi formalisé du traitement des rejets et contestations, centralisé dans un service Mise en place d'un délai pour le traitement des rejets et contestations Matérialisation d'une supervision par une tierce personne du traitement des rejets et contestations 	 <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Taux de rejets de ticket modérateur Délai de traitement des rejets de ticket modérateur Taux de reste à charge en attente de recouvrement 													

RECETTES DE SOINS EXTERNES : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Recouvrement des créances et contentieux	 Tâche : Valoriser et enregistrer une dépréciation des créances										
 Objectif : Provisionner un montant pour couvrir le risque de non règlement des créances											
 Risque opérationnel : Mauvaise valorisation du montant net des créances											
Points d'attention											
 <ul style="list-style-type: none"> La mauvaise qualité du titre ne permet pas de recouvrer la créance Les échanges d'informations entre l'ordonnateur et la trésorerie sont insuffisants 											
Questionnaire d'auto diagnostic											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?</td></tr> <tr><td>Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?</td></tr> <tr><td>Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?</td></tr> <tr><td>Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?</td></tr> <tr><td>Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?</td></tr> <tr><td>Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?</td></tr> <tr><td>Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?</td></tr> <tr><td>Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?</td></tr> </table>	Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?	Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?	Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?	Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?	Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?	Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?	Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?	Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?
Une fois la créance identifiée comme douteuse, est-elle comptabilisée en #416 ?											
Connaissez-vous le critère de bascule de la créance en #416 ?											
Avez-vous défini une méthode de dépréciation des créances à la clôture ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part forfaitaire ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part statistique réelle d'expérience de l'établissement sur plusieurs années ?											
Si oui, cette méthode utilise-t-elle une part qualitative ?											
Pour le calcul, vous basez-vous sur un état des restes à recouvrer qui se raccorde à la balance générale Hélios au 31/12 ?											
Contrôlez-vous le dénouement sur l'exercice suivant de la provision de dépréciation des créances comptabilisées à la clôture ?											
Ce calcul est-il contrôlé par une tierce personne de l'établissement ?											
Si oui, le contrôle est-il matérialisé ?											
Bonnes pratiques											
 <ul style="list-style-type: none"> Environnement de contrôle général Estimation de la dépréciation à comptabiliser au 31.12.N décrite dans une note méthodologique formalisée  <ul style="list-style-type: none"> Contrôle interne opérationnel Utilisation d'une approche multi critère (qualitative et statistique) sur la base d'un état des restes à recouvrer au 31.12.N (ex de calcul en annexe 9) <ul style="list-style-type: none"> L'analyse est portée également sur les créances nées au cours de l'exercice N Si utilisation de taux forfaitaires, ces derniers sont confrontés à chaque clôture avec les taux réels de perte observés, pour les corroborer ou les modifier Dépréciation à 100 % des ANV identifiées mais non comptabilisées à la clôture Revue formalisée du dénouement sur N+1 de la dépréciation valorisée au 31.12.N (identification des éventuelles sur et/ou sous dépréciations par titre) 	 <ul style="list-style-type: none"> Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Dénouement de la dépréciation N-1 sur l'exercice N Taux de dépréciation des créances au global et par nature de débiteur et par année d'émission de titres 										

SYSTEMES D'INFORMATIONS : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

1. Préambule

Un guide méthodologique pour l'auditabilité des SI a été rédigé dans le cadre du projet de fiabilisation et certification des établissements publics de santé¹³. Il avait été élaboré par un groupe de travail piloté par la DGOS et constitué de :

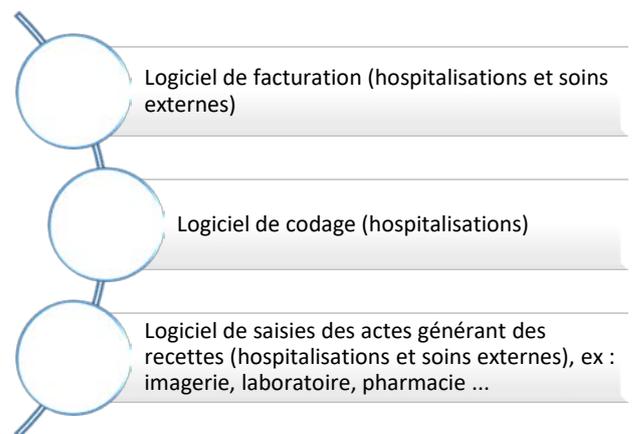
- Représentants de la DSI ;
- Représentants de la CNCC ;
- Représentants de la DGFIP ;
- Représentants de la DGOS.

Ce guide couvrait entre autres les thèmes suivants :

- L'impact des SI sur la démarche de certification ;
- L'environnement général des SI ;
- La revue des contrôles généraux informatiques :
 - Accès aux programmes et aux données,
 - Gestion des changements,
 - Gestion des développements, acquisitions et migrations,
 - Gestion de l'exploitation informatique,
 - Gestion des sauvegardes.

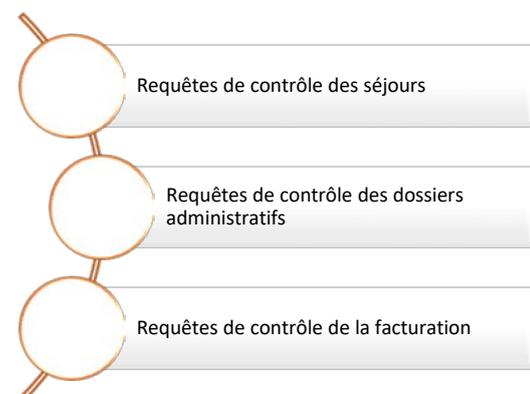
Ces thèmes ne sont, par conséquent, pas repris dans le présent guide qui s'attarde sur les sous-processus relatifs aux recettes d'hospitalisations et de soins externes.

Les dispositions détaillées ci-dessous doivent s'analyser au niveau des logiciels et applicatifs utilisés tout au long du processus des recettes :



Ces dispositions doivent également s'analyser au niveau des traitements informatiques, c'est-à-dire les requêtes informatiques ou autres contrôles paramétrés.

Ex de requêtes :



¹³ Instruction N°DGOS/MSIOS/2013/62 du 21 février 2013

SYSTEMES D'INFORMATIONS : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

2. Dispositif de contrôle

La maîtrise des systèmes d'informations est ici abordée sous 2 axes :

- La maîtrise des interfaces pour éviter la perte de données
- La maîtrise des traitements informatiques pour éviter la corruption de données

La liste des documents socles attendus pour l'analyse du dispositif de contrôle interne est reprise en **annexe 1**.

	Etape : Systèmes d'informations		Tâche : Gérer les interfaces										
	Objectif : S'assurer du bon déversement des données d'un logiciel ou applicatif à un autre												
	Risque opérationnel : Perte d'informations entraînant une mauvaise facturation												
Points d'attention													
	<ul style="list-style-type: none"> La cartographie du SI est absente ou incomplète La gestion de l'exploitation du SI ne fait pas l'objet d'une procédure spécifique Les interfaces ne sont pas contrôlées régulièrement Personne n'est responsable du traitement des anomalies Il n'existe pas de procédure de traitement des anomalies 												
Questionnaire d'auto diagnostic													
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les batchs/interfaces sont-elles formalisées ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Toute création/modification/suppression de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Toute création/modification de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">L'accès à la configuration des interfaces/batchs et au programmeur de travaux est-il restreint ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de converser l'historique des erreurs d'interfaces ayant eu lieu sur l'exercice ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Toutes les erreurs d'interface sont-elles systématiquement corrigées ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">Une fois corrigés, les lignes/fichiers en écart sont-ils archivés et purgés ?</td> </tr> </table>			Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?	Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?	Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les batchs/interfaces sont-elles formalisées ?	Toute création/modification/suppression de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?	Toute création/modification de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?	L'accès à la configuration des interfaces/batchs et au programmeur de travaux est-il restreint ?	Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de converser l'historique des erreurs d'interfaces ayant eu lieu sur l'exercice ?	Toutes les erreurs d'interface sont-elles systématiquement corrigées ?	Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?	Une fois corrigés, les lignes/fichiers en écart sont-ils archivés et purgés ?
Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?													
Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des interfaces ?													
Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les batchs/interfaces sont-elles formalisées ?													
Toute création/modification/suppression de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?													
Toute création/modification de batch/interface fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?													
L'accès à la configuration des interfaces/batchs et au programmeur de travaux est-il restreint ?													
Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de converser l'historique des erreurs d'interfaces ayant eu lieu sur l'exercice ?													
Toutes les erreurs d'interface sont-elles systématiquement corrigées ?													
Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?													
Une fois corrigés, les lignes/fichiers en écart sont-ils archivés et purgés ?													
Bonnes pratiques													
	Environnement de contrôle général <ul style="list-style-type: none"> Etablissement d'une cartographie des systèmes d'informations, y compris les interfaces, la nature des flux échangés et leur fréquence (ex en annexe 12) Définition dans des procédures d'exploitation des modalités de gestion, de supervision et de résolution des anomalies Désignation d'un responsable "interface" par application 	<ul style="list-style-type: none"> Enregistrement des données dans des fichiers ad hoc Pour les flux sortants, contrôle matérialisé de l'exhaustivité des informations Identification des anomalies et suivi formalisé de leur correction 											
	Contrôle interne opérationnel <ul style="list-style-type: none"> Réalisation de tests avant mise en production de l'application permettent de s'assurer que les opérations sont traitées de façon cohérente et conforme aux attentes Pour les flux entrants, autorisations et validations de manière adéquate des opérations entrées dans le système 		Indicateurs de suivi <ul style="list-style-type: none"> Délai moyen de correction des anomalies d'interface Nombre d'anomalies d'interface Taux de résolution des anomalies d'interface 										

SYSTEMES D'INFORMATIONS : LES BONNES PRATIQUES DU CONTROLE INTERNE

 Etape : Systèmes d'informations	 Tâche : Gérer les traitements informatiques									
 Objectif : S'assurer du correct fonctionnement des traitements utilisés tout au long du processus des recettes (contrôles automatisés, requêtes informatiques, calcul automatisés ...)										
 Risque opérationnel : Erreur dans le traitement des recettes										
Points d'attention										
 <ul style="list-style-type: none"> La mauvaise qualité du titre ne permet pas de recouvrer la créance Les échanges d'informations entre l'ordonnateur et la trésorerie sont insuffisants 										
Questionnaire d'auto diagnostic										
 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr><td style="padding: 2px;">Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les traitements informatiques sont-elles formalisées ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Toute création/modification/suppression de traitement fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Toute création/modification de traitement fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">L'accès à la configuration des traitements et au programmeur de travaux est-il restreint ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de consulter l'historique des erreurs de traitement ayant eu lieu sur l'exercice ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Toutes les erreurs de traitement sont-elles systématiquement corrigées ?</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?</td></tr> </table>		Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?	Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?	Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les traitements informatiques sont-elles formalisées ?	Toute création/modification/suppression de traitement fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?	Toute création/modification de traitement fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?	L'accès à la configuration des traitements et au programmeur de travaux est-il restreint ?	Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de consulter l'historique des erreurs de traitement ayant eu lieu sur l'exercice ?	Toutes les erreurs de traitement sont-elles systématiquement corrigées ?	Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?
Les plans de test des changements applicatifs intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?										
Les plans de test des changements de paramétrage intègrent-ils systématiquement la vérification des traitements informatiques ?										
Des procédures d'exploitation, définissant les modalités de gestion (création/modification/suppression), de supervision et de résolution des anomalies sur les traitements informatiques sont-elles formalisées ?										
Toute création/modification/suppression de traitement fait-elle systématiquement l'objet d'une demande formalisée (ticket ou email) ?										
Toute création/modification de traitement fait-elle systématiquement l'objet de tests utilisateurs formalisés (ticket ou email) ?										
L'accès à la configuration des traitements et au programmeur de travaux est-il restreint ?										
Existe-t-il des tables de log/tables de rejets permettant de consulter l'historique des erreurs de traitement ayant eu lieu sur l'exercice ?										
Toutes les erreurs de traitement sont-elles systématiquement corrigées ?										
Existe-t-il un suivi formalisé des corrections réalisées ?										
Bonnes pratiques										
 <p>Environnement de contrôle général</p> <ul style="list-style-type: none"> Documentation à jour de la liste des paramétrages et contrôles Définition dans des procédures d'exploitation des modalités de gestion, de supervision et de résolution des anomalies  <p>Contrôle interne opérationnel</p> <ul style="list-style-type: none"> Réalisation de tests avant mise en production de l'application permettent de s'assurer que les opérations sont traitées de façon cohérente et conforme aux attentes Périodiquement, rapprochements de données entre différentes sources afin de s'assurer de la cohérence des informations (ex : rapprocher sur une période donnée les séjours clôturés et les factures émises) 	<ul style="list-style-type: none"> Absence de perte, d'addition, de duplication ou de modification non autorisée des données Identification des anomalies et suivi formalisé de leur correction  <p>Indicateurs de suivi</p> <ul style="list-style-type: none"> Délai moyen de correction des anomalies de traitements informatiques Nombre d'anomalies de traitements informatiques Taux de résolution des anomalies de traitements informatiques 									

