

***Etat des réformes du financement et de
l'assurance maladie au 01/09/2007
et impacts sur les systèmes d'information des
établissements de santé***

Copyright (c) **2007 GMSIH**

Permission vous est donnée de copier et distribuer ce document selon les termes de la
Licence D-GMSIH, Version 1.0 ou ultérieure publiée par le GMSIH.

Une copie de cette licence peut être consultée à l'adresse

www.gmsih.fr/fre/nos_publications/licences_gmsih/licence_d_gmsih

Auteur(s) du document :	Contrôle Qualité
GMSIH	Date : 10/12/2007 Statut : validé

SOMMAIRE

1	LES OBJECTIFS ET CONTENU DE CE GUIDE	6
1.1	OBJECTIFS ET CONTENU DE CE GUIDE	6
1.2	REMERCIEMENTS.....	7
2	CONTEXTE ET ENJEUX DE LA MISE EN ŒUVRE DES REFORMES DANS LE SIH DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	9
2.1	UN ENCHAÎNEMENT DE REFORMES QUI FONT ÉVOLUER LES MODALITÉS DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	9
2.1.1	<i>Les réformes touchant au financement.....</i>	9
2.1.2	<i>Les réformes de l'assurance maladie</i>	16
2.1.3	<i>Les prochaines échéances.....</i>	17
2.1.4	<i>Les modalités de financement des établissements</i>	20
2.2	LA BONNE PRISE EN COMPTE DE CES REFORMES PRÉSENTE DES ENJEUX IMPORTANTS POUR TOUS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE	21
2.2.1	<i>Optimiser la trésorerie</i>	21
2.2.2	<i>Valoriser financièrement chaque activité réalisée.....</i>	22
2.2.3	<i>Disposer d'informations fiables pour le pilotage de l'établissement et la gouvernance par pôle.....</i>	23
2.3	LA RÉPONSE À CES ENJEUX PASSE NOTAMMENT PAR UN SIH PERFORMANT	23
2.3.1	<i>Quels rôles pour le SIH ?</i>	23
2.3.2	<i>Des évolutions lourdes à gérer en matière de SIH</i>	24
3	DES DIFFICULTÉS IMPORTANTES POUR LA MISE EN ŒUVRE DES REFORMES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTE.....	26
3.1	LES ÉTABLISSEMENTS RENCONTRENT DES DIFFICULTÉS POUR FAIRE ÉVOLUER LEUR PROCESSUS DE FACTURATION.....	26
3.1.1	<i>Un périmètre large à prendre en compte</i>	26
3.1.2	<i>Le processus de facturation/contrepartie est fortement impacté par les réformes..</i>	30
3.1.3	<i>Les acteurs concernés par cette évolution sont nombreux.....</i>	33
3.1.4	<i>Évolutions constatées dans les établissements.....</i>	34
3.2	LA GESTION DES PROJETS LIÉS AUX REFORMES EST COMPLEXE POUR DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS	35
3.2.1	<i>Manque d'une vision d'ensemble sur les réformes.....</i>	35
3.2.2	<i>L'absence de projet global</i>	36
3.2.3	<i>Une animation du changement complexe car faisant évoluer de nombreux profils</i>	36
3.2.4	<i>Lassitude des équipes.....</i>	36
3.2.5	<i>Complexité supplémentaire pour les activités SSR et PSY.....</i>	37
3.3	LE SIH SOUTIEN ENCORE TROP PEU LES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS	37
3.3.1	<i>Deux circuits : PMSI, facturation ou un historique lourd en terme de SI.....</i>	37
3.3.2	<i>Un manque de vision d'ensemble du projet de SI à mener</i>	38
3.3.3	<i>Des systèmes de facturation peu performants.....</i>	38
3.3.4	<i>Une urbanisation insuffisante des SIH.....</i>	38
3.3.5	<i>Des schémas directeurs à faire évoluer.....</i>	39
3.4	LES PRINCIPALES DIFFICULTÉS D'ARCHITECTURE RENCONTREES.....	40
4	UN SIH POUR SOUTENIR UN PROCESSUS DE FACTURATION QUI ÉVOLUE.....	45
4.1	DU PROCESSUS MÉTIER AUX FONCTIONS SI	45
4.1.1	<i>Les trois grandes fonctions SI attendues dans l'architecture cible</i>	45
4.1.2	<i>Les points spécifiques à prendre en compte.....</i>	47
4.2	RECOMMANDATION D'ARCHITECTURE CIBLE	50
4.2.1	<i>Le dossier de résumé de venue (DRV) proposé en 2004.....</i>	51
4.2.2	<i>Une évolution de l'architecture pour mieux répondre aux besoins des établissements.....</i>	51
4.2.3	<i>Le détail des sous fonctions.....</i>	52

4.3	LES DONNEES DANS L'ARCHITECTURE CIBLE	59
4.3.1	<i>Données de paramétrage</i>	60
4.3.2	<i>Données du patient</i>	60
4.3.3	<i>Données de venue</i>	60
4.3.4	<i>Données d'évènements de soins</i>	61
5	LE PROJET A MENER.....	62
5.1	UNE GESTION DE PROJET GLOBALE	62
5.2	LE CHANTIER ANIMATION DU CHANGEMENT	63
5.2.1	<i>Définir la stratégie du projet</i>	64
5.2.2	<i>Piloter le projet</i>	66
5.2.3	<i>Communiquer</i>	69
5.2.4	<i>Former</i>	69
5.3	LE CHANTIER ORGANISATION	70
5.3.1	<i>Bilan/diagnostic du processus de facturation</i>	71
5.3.2	<i>Un travail transverse : améliorer la qualité des données</i>	72
5.3.3	<i>Définition du processus cible</i>	72
5.4	LE CHANTIER SI	74
5.4.1	<i>Un préalable : l'analyse du SIH</i>	74
5.4.2	<i>L'architecture cible et les niveaux de mise en œuvre</i>	74
5.4.3	<i>Les chantiers SI</i>	75
6	GLOSSAIRE	82

1 Les objectifs et contenu de ce guide

1.1 OBJECTIFS ET CONTENU DE CE GUIDE

Depuis 2004, plusieurs réformes aux impacts majeurs pour le processus de facturation des établissements de santé se sont succédé. Elles ont remis en cause l'organisation, le système d'information hospitalier (SIH) et l'architecture technique pour le supporter.

Pour accompagner les établissements de santé, le GMSIH a produit des études sur la mise en œuvre dans le SIH de la CCAM, de la tarification à l'activité et de la dématérialisation des flux.

Les réformes en cours sont autant des réformes techniques que des adaptations profondes à une nouvelle culture économique des établissements de santé.

Aussi, au-delà de la prise en compte individuelle de chaque réforme, il est apparu important de remettre en perspective l'ensemble des travaux à mener. L'objectif est de permettre à chaque établissement d'évaluer les impacts des réformes sur son processus de facturation et les évolutions nécessaires de son SIH pour soutenir son organisation.

L'objectif de ce guide est de proposer des recommandations aux responsables de SIH pour qu'ils puissent assurer dans leur système d'information, à partir d'un recueil d'informations, des échanges normalisés recevables par les différents débiteurs externes, sources du financement.

Le périmètre de travail retenu est donc large. Il englobe :

- L'ensemble des réformes, connues au 01/09/2007, touchant au financement direct ou indirect des établissements de santé
- La totalité du processus de facturation, c'est à dire depuis les activités de recueil des informations, en passant par les traitements requis pour préparer les formats d'échange vers les débiteurs et en terminant par les échanges aller (envoi des factures aux différents débiteurs) et retour (contrepartie financière, mais également gestion des rejets et contentieux)
- Les différents débiteurs concernés (assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, patient, agence régionale d'hospitalisation) et le trésor public pour les établissements publics

Pour autant, ce guide n'a pas vocation à décrire dans le détail les activités et les échanges réalisés dans le cadre du processus de facturation. Ceci fera l'objet d'un projet spécifique.

Il prend en compte les spécificités des différentes activités d'un établissement de santé (MCO, SSR, PSY) et les différentes typologies possibles (public, PSPH ou privé).

Les recommandations sont limitées aux impacts sur les systèmes d'informations, ceux concernant les évolutions d'organisation sont traités dans le cadre des chantiers menés par la MeaH. Les recommandations SI ont été alignées avec les recommandations d'organisation.