ANNEXES

ANNEXE 1	Fiche DGOS/DGFiP n°8 « La venue du certificateur »	P 53
ANNEXE 2	Liste des documents attendus a minima dans un dossier de contrôle interne	P 69
ANNEXE 3	Exemple de procédure d’hospitalisation Titre 1 (assurance maladie)	P 70
ANNEXE 4	Exemple de procédure d’hospitalisation Titre 2 (ticket modérateur)	P 78
ANNEXE 5	Exemple de fiche d’autocontrôle d’accueil pour un séjour d’hospitalisation	P 84
ANNEXE 6	Exemples d’indicateurs de suivi	P 85
ANNEXE 7	Exemple de tableau OVALIDE VEMM	P 86
ANNEXE 8	Extrait du guide d’auditabilité des recettes T2A MCO	P 94
ANNEXE 9	Exemple de calcul de dépréciation des créances	P 95
ANNEXE 10	Exemple de procédure de soins externes	P 96
ANNEXE 11	Exemple de fiche d’autocontrôle d’accueil pour une consultation	P 101
ANNEXE 12	Exemple de cartographie des systèmes d’informations	P 102

Fiche n° 8: « Préparer la venue du certificateur »

Objet de la présente fiche

La présente fiche a pour objet de présenter les dossiers à constituer en amont de la venue du certificateur. Son objectif est de fournir une liste indicative des informations et documents nécessaires à la constitution du dossier permanent, du dossier de contrôle interne et du dossier de clôture et d'en situer les enjeux. Les maquettes proposées sont données à titre indicatif et n'ont aucun caractère normatif pour les établissements qui pourront les adapter en fonction de leur organisation.

Il est recommandé à l'établissement de constituer cette documentation l'exercice précédent celui de l'entrée dans la certification de leurs comptes (par exemple : pour un EPS dont les comptes seront certifiables pour la 1^{ère} fois sur l'exercice 2015 (exercice N), il convient de constituer les dossiers dès l'exercice 2014 (exercice N-1)). Le dossier de clôture constitué pour l'exercice N-1 sera examiné par le certificateur dans le cadre des travaux qu'il mènera pour l'examen du bilan d'ouverture.

L'ordonnateur et le comptable veilleront à constituer les différents dossiers (permanent, de contrôle interne comptable et financier, de clôture) en partenariat afin d'en assurer la cohérence.

La documentation à constituer en vue de la venue du certificateur

La constitution d'une documentation la plus exhaustive possible est une nécessité afin d'assurer au certificateur :

- Une prise de connaissance facilitée et rapide de l'environnement de l'établissement (dossier permanent) ;
- Une documentation et une traçabilité des contrôles effectués au titre du contrôle interne (dossier de contrôle interne).
- Une justification des soldes des comptes présents à la clôture de l'exercice (dossier de clôture) ;

Un dossier de contrôle interne détaillé permet au certificateur de présumer de l'existence et de l'efficacité du dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers. Le certificateur peut ainsi à partir de l'analyse des contrôles effectués par l'encadrement, orienter et dimensionner les procédures d'audit de détail sur les comptes qu'il va mettre en œuvre pour fonder son opinion.

De manière générale, lors de la revue des procédures de contrôle interne mises en œuvre par l'établissement,

- Si le certificateur identifie une absence ou une insuffisance dans le dispositif de contrôle interne, il pourra considérer les risques d'anomalies significatives comme élevés et, dans ce cas, les contrôles de substance¹ pourront être plus étendus.

¹ Les contrôles de substance consistent :

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

- Si le certificateur constate qu'il peut s'appuyer sur le dispositif de contrôle interne existant, il travaillera principalement les tests de conformité aux procédures et sur la documentation des contrôles opérés par l'établissement.

L'ordonnateur et le comptable devront définir conjointement l'organisation qui sera mise en place dans le cadre de la venue du certificateur, afin notamment de pouvoir mettre à disposition la documentation nécessaire à la certification des comptes, et de définir les interlocuteurs qui seront en mesure d'apporter des réponses au certificateur selon les cycles d'activité.

Dans le cadre de l'exercice de sa mission légale, le certificateur pourra toujours demander à l'établissement des documents complémentaires destinés à compléter son information et éclairer ses travaux.

Le dossier permanent

Définition

Le dossier permanent regroupe, au sein d'un dossier unique, l'ensemble des documents juridiques, comptables et financiers de l'établissement attestant de l'existence de l'entité et de son évolution.

Le dossier permanent présente un caractère pluriannuel. Il constitue une base de données pérenne et enrichie et mise à jour au fil de l'eau sur la situation juridique, comptable et financière de l'établissement, afin de lui conserver son caractère opérationnel.

Contenu

- Le dossier permanent regroupe toutes les informations générales et spécifiques sur l'établissement. On y trouve ainsi des données sur l'établissement et son organisation, des données juridiques, des informations comptables et financières ou encore sociales, notamment :
 - Informations relatives à la gouvernance de l'établissement ;
 - Liste des procès verbaux et délibérations prises par toutes les instances décisionnaires de l'établissement ou l'agenda des réunions du conseil de surveillance et du directoire, permettant au certificateur de demander consultation des procès verbaux et délibérations prises qui l'intéresse directement ;
 - Contrats et conventions passés par l'établissement les plus structurants ;
 - Actes juridiques fondateurs signés et notifiés ;
 - Organigramme général de l'établissement ;
 - Activités et chiffres clés ;
 - Cartographie des systèmes d'information ;
 - Rapports d'inspection ;
 - Comptes financiers des trois derniers exercices.
-
- soit à contrôler un élément individuel faisant partie d'une catégorie d'opérations, un solde de compte ou une information fournie dans l'annexe (tests de détail),
 - soit à faire des contrôles de cohérence entre les informations financières et d'autres informations issues ou non des comptes ou à analyser des variations ou des tendances inattendues. Ces contrôles peuvent donc porter sur les opérations comptables.

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

Ce dossier est structuré en 7 sous-dossiers qui pourront être aménagés le cas échéant :

- données sur l'établissement et son environnement ;
- données juridiques : (propriété, baux...);
- données fiscales : état des obligations fiscales ;
- données sociales : bilan social...
- données budgétaires et comptables PGFP, EPRD....
- présentation du système d'information : cartographie des applications,...
- organisation de la fonction de contrôle interne au sein de l'établissement (généralités).

Figure **en annexe 1** une proposition de maquette du dossier permanent.

A noter

Il n'existe pas de modèle type de dossier permanent. Chaque établissement est libre de choisir sa présentation pour l'adapter à son organisation et à ses besoins.

Le dossier permanent a pour objectif de présenter de manière dynamique les éléments les plus significatifs de la vie de l'établissement.

Ainsi, il importe que :

- seuls les documents les plus structurants pour l'établissement figurent dans le dossier permanent,
- les mêmes documents ne figurent pas dans les différents dossiers (éviter la présence de doublons).

L'organisation de la fonction de contrôle interne décrite dans le dossier permanent se limitera à ce stade à une description générale de l'organisation mise en place. La présentation des documents par cycle est effectuée dans le dossier de contrôle interne.

Enjeux

Le dossier permanent constitue un élément majeur pour la prise de connaissance de l'environnement de l'établissement par le certificateur. Avant d'entamer le contrôle des comptes, le commissaire aux comptes doit en effet bien percevoir les réalités économiques, financières, juridiques et comptables de l'établissement qu'il audite.

Environnement associé à la constitution et au suivi du dossier permanent

La constitution du dossier permanent relève essentiellement des services de l'ordonnateur, avec l'appui, du comptable pour les éléments qui le concerne.

La tenue du dossier est assurée au sein de l'établissement public de santé.

Les caractéristiques du dossier permanent varient selon les choix opérés par la direction en fonction de l'organisation existante et des contraintes qui pèsent sur l'établissement. Le dossier permanent peut ainsi être :

- Dématérialisé ou non dématérialisé ;

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

- Centralisé ou décentralisé.

Dans un environnement dématérialisé :

- Le directeur de l'établissement peut choisir de confier à la direction financière ou à toute autre direction le soin de constituer et de tenir le dossier permanent. Dans ce cas, les pièces les plus significatives sont rassemblées à un même endroit et détenues par un service unique, ce qui suppose une organisation adaptée et des transferts de pièces entre les services gestionnaires et la direction qui tiendra le dossier permanent (organisation centralisée).
- La direction peut également choisir de maintenir les pièces qui doivent figurer au dossier permanent au sein de chaque service ou direction dont elle relève (organisation décentralisée).

Dans ce cas, l'établissement doit être en mesure de fournir au certificateur un document qui liste les pièces du dossier permanent et qui indique leur localisation dans les services. C'est le cas également, pour les établissements multi-sites en cas de gestion décentralisée. A cette fin, le directeur de l'établissement désignera la direction financière ou toute autre direction en charge de la tenue de la liste mentionnée ci-dessus et sa mise à jour.

Toutefois, si les contraintes liées à la dématérialisation se révèlent trop importantes pour l'établissement, ce dernier peut constituer son dossier permanent à partir des documents papiers existants. Dans ce cas, il est peu opérant de photocopier les pièces existantes pour les centraliser dans un dossier permanent unique. La gestion décentralisée, décrite au § ci-dessus, apparaît plus rationnelle lorsque le dossier permanent ne peut être dématérialisé.

(Sur les différentes organisations en matière de suivi du dossier permanent, voir le diagramme en annexe 2 de la présente fiche)

Le dossier de contrôle interne comptable et financier

Définition

Le dossier de contrôle interne comptable et financier (ex dossier de révision) détaille l'ensemble des procédures appliquées et contrôles effectués par l'établissement (ordonnateur et comptable) au cours d'un exercice comptable donné.

La constitution du dossier de contrôle interne est donc indissociable de la mise en œuvre d'un plan de contrôle interne (PCI ou PDCI). Elle répond en effet au double impératif de documentation et de traçabilité du contrôle interne.

Enjeux

Le dossier de contrôle interne est un dossier annuel (renouvellement chaque année), à l'inverse du dossier permanent qui constitue une base de données pérenne afin de justifier d'une part les écritures enregistrées en comptabilité et, d'autre part, d'apporter au certificateur une meilleure connaissance de l'entité auditée.

Il a pour finalité de réunir tous les éléments nécessaires au certificateur pour s'assurer qu'une démarche de contrôle interne comptable et financier existe, qu'elle est opérationnelle, et qu'elle répond à une stratégie validée par direction.

Le dossier de contrôle interne se distingue également du dossier de clôture en ce qu'il ne sert pas à justifier les soldes existants à la clôture de l'exercice.

En revanche, le dossier de contrôle interne doit permettre au certificateur :

- De s'assurer de l'existence d'un dispositif de maîtrise des risques ;
- De s'assurer que les contrôles organisés par l'entité couvrent les principaux risques ;
- De s'assurer de la réalité et de l'efficacité des contrôles effectués.

A défaut de pouvoir s'appuyer sur un dispositif de contrôle interne (CI) fiable, le certificateur mettra en œuvre l'ensemble des procédures d'audit lui permettant de recueillir des éléments probants sur le caractère certifiable des comptes de l'entité. Si ces procédures se révèlent, à leur tour, insuffisantes, le certificateur peut recourir à des procédures complémentaires, telles que l'examen des documents d'origine interne ou externe à même de lui permettre de vérifier les assertions formulées par l'établissement public de santé sur l'état de ses comptes.

Le dossier de contrôle interne matérialise la fiabilité du dispositif de CI mis en place. Un dossier bien documenté conditionnera de manière certaine l'étendue et la nature des contrôles effectués par le certificateur. En effet, l'approche de ce dernier est une approche par les risques.

Règle de constitution et contenu du dossier de contrôle interne comptable et financier

Les modalités de classement et d'archivage des documents liés au dispositif de CI, dans un dossier unique sont comparables pour l'ensemble des organismes publics déjà soumis à la certification comme peuvent l'être l'État, les différents organismes du régime général de sécurité sociale, les universités.

Le dossier de contrôle interne comptable et financier s'organise en deux sous-dossiers :

• **Le sous-dossier des éléments organisationnels :**

Il comprend les éléments organisationnels relatifs au dispositif de maîtrise des risques mis en place.

A ce titre il réunit principalement les pièces générales (par exemple : organigrammes fonctionnels, revues des habilitations, fiches de procédures, échelle de maturité des risques (EMR), plan d'action...).

Ces documents pourront, le cas échéant, faire l'objet d'une présentation par cycles d'activité.

• **Le sous-dossier des résultats des contrôles de l'année :**

- Les autocontrôles, les contrôles mutuels et les contrôles de supervision intégrés ou a posteriori réalisés par l'ordonnateur et/ou le comptable → L'ordonnateur et le comptable devront être en mesure d'indiquer au certificateur comment sont formalisés et tracés ces contrôles et où les consulter ;
- Les résultats des analyses de processus et les indicateurs de qualité des comptes (par exemple : IQCL/CCA) ;
- Les résultats des missions intermédiaires du certificateur ;
- le diagnostic de l'inventaire.

Il est recommandé de tenir le dossier de contrôle interne sous forme dématérialisée et dans la mesure du possible, sur un serveur de l'EPS commun à l'ordonnateur et au comptable (avec le cas échéant des accès sécurisés). Le dossier pourra être découpé en 2 parties : une pour l'ordonnateur, une autre pour le comptable, chacune de ces parties étant organisée comme décrit supra.

Figure en annexe 3 une proposition de maquette du dossier de contrôle interne comptable et financier.

Le dossier de clôture

Définition

Le dossier de clôture a pour finalité de justifier les montants des comptes présents aux états financiers de clôture pour un exercice comptable donné.

Le dossier de clôture est un support de l'audit interne et externe (certificateur). Il apporte à l'auditeur l'ensemble de l'information comptable utile à la réalisation des missions d'audit finales.

Enjeux

La finalité d'un dossier de clôture est de réunir en un seul endroit tous les éléments nécessaires au certificateur pour s'assurer que les comptes sont fiables et sincères et que l'ensemble des opérations d'inventaire sont enregistrées.

- Il aura besoin de connaître ses interlocuteurs pour répondre à ses questions sur la régularité et la justification de chaque opération sélectionnée ;
- Il débutera ses travaux d'audit avant la clôture des comptes, notamment sur les cycles au 31/12/N (trésorerie, dette...);
- Il devra disposer d'une balance « définitive », c'est-à-dire complète et arrêtée à la date du 31 décembre N, pour finaliser son analyse des comptes ;
- Il lui faudra s'assurer que les opérations non débouclées sont comptabilisées au bilan et au compte de résultat par le biais des opérations de fin d'exercice et qu'elles sont parfaitement justifiées d'un point de vue règlementaire.

Lors de l'entrée dans le dispositif de certification des comptes, le certificateur examine le bilan d'ouverture de l'EPS (exercice N). Pour ce faire, il demande à consulter le dossier de clôture de l'exercice N-1. Ce dossier de clôture permet de justifier le bilan d'ouverture de l'exercice N.

Les établissements publics de santé veilleront à mettre à disposition du certificateur le dossier de clôture dès l'exercice N-1. Ces travaux doivent permettre à l'EPS de réunir les pièces justifiant les soldes des comptes au 31/12/N-1 et d'en disposer en amont de la venue du certificateur.

Organisation et contenu

Le dossier de clôture reprend l'ordre du bilan et du compte de résultat. Il pourra aussi, le cas échéant, être présenté par cycles.

Ce dossier ne doit pas consister en une duplication des pièces portées au compte financier avant transmission à la chambre régionale des comptes (mandats de paiement, titres de recettes, pièces justificatives des opérations), sauf pour les opérations de correction ou de régularisation (cf. infra).

Dans la mesure où les pièces qui seront remises au certificateur existent en format dématérialisé (Excel, CSV, pdf...), elles pourront être remises en l'état. Il conviendra de constituer un dossier dématérialisé organisé comme indiqué ci-dessous. Les autres pièces seront fournies sous format papier.

Le dossier de clôture indiquera la localisation de différentes pièces pour leur consultation, ainsi que la liste des services responsables par compte.

Avant transmission du compte de gestion à la chambre régionale des comptes, le comptable s'assurera que les pièces nécessaires à la certification pourront être mises à disposition du certificateur.

Le dossier de clôture est pour sa constitution assigné principalement au comptable. Il est établi en relation avec l'ordonnateur.

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

Le dossier de clôture est composé de trois parties.

- **L'organisation** : ce sous-dossier réunit les données relatives à l'organisation des services ordonnateur et comptable et comprend principalement :
 - une liste par compte ou poste de bilan et du compte de résultat, des personnes et / ou des services responsables (ordonnateur et comptable) indiquant leurs coordonnées précises et actualisées (localisation, adresse mail, téléphone),
- **La revue analytique des soldes** : ce sous-dossier regroupe les dossiers par thèmes majeurs et présente les principales variations de l'année. La revue analytique permet de comprendre les principales fluctuations et fournit des éléments d'explication sur les évolutions les plus significatives. La présentation peut se faire par grands cycles.
- **La justification des soldes apparaissant à la balance des comptes au 31/12/N** : ce sous-dossier permet d'expliquer et de justifier les soldes des divers comptes retraçant les opérations non débloquées à la date du 31/12/N. Il peut être présenté par cycles d'activité. Il comporte notamment la balance « définitive » intégrant les opérations de fin d'exercice et arrêtée au 31/12/N.

Au sein du sous-dossier « justification des soldes au 31/12/N » figureront également :

- les états justifiant les soldes au 31/12/N (par exemple : états de développement des soldes, les états de restes à payer et les états de restes à recouvrer arrêtés à la date comptable du 31/12/N), le tableau de réconciliation de l'inventaire, de l'actif et de l'état de l'actif ; le cas échéant, le tableau de réconciliation des dettes et créances avec les entités partenaires de l'établissement public de santé (par exemple : le tableau de réconciliation des dettes et créances avec l'assurance maladie),
- les justificatifs de toutes les opérations de correction et régularisation.

Il convient de s'assurer que les pièces justifiant les opérations sur comptes de tiers non débloquées pourront être remises au certificateur avant l'envoi du compte financier sur pièces à la chambre régionale des comptes.

Le certificateur sera amené à consulter les pièces (mandats de paiement, titres de recettes, pièces justificatives des opérations) permettant d'apporter des éléments sur les soldes du compte de résultat (par exemple : achats, dotations aux amortissements et aux provisions, masse salariale).

Le sous-dossier relatif aux opérations de correction et régularisation est un dossier pluri - annuel. L'ordonnateur et le comptable veilleront à le constituer conjointement. Ce sous-dossier est détenu par le comptable.

Les pièces justificatives des opérations de régularisation sont constituées :

- De la décision du directeur autorisant le comptable à comptabiliser ces écritures,
- D'un état détaillant la situation comptable avant comptabilisation des écritures de corrections d'erreur,
- D'un état détaillant la situation comptable à l'issue de la comptabilisation des écritures de correction d'erreur,
- D'un état détaillant l'impact des corrections d'erreur et les justifiant,

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

- Du journal comptable récapitulant les écritures de corrections d'erreur (par exemple : journal des opérations diverses issu de l'application Hélios).

Figure en annexe 4 une proposition de maquette du dossier de clôture.

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

Synthèse : Récapitulatif des différents dossiers sur lesquels s'appuiera le certificateur

	<i>Dossier permanent</i>	<i>Dossier de contrôle interne</i>	<i>Dossier de clôture</i>
Présentation et classement	Par nature d'actes juridiques	Par nature de contrôle effectué et par cycle	Par poste de bilan et du compte de résultat
Constitution et MAJ	Au fil de l'eau. Caractère pluriannuel	Au fil de l'eau. Caractère annuel (le dossier de contrôle interne est constitué pour un exercice donné)	Caractère annuel
Enjeux	Conserver l'ensemble des informations et actes attestant de la situation juridique d'un établissement et de l'évolution de celui-ci	Recenser l'ensemble des contrôles effectués sur un exercice donné	Justifier les montants présents au bilan à la clôture de l'exercice
Utilité pour le certificateur	Faciliter sa prise de contact et sa connaissance de l'environnement de l'entité	Adapter son plan d'audit en fonction du diagnostic porté sur le dispositif de CI de l'établissement.	Constituer un support d'audit

Annexe 1

Maquette du dossier permanent

(à titre indicatif)

Dossier permanent V2.doc

Dossier permanent général- Éléments organisationnels
1 - Données sur l'établissement et son environnement
Rapport d'activité Historique de l'entité Activités et faits marquants Données clés : accès à la plateforme SNATIH Projet médical, projet d'établissement, projet social CPOM et /ou Contrat de performance Typologie de la patientèle (aide médicale.) Typologie des partenaires et partenaires principaux (les plus significatifs dans l'exercice des activités) Conventions de coopération : GCS, CHT ... Liste des implantations géographiques + plans Organigramme général Description des postes administratifs et principaux interlocuteurs (chez l'ordonnateur et le comptable) : liste des interlocuteurs par direction fonctionnelle Fonctions externalisées significatives (blanchisserie, paie...°) Convention de service comptable et financier Rapport de la commission d'activité libérale Rapports de mission d'inspection (IGAS, nucléaire...) Rapport et jugement de la CRC Rapport d'audit (accompagnement lié à la préparation de la certification) Rapport des CAC Rapports des évaluations externes des structures médico-sociales rattachées à l'entité juridique Certification HAS Certification ISO
2 - Données juridiques
Statuts (règlement intérieur, contrats de pôle,..) Actes de délégation de signature Actes désignant les organes de gouvernance Agenda des réunions du conseil de surveillance et du directoire Actes désignant les instances consultatives Liste des titres de propriété, baux Contrats d'assurance (locaux, responsabilité civile.)

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

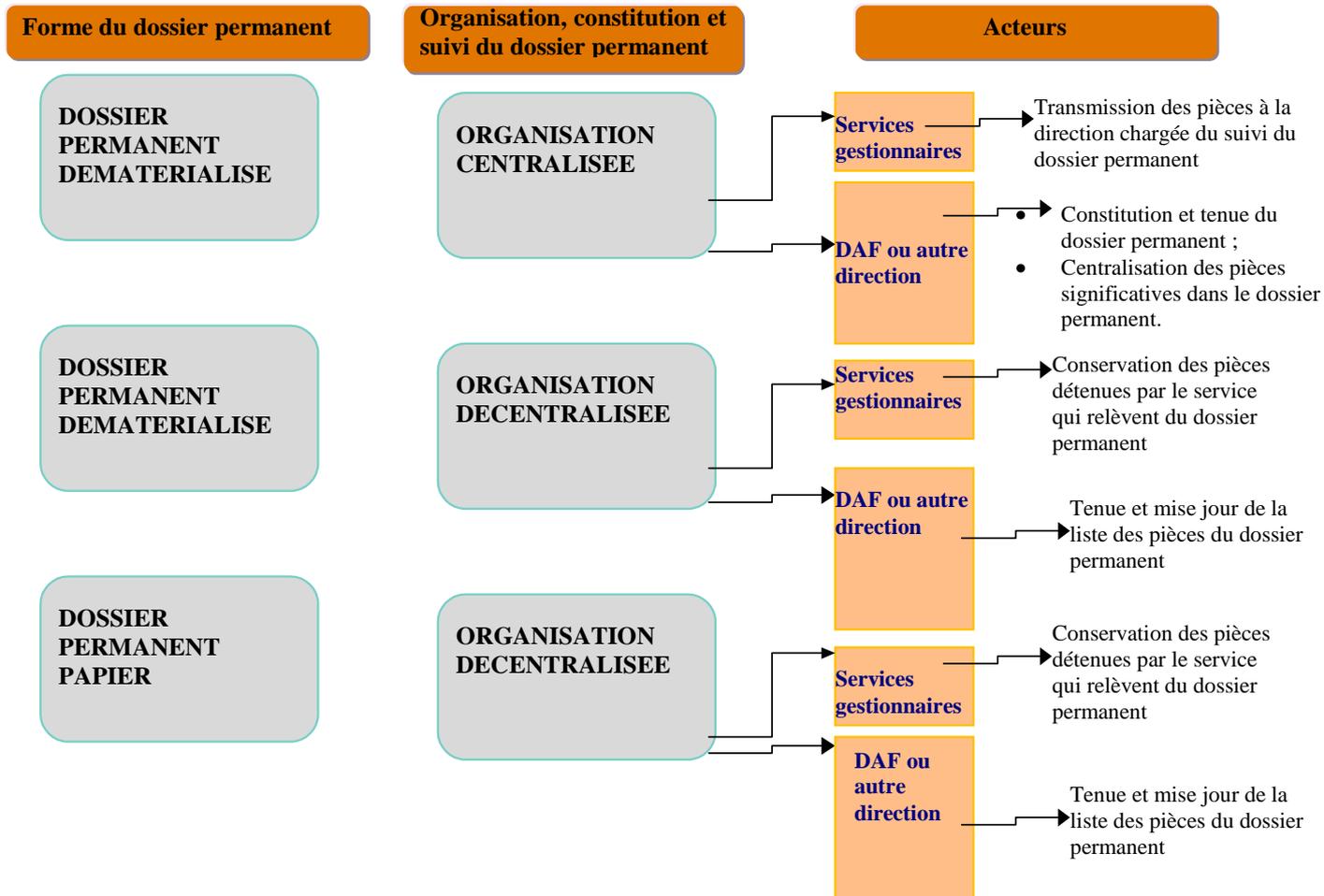
Liste des marchés conclus au cours des 3 derniers exercices et de leurs attributaires
3 - Données fiscales
Etat des obligations fiscales : régime, taxes, cotisations Rapports d'intervenants extérieurs le cas échéant (dont contrôles fiscaux)
4 - Données sociales
Documents liés à la représentation du personnel (composition CME, CTE, ..) [Statuts des personnels : documentation mise à disposition nationalement) Bilan social Tableau des emplois (TPER)- Renvoyer par lien à l'EPRD Dispositions particulières : intéressement, 35h, CET, congés bonifiés, mutuelle, régime de retraite, Alsace/Moselle, etc.... Conventions CNAVTS, Pôle emploi, CGOS, ANFH.... Rapports d'intervenants extérieurs le cas échéant
5 - Données budgétaires et comptables
Comptes financiers des 3 derniers exercices PGFP et ses hypothèses de construction EPRD (dont le tableau des effectifs) CREF, le cas échéant Analyses financières (analyses produites par le comptable) Rapports d'intervenants extérieurs le cas échéant Liste des régies Rapport financier (ex rapport de gestion)
6 – Présentation du système d'information
Schéma directeur des SI ou cartographie des applications Architecture des SI Guides et chartes utilisateurs du système d'information Rapports d'intervenants extérieurs le cas échéant
7 - Organisation de la fonction de contrôle interne au sein de l'établissement (Prévoir un renvoi au dossier de contrôle interne)
Organigramme fonctionnel Guide du contrôle interne Existence de comité d'audit /ou des risques