Le guide a été organisé en quatre parties :

- La remise en perspective de l'ensemble des réformes et des enjeux associés pour un établissement de santé
- L'analyse des difficultés rencontrées dans leur mise en œuvre, avec un focus particulier sur le SIH (système d'information hospitalier)
- Une proposition d'architecture cible en termes de SIH pour soutenir l'évolution du processus de facturation
- Des recommandations pour une gestion de projet globale organisée autour de trois chantiers : animation du changement, organisation et système d'information

1.2 REMERCIEMENTS

Le GMSIH remercie pour leur disponibilité et leur implication toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce guide et des différents supports associés, et tout particulièrement les participants du groupe de travail, ainsi que les professionnels rencontrés au sein des établissements visités.

Grâce à leur participation et à leurs retours d'expérience, elles ont apporté la connaissance du terrain indispensable à la bonne compréhension des difficultés rencontrées par les établissements de santé. Leurs propositions ont permis d'affiner et de préciser à la fois l'architecture cible et la gestion de projet. De par leur diversité, elles ont représenté les différentes typologies d'établissements et permis ainsi de prendre en compte les spécificités.

Les membres du groupe de travail :

- Madame Isabelle AMINOT, Chef de service du pôle DIM-facturation, Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble, GRENOBLE
- Madame Valérie-Jeanne BARDOU, DIM, Institut Paoli Calmettes, MARSEILLE
- Madame Josiane BONNEVAL, Responsable admissions, Institut Claudius Régaud, TOULOUSE
- Madame Véronique BOURRACHOT, Chargée de mission DG, Hospices Civils de Lyon, LYON
- Madame Dominique CLERGUE, Responsable services financiers, CHS du Jura, DOLE
- Monsieur Jacques FARGEOT, Chef comptable, Centre médical de l'Argentières, AVEIZE
- Madame Valérie GUYOT, Responsable admissions, CH de Dourdan, DOURDAN
- Madame Danielle HERBELET, Directrice adjointe, Hospices Civils de Lyon, LYON
- Monsieur Georges HUCHARD, DSI, CH de Roubaix, ROUBAIX
- Monsieur Pierre IDEE, Directeur Adjoint, CHU de Rennes, RENNES
- Madame Béatrice JANVOIE, DIM, Centre Hospitalier de Blois, BLOIS
- Monsieur Antoine LANG, Directeur Adjoint, CHI André Grégoire, MONTREUIL
- Monsieur Guy LARGETEAU, MIPIH, TOULOUSE
- Monsieur Didier LE STUM, Chef de Service - direction des finances, APHP, PARIS
- Madame Béatrice LE VU, Service d'information médicale, Institut Curie, PARIS
- Madame Christine MARTINELLI, Directeur Adjoint Affaires financières, Centre Hospitalier de la région d'Annecy, ANNECY
- Monsieur Bernard MATHEY, DIM, Clinique des Diaconesses, STRASBOURG
- Madame Claudie MENGUY, DIM, CHI André Grégoire, MONTREUIL

- Madame Christine MERCIER, TIM, CHS Blain, BLAIN
- Madame Marie-Brigitte METROP, RAF, Hôpital de Fourvières, LYON
- Madame Clarisse MOLINA, Chef de projet T2A, CHRU de Montpellier, MONTPELLIER
- Madame Muriel MONS, DIM, Santé Service HAD, PUTEAUX
- Madame Valérie MORISSON, Directeur du contrôle de gestion, Clinique St Charles, LA ROCHE SUR YON
- Monsieur Pierre PERICOU, Directeur Adjoint, Clinique Lafourcade - groupe CAPIO, BAYONNE
- Madame Françoise PILLET, Direction des finances, CHU de Rouen, ROUEN
- Monsieur Ludovic PONCET, Responsable SIM, Centre médical de l'Argentière, AVEIZE
- Monsieur Eric PRADAT, PH-DIM, Hospices Civils de Lyon, LYON
- Madame Isabelle RENAUDIN, MIPIH, TOULOUSE
- Madame Annie ROBERT, Responsable du BE, CH de St Nazaire, ST NAZAIRE
- Monsieur Bertrand TENEZE, DAF, CH de Dourdan, DOURDAN
- Madame Florence VALLAIRE, DIM, Générale De Santé, PARIS

Les représentants du ministère et de la CNAMTS :

- Monsieur Christophe ANDREOLETTI, MT2A
- Monsieur Pierre-Etienne HAAS, MEAH
- Madame Claire LECORRE, DHOS
- Madame Estelle OUSSAR, DHOS
- Monsieur Xavier ROMULUS, CNAMTS
- Madame Monique THOREL, DHOS