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

NOTA BENE : La présentation des documents par cycle est effectuée dans le dossier de contrôle interne, y compris pour certains éléments permanents (par exemple : descriptif du contrôle interne de la fonction informatique)

Annexe 2 :

Les différentes organisations en matière de suivi du dossier permanent



Annexe 3 :

Maquette du dossier contrôle interne comptable et financier

Dossier de contrôle interne comptable et financier- Dispositif de Maitrise des risques

Organigramme fonctionnel : tache, titulaire, suppléant, délégation, application ; habilitations, contrôles internes

Et /Ou Grille de séparation des fonctions ; taches et fonctions

Habilitations informatiques

Plan d'action/plan de contrôle

Fiches de procédures

Cartographie des risques – Référentiels de contrôle interne (RCI)

Eléments d'architecture du système d'information.

Compte-rendu des comités des risques, le cas échéant

Echelle de maturité de la gestion des risques (EMR)

Le cas échéant, ces documents pourront être présentés par cycles d'activité :

- Immobilisations
- Capitaux propres
- Endettement et trésorerie
- Stocks
- Achats
- Recettes
- Fonds déposés
- Personnel

NB : L'établissement pourra adapter le cas échéant cette architecture

Dossier de Contrôle interne – Résultat des contrôles de l'année (indiquer le chemin en précisant le contenu et les résultats)

Autocontrôles, contrôles mutuels, contrôles de supervision intégrés ou à posteriori

Résultat des missions intermédiaires

Diagnostic de l'inventaire

Pour le comptable notamment : contrôles comptables automatisés (CCA) Hélios et corrections, Indice de qualité des comptes locaux (IQCL), plan de contrôle du comptable

NB : Les résultats des contrôles pourront être enregistrés dans un dossier dématérialisé classé par cycles ou l'établissement pourra indiquer où trouver les résultats des contrôles si l'organisation retenue est décentralisée (direction, service, personne référente).

*_Les cycles correspondent à ceux définis par les cartographies et les référentiels de contrôle interne applicable aux EPS

Annexe 4 :

Maquette du dossier de clôture

Liste indicative

Documentation des comptes annuels

Dossier de clôture- Présentation générale
1 – Organisation
Liste des services responsables par compte (ordonnateur et comptable)
2- Revue analytique
<p><i>Ces éléments peuvent être fournis dans le cadre de la revue analytique réalisée par l'ordonnateur et le comptable. Ils doivent permettre de justifier les principales variations de soldes (en montant et % d'évolution) :</i></p> <ul style="list-style-type: none">- Immobilisations : ajustement de l'inventaire et de la comptabilité générale – opérations de cessions/ acquisitions/ intégrations - amortissements – dépréciations- Intégration/ Fusions / transfert d'activités- Stocks : Variation de l'année- Provisions : dossier justificatif pour chaque provision : dotations et reprises, méthodologies de calcul- Dette financière : Nouveaux emprunts/ renégociation d'emprunts / ICNE- Les opérations de fin d'exercice : CAP/PAR-CCA/PCA- Engagements hors bilan
3 – Justification des comptes au 31/12/N <u>(cette partie pourra être présentée par cycles le cas échéant)</u>

ANNEXE 1 : Fiche DGOS/DGFIP n°8 « La venue du certificateur »

- **Balance générale des comptes arrêtée au 31/12/N**
- **Justification des soldes au 31/12/N :**
 - Etats de développement de soldes,
 - Etat des restes à payer,
 - Etat des restes à recouvrer
 - Etat de réconciliation des dettes et des créances avec l'assurance maladie, le cas échéant
 - Pièces justificatives des opérations non débouclées
 - Charges à payer / Produits à recevoir
 - Charges constatées d'avance / Produits constatés d'avance
 - Etat de la dette
 - Livre auxiliaire des comptes de tiers et financiers

Le certificateur sera amené à consulter les pièces (mandats de paiement, titres de recettes, pièces justificatives des opérations) permettant d'apporter des éléments sur les soldes du compte de résultat (par exemple : achats, dotations aux amortissements et aux provisions, masse salariale).

Justification de toutes les écritures correctrices et de régularisation :

- Décision du directeur autorisant le comptable à comptabiliser les écritures
- situation comptable avant et après comptabilisation des écritures de corrections d'erreur
- impact des corrections d'erreur et justification
- journal comptable retraçant les écritures de correction

NB : le certificateur est susceptible de demander des documents complémentaires notamment dans le cadre de ses travaux portant sur la constitution du bilan d'ouverture.

ANNEXE 2 : Liste des documents attendus a minima dans un dossier de contrôle interne

LISTE DES DOCUMENTS ATTENDUS A MINIMA DANS UN DOSSIER DE CONTRÔLE INTERNE

Document / pièce
Organisation
Organigramme du Bureau des Entrées
Organigramme du Département d'Information Médicale
Organigramme du service Facturation
Organigramme de la Trésorerie
Organigramme du service Contentieux
Organigramme de la Direction des Systèmes d'Informations
Organigramme de la Pharmacie
Organigramme de la Direction des Affaires Financières
Rapports de contrôle
Rapport d'opinion sur les comptes annuels du commissaire aux comptes des 3 derniers exercices
Restitution du contrôle interne du commissaire aux comptes des 3 derniers exercices
Restitution sur les contrôles finaux du commissaire aux comptes des 3 derniers exercices
Résultats des contrôles CPAM des trois derniers exercices et les risques économiques liés
Dernier rapport de contrôle de la Chambre Régionale des Comptes
Procédures internes formalisées et à jour, et cartographies des risques concernant les sous-processus suivants :
- Pré-admission / admission du patient
- Admission aux urgences
- Ouverture des droits du patient (droits sécurité sociale, mutuelle)
- Recueil de l'information médicale
- Plan d'assurance qualité du DIM
- Traçabilité des MO DMI
- Emissions des titres
- Recouvrement Contentieux
Méthodologie de calcul
Méthode de valorisation des séjours à cheval
Méthode de dépréciation des créances
Systèmes d'informations
Cartographie applicative du système d'information d'information avec détail des interfaces (nature des flux, fréquence) du processus Recettes
Descriptif des interfaces (yc contrôles)
Liste des profils applicatifs (y compris d'administration)
Matrice de séparation des tâches / liste des profils incompatibles
Liste des requêtes informatiques de contrôle de la facturation, en précisant : Qui extrait ? A quelle fréquence ? Dans quel but ?

ANNEXE 3 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 1 (assurance maladie)

<i>FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 1</i>	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 1 sur 4

Mots-clés :

<i>Facturation, hospitalisations, titre 1</i>

	Nom	Fonction	Date	Signature
<u>Rédaction</u>				
<u>Validation</u>				
<u>Approbation</u>				

Destinataires :

Services de soins	Services médico-techniques	Services administratifs	Services techniques
✓	✓	✓	

FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 1	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 2 sur 4

1- OBJECTIFS

Définir le circuit des flux économiques de la facturation des hospitalisations en titre 1.

2- DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure est applicable quotidiennement pour des patients hospitalisés, admis en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).

3- REFERENCES

Références législatives, réglementaires et normatives

Code de la sécurité sociale :

Article R 166-3 : nécessité d'informer le service médical en cas de transfert en SSR.

Lettre ministérielle du 23 juillet 2004 au directeur de le CNAMTS qui suspend l'accord préalable en cas d'admission en SSR.

Articles 54 et 33 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, pour les établissements MCO tarifés à l'activité.

**Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
version 15/09/09**

4- DESCRIPTION DU PROCESSUS

Définitions :

La facturation en titre 1 recouvre l'ensemble des produits hospitaliers pris en charge par l'Assurance Maladie.

Séjours hospitaliers:

Personne admise et soignée dans un service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO).
L'hospitalisation peut être:

- soit programmée
- soit par les urgences

FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 1	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 3 sur 4

Facturation Titre 1 :

Les recettes de titre 1 des activités de MCO sont intégrées dans une démarche de tarification à l'activité.

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) permet de procéder à l'évaluation de l'activité de soin en classant les séjours des patients au sein d'un GHM (Groupe Homogène de Malade).

Chaque GHM est associé à son équivalent financier le GHS (Groupe Homogène de Séjour). Le GHS est le tarif applicable à un GHM donné : à chaque type de séjour correspond un et un seul GHS.

Si le patient est assuré social, la Sécurité Sociale prend en charge une quote part du GHS.

Le « ticket modérateur » reste à la charge :

- soit du patient
- soit sa mutuelle
- soit CMU complémentaire

Dans certains cas le patient est pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie :

- accident du travail
- Affection Longue Durée (ALD)
- enfant prématuré
- enfant hospitalisé dans son 1^{er} mois de naissance
- maternité à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse
- IVG
- blessé de guerre (article L.115)
- Invalidité
- AME

À partir du 31^{ème} jour d'hospitalisation, le séjour est pris en charge à 100 % par la Sécurité Sociale quelle que soit la durée du séjour (séjour continu).

ALD : Affection Longue Durée

AME : Aide Médicale d'Etat

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

BE : Bureau des Entrées

DAF : Direction Administrative et Financière

DATIM : Dépistage des Atypies de l'Information Médicale

DIM : Département de l'Information Médicale

GHM: Groupe Homogène de Malade

GHS : Groupe Homogène de Séjour

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

TM : Ticket Modérateur

RSA : Résumé de Sortie Anonyme

<i>FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 1</i>	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 4 sur 4

Voir la description du processus dans le Logigramme Hospitalisations en Titre 1

5- MODE D'EVALUATION

Cette procédure est revue annuellement et actualisée immédiatement selon la publication de nouveaux textes réglementaires l'impactant, les évolutions de méthodologie et/ou les changements de logiciels.

Cette revue est réalisée par le comité de rédaction et entérinée en COPIL d'évaluation des procédures.

6- MODE DE DIFFUSION

Cette procédure est accessible à tous les agents de la D.A.F, du BE et du DIM, et à cet effet elle est enregistrée sur le lecteur commun P.

7- DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce paragraphe reprend l'ensemble des documents auxquels la procédure renvoie.

Référence	Intitulé
Annexe 1	Logigramme de la procédure « Facturation des hospitalisations en titre 1 »
Annexe 2	Points de contrôles de la procédure « Facturation des hospitalisations en titre 1
Annexe 3	Traitement du codage dans les différents services

ANNEXE 3 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 1 (assurance maladie)

Annexe 1 : logigramme de la procédure "Facturation des hospitalisations en Titre 1"

	Acteurs	Bureau des Entrées	Service de soins	Pharmacie	DIM	DAF	Trésorerie
Admission	<p>Le patient se présente au BE attaché au service de soins.</p> <p>Si le patient arrive à la maternité pendant les heures de fermeture du BE, les infirmières récupèrent les plaques et les font au BE de Victor Provo pour que celui-ci couvre le dossier dans Clinicom.</p> <p>Création ou reprise du n° IPP et création d'un numéro de dossier (n° de séjour du patient dans l'hôpital).</p> <p>L'ouverture d'un dossier dans Clinicom ouvre automatiquement un dossier dans Cora.</p> <p>Il existe une procédure d'identité vigilance.</p>	<p>Arrivée du patient</p> <p>Questionnaire d'accueil</p> <p>OUVERTURE DU DOSSIER CLINICOM Création PP+ Création IEP Saisie des données de la admission, UF Médicale, Nom du médecin, Heure et date d'entrée)</p> <p>Questionnaire d'entretien</p> <p>Planche d'étiquettes</p> <p>Fax au BE VP</p>	<p>Arrivée du patient pendant la fermeture du BE de la maternité</p> <p>Questionnaire d'entretien</p> <p>Planche d'étiquettes</p>				
Ouverture des droits	<p>Si la couverture sociale est absente ou incomplète, il existe une procédure spéciale en lien avec le service sociale de l'établissement.</p> <p>Les bons AID doivent être complétés par le médecin qui doit déterminer si le séjour est en lien ou non avec l'AID (prise en charge alors de 100%). Le BE attend au maximum la réponse du médecin, en l'absence de réponse, il est décidé de lier l'AID avec le séjour. Le délai de facturation en hospitalisation est de 21 jours.</p> <p>4 axes est une plateforme informatique centralisant les demandes de prises en charges aux mutuelles qui accélère le délai de réponse.</p>	<p>Contrôle des droits sécurité sociale</p> <p>Couverture sociale complète</p> <p>Existence d'une mutuelle</p> <p>Demande de PEC sur axes</p> <p>Complexité des données administratives</p> <p>AID 100%</p> <p>Mise à jour Cora</p> <p>Si praticien patient couverture absente ou incomplète</p> <p>Bon AID à compléter</p> <p>Réponse du médecin</p> <p>Oui</p> <p>Non</p>					
Codage	<p>Les logiciels Clinicom et Cora sont interfacés</p> <p>Les actes peuvent être saisis directement dans Cora, dans Clinicom ou des logiciels métiers. Avec les interfaces, tous les actes doivent se retrouver dans Cora.</p> <p>L'établissement a mis en place 3 modes de codage</p> <ul style="list-style-type: none"> - codage centralisé effectué par les TIM - codage décentralisé effectué dans les services par les médecins responsables - codage décentralisé effectué dans les services par des aides à la valorisation de l'activité (formés et fédérés à cette activité) <p>-> tous les codages doivent faire l'objet d'une supervision (codage direct ou contrôle) par un sachant DIM/TIM</p> <p>L'organisation de chaque service est détaillée en annexe 3</p>	<p>Réalisation de l'acte</p> <p>Saisie Clinicom</p> <p>Saisie Cora</p> <p>Saisie logiciels métiers</p> <p>Codage dans Cora par les aides à la valorisation</p> <p>Codage dans Cora par les médecins responsables</p> <p>Verification complète du codage</p> <p>Codage dans Cora par les TIM</p>					

ANNEXE 3 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 1 (assurance maladie)

Annexe 2 : points de contrôle de la procédure "Facturation des hospitalisations en Titre 1"

-  **Contrôle 1 :** Existence de questionnaires d'accueil pour assurer l'exhaustivité des demandes de pièces administratives
-  **Contrôle 2 :** Les droits de sécurité sociale sont vérifiés avec les lecteurs de carte vitale et l'outil CDR
-  **Contrôle 3 :** Les codages effectués par les médecins responsables sont tous vérifiés par le DIM
-  **Contrôle 4 :** Le DIM effectue un ensemble de contrôles qualités ciblés, basés sur des règles expertes, afin d'améliorer la qualité de l'ensemble des informations médicales et administratives produites.
Les règles de contrôle qualité sont paramétrées dans Cora. Elles permettent la constitution d'échantillons de séjours pertinents
-  **Contrôle 5 :** retour des logs d'erreur à la DAF après l'envoi sur la plateforme e PMSI
La DAF régularise les 3 types d'erreur potentielles avec le DIM ou le BE : problème de chaînage, erreurs bloquantes, dossiers non facturable
-  **Contrôle 6 :** Après intégration du fichier e PMSI dans PMSI Pilot et e-CTI, un rapprochement est effectué entre les 3 bases pour s'assurer de la cohérence des données
-  **Contrôle 7 :** Les tableaux de bord permettent de suivre l'évolution des recettes pour repérer d'éventuels retards de codage, des sur ou sous évaluations.
Le DIM aide les finances pour la génération d'indicateurs fiables et pertinents.
Le DIM utilise également un logiciel spécifique, e-CTI, pour une analyse plus poussée de l'activité
-  **Contrôle 8 :** A partir des données PMSI, la DAF réalise un tableau comparatif des recettes entre le prévisionnel et le réalisé, mois par mois. Ces recettes sont en vision assurance maladie
La DAF (contrôle de gestion) réalise aussi un tableau d'activité en vision 100% T2A par grand item de recettes et par service
-  **Contrôle 9 :** un rapprochement est effectué entre l'arrêté de l'ARS et la plateforme e PMSI
un tableau reprend les données PMSI avec celles des arrêtés ARS plusieurs fois par an et en fin d'année au global
-  **Contrôle 10 :** la Trésorerie rapproche la somme encaissée, l'arrêté de l'ARS et le titre de recette émis par l'ordonnateur
-  **Contrôle 11 :** En fin d'année, la DAF et la Trésorerie réalisent un rapprochement Hélios / clinicom sur les comptes de la classe 7

ANNEXE 3 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 1 (assurance maladie)

Annexe 3 : traitement du codage dans les différents services

Organisation du codage pour l'année 2015		
CODAGE CENTRALISE (au DIM, par les techniciens d'information médicale)	CODAGE DECENTRALISE (dans les services cliniques, par les médecins responsables des patients)	CODAGE DECENTRALISE et PROFESSIONNALISE (dans les services cliniques, par des aides à la valorisation, formées et dédiées au codage)
Unités médicales	Unités médicales	Unités médicales
384	311	1450
394	703	1453
1123	1163	1460
1124	1703	1463
1133	2033	2020
1193	2034	2023
1223	3003	3033
1224	3013	3043
1430	3020	3073
1433	3023	4030
1434	3024	4033
1454	3223	
1464	3232	
1583	3233	
1584	3234	
1593	3243	
2013	3253	
2014	3254	
2024	3263	
2041	3523	
2044	3524	
2045	3603	
2050	4184	
2124	4194	
3004	5033	
3034	5034	
3074	5053	
4023	5054	
4024	5073	
4034	5083	
4043	6003	
5003	6013	
5013	6014	
5014	6043	
5020	6044	
5023	8163	
5024	8173	
5043		
5044		
5143		
7900		
7904		
9773		
9774		
9793		

ANNEXE 4 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 2 (ticket modérateur)

<i>FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 2</i>	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 1 sur 4

Mots-clés :

<i>Facturation, hospitalisations, titre 2</i>

	Nom	Fonction	Date	Signature
<u>Rédaction</u>				
<u>Validation</u>				
<u>Approbation</u>				

Destinataires :

Services de soins	Services médico-techniques	Services administratifs	Services techniques
✓		✓	

FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 2	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 2 sur 4

1- OBJECTIFS

Définir le circuit des flux économiques de la facturation des hospitalisations en titre 2 :

- tarifs journaliers de prestations
- ticket modérateur
- forfaits journaliers
- ticket modérateur forfaitaire sur actes exonérant

2- DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure est applicable quotidiennement pour des patients hospitalisés, admis en Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et de Soins de Suites et de Réadaptation (SSR).

3- REFERENCES

Références législatives, réglementaires et normatives

Code de la Sécurité Sociale :

Article R 166-3 : nécessité d'informer le service médical en cas de transfert en SSR.

Lettre ministérielle du 23 juillet 2004 au directeur de le CNAMTS qui suspend l'accord préalable en cas d'admission en SSR.

Articles 54 et 33 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2004, pour les établissements MCO tarifés à l'activité.

**Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
version 15/09/09**

FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 2	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 3 sur 4

4- DESCRIPTION DU PROCESSUS

La facturation en titre 2 recouvre l'ensemble des produits hospitaliers non pris en charge par l'Assurance Maladie.

Séjours hospitaliers:

Personne admise et soignée dans un service de Médecine Chirurgie Obstétrique (MCO) et/ou dans un service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). L'hospitalisation peut être:

- soit programmée
- soit par les urgences

-Tarifs journaliers de prestations (TJP)

Le tarif journalier de prestations est fixé annuellement par arrêté du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

-Forfait journalier

Le forfait journalier, fixé à 18 € par l'arrêté ministériel du 1er janvier 2010 correspond aux dépenses hôtelières, il est dû pour chaque journée d'hospitalisation y compris le jour de sortie.

-Ticket modérateur

Le ticket modérateur est la fraction des frais de séjours non prise en charge par l'Assurance Maladie. Il est plafonné à 20 % du tarif journalier de prestations.

Ticket Modérateur = (Tarif Journalier X 20 %) X (nombre de jours - 1) + Forfait journalier

-Ticket modérateur hôpital de jour (HDJ)

Ticket Modérateur = (Tarif Journalier X 20 %) + Forfait Journalier

-Ticket modérateur forfaitaire sur les actes exonérants

Il correspond à la participation forfaitaire de l'assuré pour tout acte supérieur à 120 €

-Forfait Journalier pour les séjours supérieurs à 30 jours

A partir du 31ème jour le ticket modérateur n'est plus facturable, seul reste à charge du patient le forfait journalier multiplié par le nombre jours.

ANNEXE 4 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 2 (ticket modérateur)

<i>FACTURATION DES HOSPITALISATIONS EN TITRE 2</i>	Réf. :
	Application : 01/01/15
	Version : 1
	Page 4 sur 4

ALD : Affection Longue Durée

BE : Bureau des Entrées

BSI : Bureau du Service Informatique

DAF : Direction Administrative et Financière

DIM : Département de l'Information Médicale

TM : Ticket Modérateur

Voir la description du processus dans le logigramme des Hospitalisations en Titre 2

5- MODE D'EVALUATION

Cette procédure est revue annuellement et actualisée immédiatement selon la publication de nouveaux textes réglementaires l'impactant, les évolutions de méthodologie et/ou les changements de logiciels.

Cette revue est réalisée par le comité de rédaction et entérinée en COPIL d'évaluation des procédures.

6- MODE DE DIFFUSION

Cette procédure est accessible à tous les agents de la D.A.F et du BE, et à cet effet elle est enregistrée sur le lecteur commun P.