Au sein des établissements visités :

➤ ***Institut Jean Godinot, CLCC de Reims***

- Madame Nathalie GAILLOT PETIT
- Madame Véronique JOB
- Madame Pascale LEGRAND
- Monsieur Jean-Claude LIEHN
- Madame Sylvie LIENARD
- Madame Michèle LOISEAU
- Madame Marie-Pierre MAURICE

➤ ***CHU de Reims***

- Madame Danièle BLANC
- Madame Viviane LEBOURQ
- Monsieur Freddy THOMAS
- Madame Elisabeth VIDAL

➤ ***Santé Service - HAD, Puteaux***

- Monsieur René DRIVET
- Madame Muriel MONS

2 Contexte et enjeux de la mise en œuvre des réformes dans le SIH des établissements de santé

Depuis 2004, les établissements de santé publics et privés sont confrontés à des évolutions majeures en matière de financement et de suivi de leur activité : réformes du mode d'allocation des ressources, des prévisions budgétaires et comptables, de la réglementation de l'assurance maladie.

La mise en œuvre de ces réformes nécessite pour les établissements d'adapter en permanence leurs organisations et leurs systèmes d'informations.

Ainsi, avec le passage progressif à la T2A, leur trésorerie devient directement liée à leur capacité à produire des factures médicalisées dans les délais les plus courts possibles.

L'enjeu pour les établissements réside donc dans la mise en place d'une chaîne de facturation performante et des outils de pilotage associés.

2.1 UN ENCHAÎNEMENT DE REFORMES QUI FONT EVOLUER LES MODALITES DE FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

La loi de financement de 2004 a instauré un nouveau mode de financement des établissements de santé publics et privés basé sur la nature et le volume d'activité réellement réalisée.

Cette réforme déclinée dans un premier temps pour le domaine MCO vise également à terme les domaines SSR et Psychiatrie.

Si les principes de rémunération sont identiques entre les établissements publics et privés MCO, le mode d'allocation des ressources diffère entre ces deux secteurs pour ce qui relève du cadre de la T2A.

En effet, la portée de cette réforme notamment sur les finances a nécessité la mise en place de mécanismes de transition sur plusieurs années dans chacun des deux secteurs.

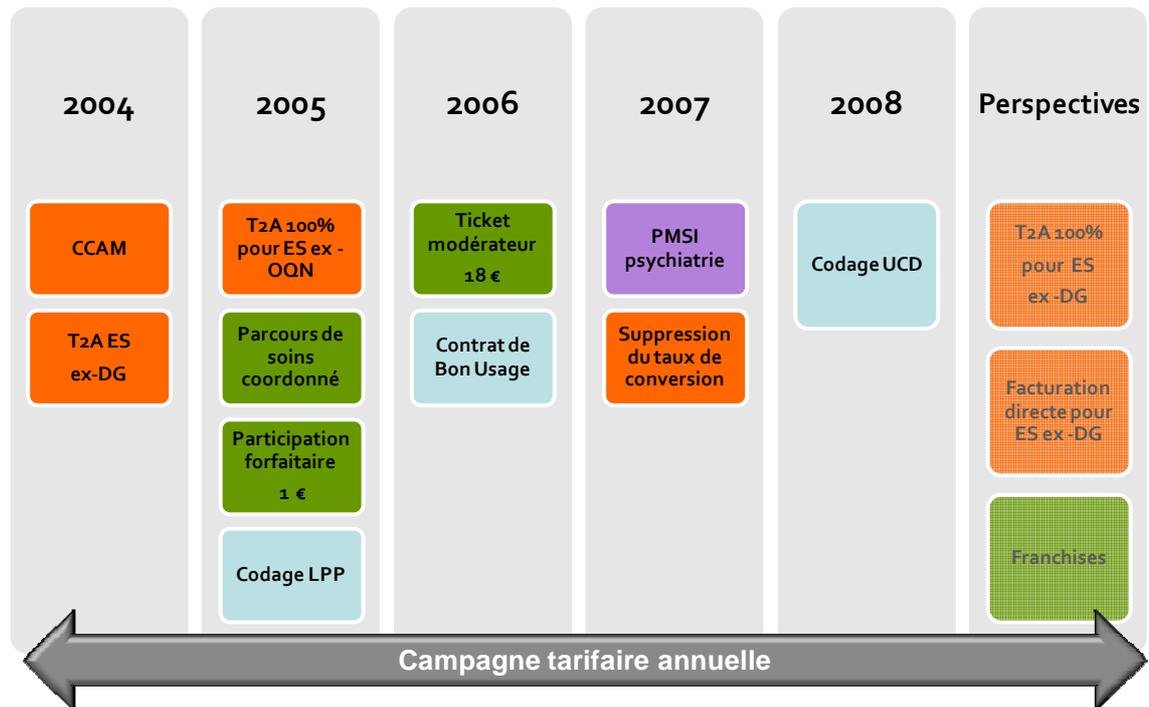
Pour autant, la transition est lourde à mettre en œuvre pour tous, tant du fait des bouleversements générés par cette réforme, que par la multiplicité de réformes complémentaires qui se sont succédé depuis lors.