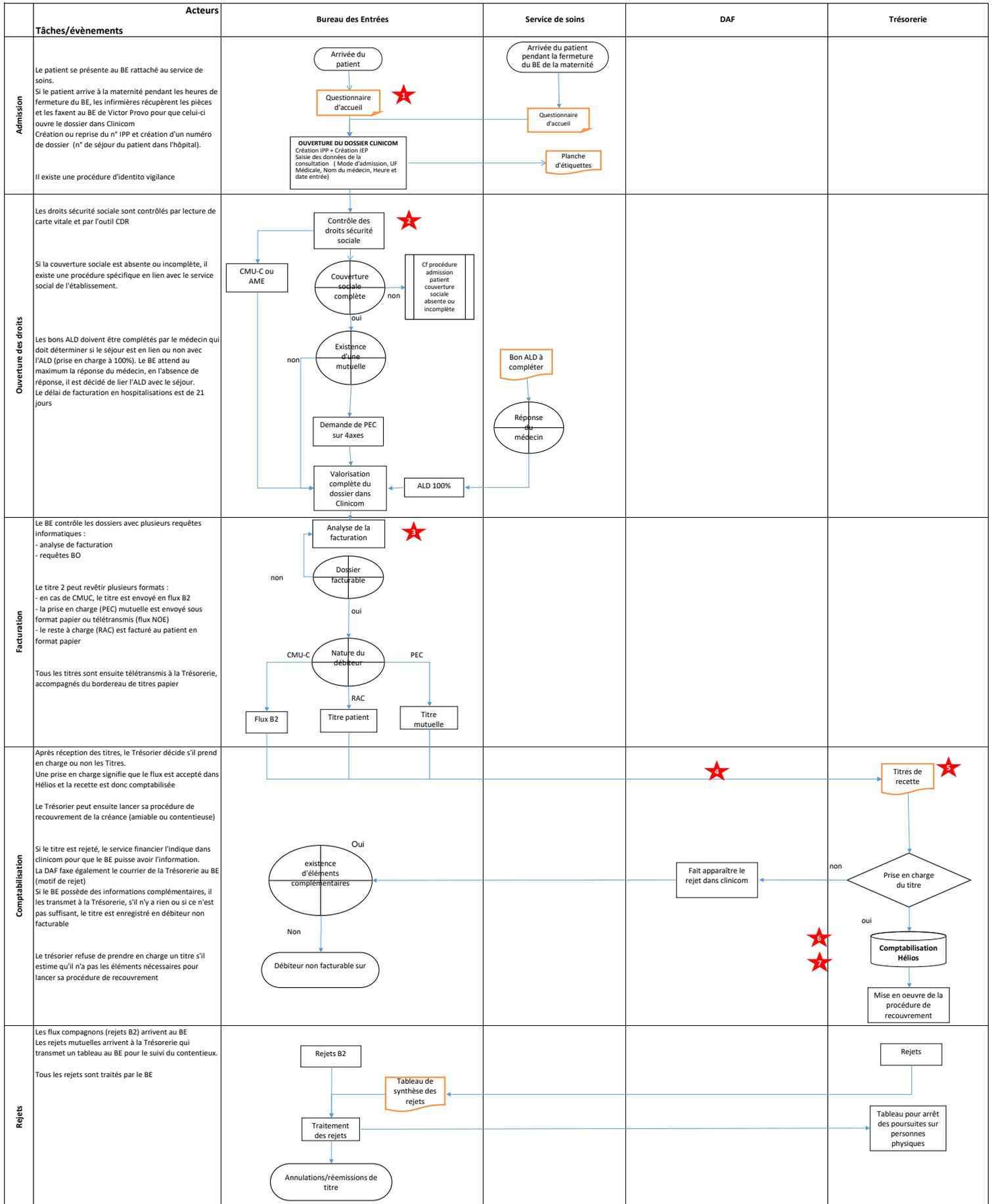
7- DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce paragraphe reprend l'ensemble des documents auxquels la procédure renvoie.

Référence	Intitulé
Annexe 1	Logigramme de la procédure « Facturation des hospitalisations en titre 2 »
Annexe 2	Points de contrôles de la procédure « Facturation des hospitalisations en titre 2 »

ANNEXE 4 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 2 (ticket modérateur)

Annexe 1 : logigramme de la procédure "Facturation des hospitalisations en titre 2"



ANNEXE 4 : Exemple de procédure d'hospitalisation Titre 2 (ticket modérateur)

Annexe 2 : points de contrôle de la procédure "Facturation des hospitalisations en titre 2"

-  **Contrôle 1 :** Existence de questionnaires d'accueil pour assurer l'exhaustivité des demandes de pièces administratives
-  **Contrôle 2 :** Les droits de sécurité sociale sont vérifiés avec les lecteurs de carte vitale et l'outil CDR
-  **Contrôle 3 :** Des requêtes informatiques sont lancées sur les dossiers avant la facturation :
 - analyse de facturation
 - requête BOTous les dossiers en anomalie sont traités par le BE, les dossiers sans anomalie sont facturés automatiquement
-  **Contrôle 4 :** Identification et contrôle des titres sur les personnes physiques supérieurs à 1 000 €, par la DAF et le BE
-  **Contrôle 5 :** à la réception des titres, la Trésorerie rapproche le montant du flux informatique avec le montant du titre papier avant toute prise en charge
-  **Contrôle 6 :** Requêtes BO tous les mois effectuées par la DAF pour identifier :
 - les retards de facturation
 - l'efficacité des régies
 - les contentieux
-  **Contrôle 7 :** En fin d'année, la DAF et la Trésorerie réalisent un rapprochement Hélios / clinicom sur les comptes de la classe 7

ANNEXE 5 : Exemple de fiche d'autocontrôle d'accueil pour un séjour d'hospitalisation

Exemple de fiche d'autocontrôle d'accueil pour un séjour d'hospitalisation

Patient :
N° IPP :
N° Dossier :

Points de contrôle de l'étape « Pré Admission / Admission »	FAIT (Mettre une croix)
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer la pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour...) <ul style="list-style-type: none"> ○ rappeler que l'identité est nécessaire pour garantir la sécurité des soins ○ rechercher le patient dans le logiciel (nom, prénom, date de naissance, sexe) ○ sélectionner le patient s'il existe ou le créer dans le logiciel 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer l'adresse <ul style="list-style-type: none"> ○ saisir ou corriger l'adresse dans le logiciel 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer le numéro de téléphone et l'adresse mail personnel <ul style="list-style-type: none"> ○ saisir ou corriger le numéro dans le logiciel 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer la carte vitale ou attestation de sécurité sociale <ul style="list-style-type: none"> ○ Lire la carte vitale et intégrer les données ○ Consulter l'outil CDR ○ Saisir les informations dans le logiciel 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer si le patient bénéficie d'une prise en charge en accident du travail ou maladie professionnelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Récupérer le formulaire Cerfa ○ Saisir l'information dans le logiciel 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Récupérer la carte mutuelle et la prise en charge mutuelle <ul style="list-style-type: none"> ○ Vérifier la mention « hospi », la date de validité et le bénéficiaire ○ Si le patient a une mutuelle mais pas de justificatif de prise en charge, renseigner le logiciel et effectuer la demande de prise en charge 	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Si le patient ne possède pas de couvertures sociales ou de mutuelle, <ul style="list-style-type: none"> ○ Le signaler à l'assistance sociale ○ Le prévenir que le ticket modérateur sera à sa charge 	

Rédacteur :
Nom :

Signature

Relecteur :
Nom :

Signature

ANNEXE 6 : Exemples d'indicateurs de suivi

Taux de pré admission

$$\frac{\text{Nb de venues prévisionnelles créées ayant un dossier administratif complet ou incomplet}}{\text{Nb de venues totales}} * 100$$

Taux d'IPP validés

$$\frac{\text{Nb d'IPP validés}}{\text{Nb d'IPP créés}} * 100$$

Taux de doublons d'IPP

$$\frac{\text{Nb de doublons d'IPP corrigés}}{\text{Nb d'IPP créés}} * 100$$

Taux de complétude des dossiers

$$\frac{\text{Nb de dossiers complets à la préadmission/admission/sortie}}{\text{Nb de dossiers total à la préadmission/admission/sortie}} * 100$$

Taux d'ouverture des droits

$$\frac{\text{Nb de dossiers initialement 100% payant ayant pu bénéficier d'une ouverture de droits}}{\text{Nombre de dossier 100% payant}} * 100$$

Taux de dossier en attente de prise en charge par l'assurance maladie

$$\frac{\text{Somme des montants des séjours (ou venues) en attente de prise en charge AMO}}{\text{Somme totale des séjours (ou venues) valorisés}} * 100$$

Taux de PIE facturées

$$\frac{\text{Nb de PIE facturées par l'établissement}}{\text{Nb de séjours de moins de 2 nuits dans l'établissement}} * 100$$

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER D[REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=GHS (hors dialyse) + suppléments

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	7 226 500,84
Janvier								
Février	85 376,45	6 355 615,25
Mars	71 253,29	209 253,07	6 989 922,05
Avril	13 515,98	37 009,66	161 163,36	6 627 608,28
Mai	151 567,10	123 377,21	155 769,55	273 980,37	6 501 068,70	.	.	.
Juin	87 769,71	65 449,93	10 875,76	48 382,80	442 783,28	6 692 686,27	.	.
Juillet	3 150,50	11 327,56	9 578,68	18 498,64	40 018,24	143 530,32	6 318 452,77	.
Août	7 805,84	23 346,64	10 782,63	21 226,92	44 584,04	15 152,99	255 632,14	6 850 698,46
Total	7 646 939,71	6 825 379,33	7 338 092,03	6 989 697,01	7 028 454,27	6 851 369,58	6 574 084,91	6 850 698,46

*Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC**Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU*

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER D[REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=Dialyse

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Montant AM							
Mois de transmission	409 592,60
Janvier								
Février	0,00	365 186,27
Mars	0,00	4 866,45	317 419,97
Avril	0,00	0,00	-0,00	289 740,31
Mai	0,00	0,00	0,00	0,00	310 782,16	.	.	.
Juin	0,00	0,00	-0,00	0,00	331,89	317 619,10	.	.
Juillet	0,00	0,00	531,02	0,00	995,67	-331,89	300 010,91	.
Août	0,00	0,00	0,00	-663,78	-0,00	0,00	4 314,58	303 082,30
Total	409 592,60	370 052,72	317 950,99	289 076,53	312 109,72	317 287,21	304 325,49	303 082,30

Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC

Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=Prélèvement d'organe

	Mois de sortie			
	Janvier	Février	Mai	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	17 396,51	.	.	.
Janvier				
Février	0,00	401,91	.	.
Mars	0,00	0,00	.	.

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Mois de sortie			
	Janvier	Février	Mai	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Avril	-401,91	0,00	.	.
Mai	0,00	0,00	8 083,87	.
Juin	0,00	0,00	0,00	.
Juillet	0,00	0,00	0,00	.
Août	0,00	0,00	0,00	15 366,87
Total	16 994,60	401,91	8 083,87	15 366,87

*Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC
Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU*

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=IVG

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	25 967,43
Janvier								
Février	0,00	19 663,41
Mars	0,00	0,00	24 051,86
Avril	0,00	0,00	0,00	13 067,30
Mai	0,00	-0,00	0,00	3 613,70	20 862,08	.	.	.
Juin	565,82	0,00	-0,00	746,16	0,00	26 707,02	.	.
Juillet	-0,00	0,00	0,00	-0,00	0,00	0,00	17 917,44	.
Août	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,00	-0,00	-0,00	21 941,89

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Total	26 533,25	19 663,41	24 051,86	17 427,16	20 862,08	26 707,02	17 917,44	21 941,89

*Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC
Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU*

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018
Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation
'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]
Année 2018 M8 : De janvier à août

type=Molécules onéreuses

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	467 362,41
Janvier								
Février	13 637,67	276 353,29
Mars	1 525,37	237 061,22	460 952,29
Avril	0,00	2 117,57	75 782,81	120 676,50
Mai	-0,00	0,00	2 757,79	433 508,50	9 418,62	.	.	.
Juin	-0,00	0,00	536,03	10 135,43	579 274,91	554 211,06	.	.
Juillet	0,00	2 133,10	4 541,08	1 543,05	5 378,79	11 732,33	590 201,51	.
Août	5 597,12	2 522,01	0,00	0,00	8 954,87	661,61	10 362,81	636 061,60
Total	488 122,58	520 187,18	544 569,99	565 863,48	603 027,19	566 605,00	600 564,32	636 061,60

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC

Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=DMI

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	152 126,01
Janvier								
Février	-310,24	205 981,49
Mars	0,00	5 273,15	178 266,95
Avril	1 595,99	3 582,71	2 393,97	234 567,21
Mai	0,00	0,00	790,00	6 320,00	23 904,27	.	.	.
Juin	0,00	-0,00	790,00	3 263,80	161 382,12	177 840,22	.	.
Juillet	-4,14	0,00	2 279,01	3 924,89	1 089,62	8 429,64	160 025,49	.
Août	0,00	0,00	-0,00	-0,00	0,00	790,00	5 059,05	135 890,41
Total	153 407,62	214 837,34	184 519,93	248 075,90	186 376,01	187 059,86	165 084,54	135 890,41

Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC

Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=Médicaments sous ATU

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	44 069,55
Janvier								
Février	50,02	41 093,25
Mars	-0,00	224,80	65 880,26
Avril	-25,01	-0,00	125,05	105,24
Mai	0,00	-0,00	0,00	74 297,21	252,74	.	.	.
Juin	-0,00	0,00	0,00	34 932,96	98 630,09	42 844,05	.	.
Juillet	25,01	0,00	-0,00	-0,00	25,01	75,03	39 586,86	.
Août	0,00	-0,00	0,00	1 643,25	968,12	83 648,48	106,69	52 131,42
Total	44 119,57	41 318,05	66 005,31	110 978,66	99 875,96	126 567,56	39 693,55	52 131,42

*Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC
Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU*

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018
Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation
'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]
Année 2018 M8 : De janvier à août

type=AME

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	1 312,60
Janvier								
Février	1 506,52	10 297,01
Mars	0,00	-1 145,94	4 717,42

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM							
Avril	0,00	-0,00	-0,00	1 780,42
Mai	1 103,18	0,00	-0,00	1 030,65	5 995,61	.	.	.
Juin	0,00	-0,00	0,00	0,00	0,00	4 383,62	.	.
Juillet	0,00	0,00	-0,00	0,00	0,00	0,00	8 219,20	.
Août	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1 453,60	11 113,47
Total	3 922,30	9 151,07	4 717,42	2 811,07	5 995,61	4 383,62	9 672,80	11 113,47

Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC

Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU

Tableau [1.V.5.EMM] - Date du traitement: 27/09/2018

Evolution des montants mensuels par période de transmission par type de prestation

'CENTRE HOSPITALIER [REDACTED]

Année 2018 M8 : De janvier à août

type=SU

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Mois de transmission	5 027,38
Janvier								
Février	0,00	5 986,00
Mars	-0,00	0,00	5 194,33
Avril	-0,00	0,00	0,00	2 498,70
Mai	73,26	-0,00	663,56	5 299,36	7 512,01	.	.	.
Juin	0,00	-0,00	0,00	0,00	1 539,54	14 448,06	.	.
Juillet	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,00	0,00	4 022,50	.

ANNEXE 7 : Exemple de tableau OVALIDE VEMM

	Mois de sortie							
	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août
	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM	Montant AM
Août	0,00	0,00	0,00	0,00	-0,00	0,00	0,00	481,88
Total	5 100,63	5 986,00	5 857,89	7 798,06	9 051,54	14 448,06	4 022,50	481,88

Pour les GHS, un décalage peut exister avec le mnt AM réel en cas de limitation des SI/SC

Y compris médicaments et DMI pour les AME et les SU

ANNEXE 8 : Extrait du guide d'auditabilité des recettes T2A MCO

« 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. »

ANNEXE 9 : Exemple de calcul de dépréciation des créances

Cet exemple de calcul statistique permet de déterminer, au 31.12.N, le taux de perte estimé dans les années futures selon l'antériorité des créances. Cette méthode a l'avantage de :

- de privilégier des taux réels observés chez l'établissement à des taux forfaitaires
- de valoriser le risque sur les créances nées au cours de l'exercice N

Pour les personnes physiques

Exercices d'antériorité des créances

	Au-delà de N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	TOTAL
ERAR 31.12.N	5 000	20 000	100 000	200 000	500 000	1 000 000	1 825 000 A
ERAR 31.12.N actualisé en N+1	4 900	18 000	70 000	110 000	200 000	500 000	902 900 B
Variation	100	2 000	30 000	90 000	300 000	500 000	922 100 C = A-B
ANV de l'exercice N	100	1 000	8 000	30 000	20 000	10 000	69 100 D
Encaissement	-	1 000	22 000	60 000	280 000	490 000	853 000 E = C-D
Taux d'encaissement observé en N	0%	5%	22%	30%	56%	49%	F = E/A
Taux de perte observé en N	2%	5%	8%	15%	4%	1%	G = D/A

Calcul du reste à encaisser en base 100 :

L'objectif de cette étape est de calculer, pour un reste à encaisser fixé à 100, son rythme d'encaissement et de passage en perte au fil des exercices selon les données observées

	Au-delà N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	
- Encaissement	-	0,39	2,42	6,00	28,00	49,00	H = F * reste à encaisser
- ANV	0,14	0,39	0,88	3,00	2,00	1,00	I = G * reste à encaisser
Reste à encaisser	6,79	6,93	7,70	11,00	20,00	50,00	J = (1-F-G) * reste à encaisser
							H = 100 * F
							I = 100 * G
							K = 100 * (1-F-G)

Et ainsi de suite pour toutes les années

Taux de perte potentiel sur les restes à encaisser

L'objectif de cette étape est de calculer pour chaque reste à encaisser, par année d'antériorité, la probabilité d'être encaissé ou d'être perdu dans les exercices futurs

	Au-delà N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	
Taux encaissement		0,00%	5,00%	25,50%	44,03%	73,61%	K = (somme des H antérieurs à N) / J
Taux de perte	100,00%	2,00%	6,80%	12,76%	22,02%	12,81%	L = (somme des I antérieurs à N) / J
							K = (0+0,39+2,42+6+28)/50
							I = (0,14+0,39+0,88+3+2)/50
							K = (0+0,39+2,42+6)/20
							I = (0,14+0,39+0,88+3)/20

Et ainsi de suite pour toutes les années

Par prudence, le taux de perte est fixé à 100%

Projection des créances à risque à déprécier

	Au-delà N-4	N-4	N-3	N-2	N-1	N	TOTAL
ERR 31.12.N	5 000	20 000	100 000	200 000	500 000	1 000 000	A
Montant des créances à risque	5 000	400	6 800	25 520	110 090	128 072	M = A * L
							275 882

ANNEXE 10 : Exemple de procédure de soins externes

FACTURATION DES SOINS EXTERNES EN TITRE 1 ET TITRE 2	Réf. :
	Application 01/01/15
	Version : 1
	Page 1 sur 4

Mots-clés :

<i>Facturation, soins externes, FIDES</i>

	Nom	Fonction	Date	Signature
<u>Rédaction</u>				
<u>Validation</u>				
<u>Approbation</u>				

Destinataires :

Services de soins	Services médico-techniques	Services administratifs	Services techniques
✓		✓	

FACTURATION DES SOINS EXTERNES EN TITRE 1 ET TITRE 2	Réf. :
	Application 01/01/15
	Version : 1
	Page 2 sur 4

1- OBJECTIFS

Définir le circuit des flux économiques de la facturation des soins externes en titre 1 et titre 2.

2- DOMAINE D'APPLICATION

Cette procédure est applicable quotidiennement pour des patients pris en charge en soins externes.

3- REFERENCES

Références législatives, réglementaires et normatives

Code de la Santé Publique :

Article L611-1

Code de la Sécurité Sociale :

Article L162-26

Article R162-51

Article L162-32

**Guide des règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé
version 15/09/09**

FIDES – voir référence documents

4- DESCRIPTION DU PROCESSUS

Bases de facturation des soins externes:

Les soins externes sont définis comme étant des soins ne donnant pas lieu à un hébergement du patient. Ils sont dispensés par le personnel de l'établissement hospitalier et facturés par ce dernier. Ils peuvent intervenir soit comme l'équivalent d'une consultation de ville, soit pour préparer une hospitalisation, soit pour assurer un suivi médical après une hospitalisation ou une intervention.

Les soins externes comprennent : les consultations, les actes, les bilans d'imagerie médicale et de biologie effectués en externe au sein de l'établissement.

Les soins externes sont facturés sur la base de la cotation des actes figurant à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP), la nomenclature des actes de biologie médicale (NABM) et la classification commune des actes médicaux (CCAM).

ANNEXE 10 : Exemple de procédure de soins externes

FACTURATION DES SOINS EXTERNES EN TITRE 1 ET TITRE 2	Réf. :
	Application 01/01/15
	Version : 1
	Page 3 sur 4

Si le patient est assuré social, la Sécurité Sociale prend en charge partiellement les frais médicaux en consultation externe. La prise en charge varie entre 60 % et 100 %, selon le type d'actes réalisés et selon la spécialité médicale. Le « ticket modérateur », reste à la charge du patient.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, la facturation individuelle des établissements de santé a été mise en place. Les recettes du titre 1 sur les soins externes sont facturées au fil de l'eau par une télétransmission vers la CPAM via un flux B2.

- Ticket Modérateur :

La part non prise en charge par l'Assurance Maladie s'appelle le Ticket Modérateur. Son montant varie en fonction du type d'examen et du régime de la caisse d'Assurance Maladie.

BE : Bureau des Entrées

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

DAF : Direction Administrative et Financière

NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

Voir la description du processus dans le logigramme des Soins externes

5- MODE D'EVALUATION

Cette procédure est revue annuellement et actualisée immédiatement selon la publication de nouveaux textes réglementaires l'impactant, les évolutions de méthodologie et/ou les changements de logiciels.

Cette revue est réalisée par le comité de rédaction et entérinée en COPIL d'évaluation des procédures.

6- MODE DE DIFFUSION

Cette procédure est accessible à tous les agents de la D.A.F et du BE, et à cet effet elle est enregistrée sur le lecteur commun P.

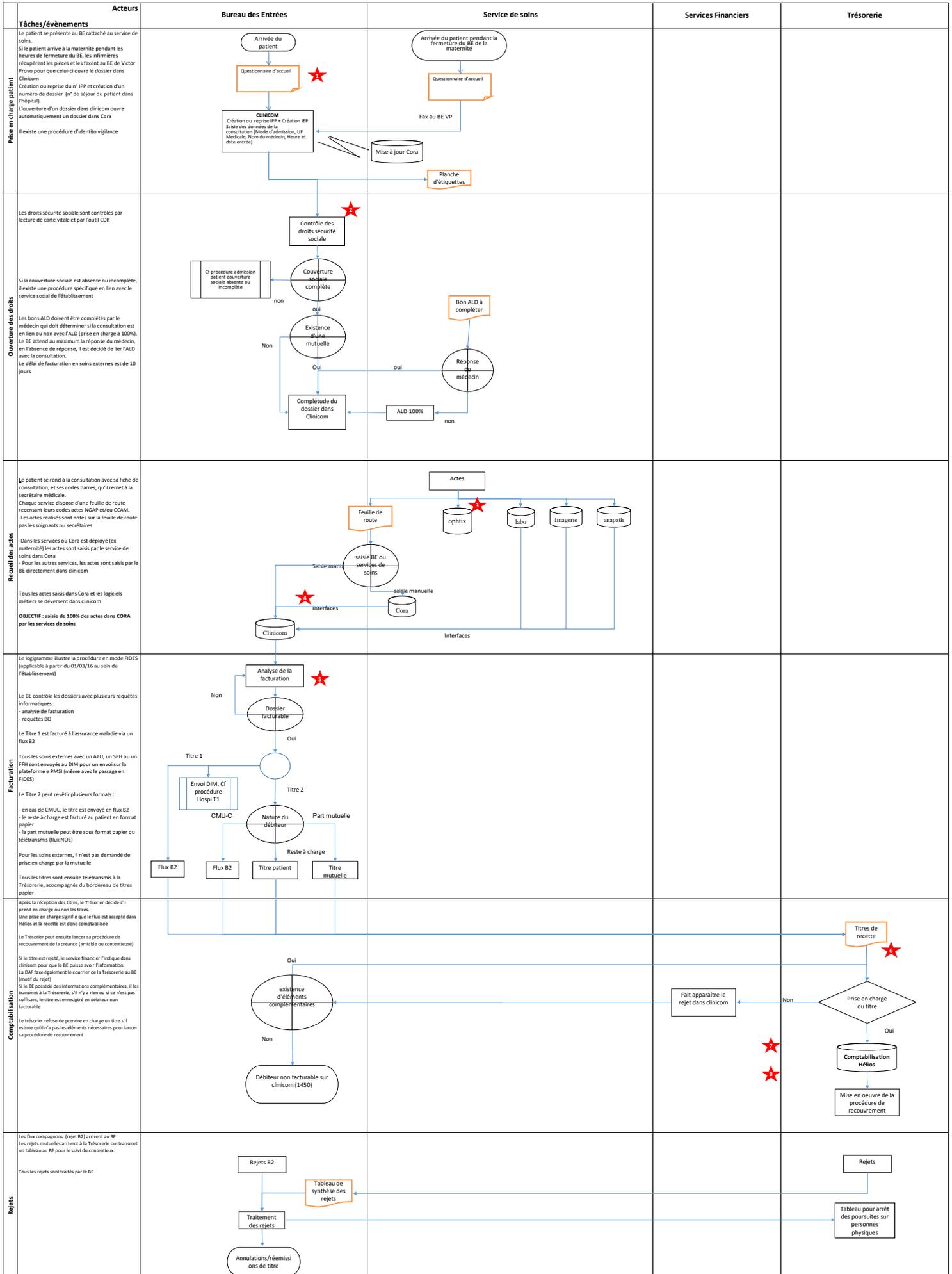
7- DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES

Ce paragraphe reprend l'ensemble des documents auxquels la procédure renvoie.

Référence	Intitulé
Annexe 1	Logigramme de la procédure « Facturation des soins externes en titre 1 et titre 2 »
Annexe 2	Points de contrôles de la procédure « Facturation des soins externes en titre 1 et titre 2 »

ANNEXE 10 : Exemple de procédure de soins externes

Annexe 1 : logigramme de la procédure "Facturation des soins externes en titre 1 et titre 2"



ANNEXE 10 : Exemple de procédure de soins externes

Annexe 2 : points de contrôle de la procédure "Facturation des soins externes en titre 1 et titre 2"

-  **Contrôle 1 :** Existence de questionnaires d'accueil pour assurer l'exhaustivité des demandes de pièces administratives
-  **Contrôle 2 :** Les droits de sécurité sociale sont vérifiés avec les lecteurs de carte vitale et l'outil CDR
-  **Contrôle 3 :** le BE rapprocher les données des logiciels Ophtix et clinicom avec les listings des patients pour s'assurer du correct correct déversement
-  **Contrôle 4 :** A la maternité, les listings des patients sont rapprochés des informations de clinicom par le BE pour s'assurer que les données issues du logiciel Cora se sont bien déversées dans le logiciel Clinicom
-  **Contrôle 5 :** Des requêtes informatiques sont lancées sur les dossiers avant la facturation :
 - analyse de facturation
 - requête BOTous les dossiers en anomalie sont traités par le BE, les dossiers sans anomalie sont facturés automatiquement
-  **Contrôle 6 :** à la réception des titres, la Trésorerie rapproche le montant du flux informatique avec le montant du titre papier avant toute prise en charge
-  **Contrôle 7 :** Requêtes BO tous les mois effectuées par la DAF pour identifier :
 - les retards de facturation
 - l'efficacité des régies
 - les contentieux
-  **Contrôle 8 :** En fin d'année, la DAF et la Trésorerie réalisent un rapprochement Hélios / clinicom sur les comptes de la classe 7

ANNEXE 11 : Exemple de fiche d'autocontrôle d'accueil pour une consultation

Exemple de fiche d'autocontrôle d'accueil pour une consultation

Patient :
N° IPP :
N° Dossier :

PROCEDURE	FAIT (Mettre une croix)
➤ Vérifier que le patient a bien rendez-vous sur le logiciel dédié	
➤ Demander la pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire, carte de séjour...) ○ rappeler que l'identité est nécessaire pour garantir la sécurité des soins ○ rechercher le patient dans le logiciel (nom, prénom, date de naissance, sexe) ○ sélectionner le patient s'il existe ou le créer dans le logiciel	
➤ Demander l'adresse ○ saisir ou corriger l'adresse dans le logiciel	
➤ Demander le numéro de téléphone personnel et l'adresse mail ○ saisir ou corriger le numéro dans le logiciel	
➤ Demander si le patient a déclaré un médecin traitant à sa caisse ○ Saisir ou corriger l'information dans le logiciel ○ Si le patient n'a pas déclaré de médecin traitant, indiquer dans le logiciel qu'il est hors parcours de soins, sauf cas d'exemption (se référer à note « parcours de soins »)	
➤ Demander la carte vitale ou attestation de sécurité sociale ○ Lire la carte vitale et intégrer les données directement dans le logiciel ○ Consulter parallèlement l'outil CDR ○ Saisir les informations manquantes dans le logiciel	
➤ Demander si le patient bénéficie d'une prise en charge en accident du travail ou maladie professionnelle ○ Récupérer le formulaire Cerfa ○ Saisir l'information dans le logiciel	
➤ Demander la carte mutuelle et la prise en charge mutuelle ○ Vérifier la date de validité et le bénéficiaire ○ Si le patient a une mutuelle mais pas de justificatif de prise en charge, édition d'une pièce manquante et transmission au patient. Demander de la transmettre avec la carte de mutuelle	
➤ Si le patient n'a ni mutuelle, ni CMUC, ○ Le prévenir que le ticket modérateur sera à sa charge et qu'il doit passer en régie après consultation ○ Orienter le patient vers les assistants sociaux	

Rédacteur :
Nom :

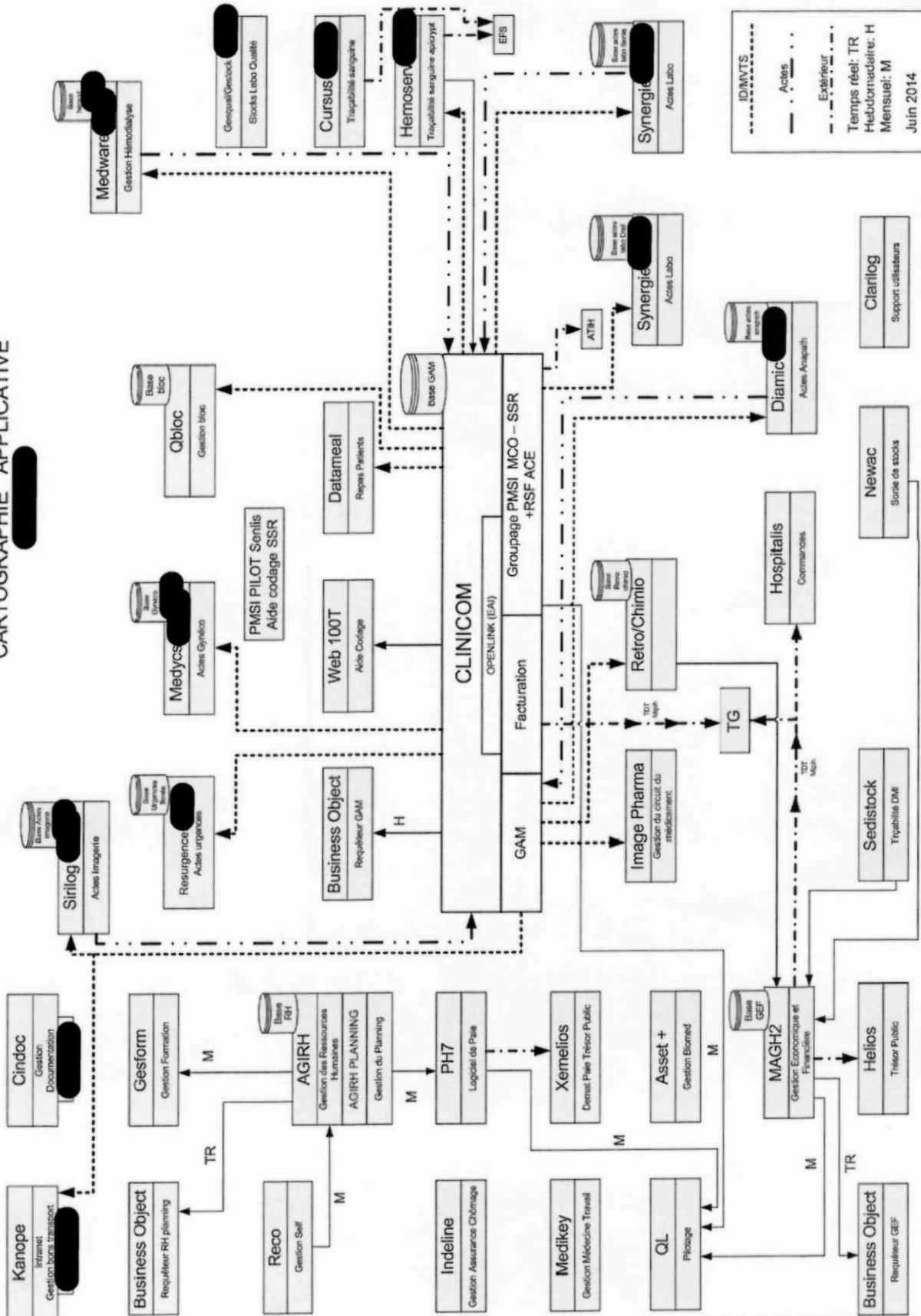
Signature

Relecteur :
Nom :

Signature

ANNEXE 12 : Exemple de cartographie des systèmes d'informations

CARTOGRAPHIE APPLICATIVE



GLOSSAIRE

<i>Sigle / Acronyme</i>	<i>Libellé</i>
AM	Assurance Maladie
AMF	Autorité des Marchés Financiers
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANV	Admission en Non Valeur
ARFR	Accueil - Recueil de l'activité - Facturation - Recouvrement
ARS	Agence Régionale de Santé
BFR	Besoin en Fonds de Roulement
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CF	Compte Financier
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNCC	Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes
COSO	Committee Of Sponsoring Organizations of the Treadway Commission
CREA	Compte de Résultat Analytique
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMI	Dispositifs Médicamenteux Implantables
DP	Diagnostic Principal
EPRD	Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS	Etablissements Publics de Santé
FICHCOMP	Fichier Complémentaire des consommations de médicaments et dispositifs médicaux facturables en sus
FIDES	Facturation Individuel Des Etablissements de Santé
GAM	Gestion Administrative du Malade
GHM	Groupe Homogène de Moyens
IFAC	International Federations of Accountants
IFACI	Institut Français d'Audit et de Contrôle Interne
IIA	Institute of Internal Auditors
INTOSAI	International Organisation of Supreme Audit Institutions
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
MCO	Médecine - Chirurgie - Obstétrique
MO	Médicaments Onéreux
NEP	Norme d'Exercice Professionnel
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NPAI	N'habite Plus à l'Adresse Indiquée
PAQ	Plan d'Assurance Qualité
PCI	Plan de Contrôle Interne
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PIE	Prestations Inter Etablissements
PMCT	Poids Moyen de Cas Traité
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PND	Pli Non Distribuable
ROC	Remboursement des Organismes Complémentaires
RSS	Résumé Standard de Sortie
SOFIMe	Société Francophone de l'Information Médicale
T2A	Tarifcation A l'Activité
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs

REMERCIEMENTS

L'ARS Hauts de France tient à remercier les professionnels hospitaliers et les agents des finances publiques qui se sont investis dans ce projet :

Centre Hospitalier de Roubaix

- Delphine Canonne,
- Cathy David,
- Jenny Gressier,
- Jean Nicolas,
- Fleur Maury,

Centre Hospitalier de Beauvais

- Madeleine Dumoulin,
- Sophie Erudel,
- Nathalie Lefevre,
- Christine Legrain,
- Marc Lesur,
- Nicolas Marquilly,
- Fabienne Ménard Carrière,
- Anne Rouzée Morel,
- Marie Pierre Scellier,
- Béatrice Schmidt,

Centre Hospitalier de Saint-Quentin

- Thibaut Balcaen,
- Ludovic Bogaert,
- Sylvie Desauois,
- Elodie Dupont,
- Aline Fouque-Chanclou,
- Audrey Houbert,
- Aurore Prud'homme,

Groupement Hospitalier Seclin Carvin

- Emilie Connan,
- Blandine Guislain,
- Stéphane Hue,
- Elisa Lafitte,
- Michel Marbac,
- Stéphanie Noel,

Centre Hospitalier de Valenciennes

- Frédéric André,
- Annick Bak,
- Alain Berteaux,
- Patrick Coupé,
- Xavier Kyndt,

Groupe Hospitalier Public du Sud de l'Oise

- Yannick Adamczewski,
- Caroline Allonier,
- Véronique Lefevre,
- Pascal Tomzynski,
- Céline Verbrigghe,

DRFIP Hauts de France

- Vincent D'Herbomez,
- Christophe Dosimont,
- Jean Pierre Grenier,
- Nathalie Lancet,
- Matthias Lehouck,
- Hubert Métais,

Nous remercions également tous les agents ayant pris le temps de répondre aux questionnaires.

Et enfin, nous remercions Jocelyn Scamps, Maxime Brion, Estelle Lefebvre et Sophie Joly du cabinet KPMG pour leur assistance dans la conception et rédaction du guide.

Contacts ARS Hauts de France

- ❖ Laura Lecerf, chargée de mission « efficacité des établissements de santé » - laura.lecerf@ars.sante.fr
- ❖ Emmanuel Sinnaeve, responsable service amélioration de l'efficacité - emmanuel.sinnaeve@ars.sante.fr
- ❖ Pierre Boussemart, sous-directeur responsable de la cellule Performance, efficacité, qualité de l'offre de soins et produits de santé/biologie - pierre.boussemart@ars.sante.fr