2.1.1 Les réformes touchant au financement

Le schéma ci-dessous replace dans une perspective chronologique les réformes intervenues depuis 2004.

Elles concernent l'ensemble des établissements de santé publics et privés, mais les impacts sont différents selon leur typologie ou leur domaine d'activité.

Des fiches thématiques reprennent en annexe les textes de référence et les principaux impacts pour les établissements.



Réforme du financement et réforme de l'assurance maladie interagissent et se déclinent de manière similaire : évolution des modalités de recueil de données, des règles de tarification, des formats de facturation et des modes d'échange avec les débiteurs.

Néanmoins, les établissements manquent de vision d'ensemble sur l'ensemble des mesures à prendre.

Ils disposent d'un ensemble conséquent d'informations couvrant le domaine des réformes mais,

- Les informations proviennent de sources multiples
- Tous les périmètres ne sont pas couverts
- Aucun support n'englobe l'ensemble des problématiques touchant au système d'information

Le contexte de multiplicité des réformes et les contraintes de calendrier ont provoqué une mise en place dans l'urgence, au coup par coup, sans une mesure des incidences d'ensemble et bien souvent sans planning bien maîtrisé.

Les différentes réformes sont présentées ci-après, de manière plus succincte pour la CCAM et la T2A qui ont déjà fait l'objet de publications détaillées.

2.1.1.1 La CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux)

La CCAM est le référentiel des actes médicaux techniques, commun aux secteurs public et privé, qui sert à établir :

- Les honoraires des actes techniques réalisés lors des consultations
- Les honoraires pour les interventions réalisées en établissement privé
- La tarification des séjours hospitaliers dans le cadre de la T2A

La prise en compte de la CCAM dans les établissements publics et privés a profondément modifié les pratiques avec la saisie à la source des informations par les professionnels de santé.

Cette prise en compte a également nécessité l'adaptation du système d'information : adaptation des logiciels, dispositifs d'aide à la saisie, intégration d'un nouveau référentiel à partager...

Le référentiel CCAM est diffusé par la CNAMTS par l'intermédiaire de son site « www.ameli.fr ». Il doit ensuite être intégré dans le système d'information de chaque établissement.

La fréquence des mises à jour est importante. On compte ainsi 10 versions du référentiel diffusées entre 2005 et 2007.

	Date d'effet	Publication des textes au J.O	Arrêté de l'avenant conventionnel	Décision UNCAM	Mise en ligne de la base sur ameli.fr
Version 1	31/03/2005	30/03/2005	21/03/2005	11/03/2005	11/03/2005
Version 2	01/09/2005	26/08/2005	16/08/2005	18/07/2005	29/07/2005
Version 3	15/04/2006	30/03/2006	23/03/2006	18/07/2005	06/04/2006
Version 4	17/05/2006	16/05/2006	23/03/2006	27/04/2006	18/05/2006
Version 5	01/07/2006	30/06/2006		29/06/2006	04/07/2006
Version 6	16/09/2006	15/09/2006	23/03/2006	31/07/2006	19/09/2006
Version 7	16/04/2007	15/04/2007	23/03/2006	24/01/2007	19/04/2007
Version 8	16/05/2007	15/05/2007	23/03/2006	12/03/2007	19/05/2007
Version 9	28/06/2007	27/06/2007	14/06/2006	03/04/2007	30/06/2007
Version 10	12/09/2007	11/09/2007	10/09/2007	23/08/2007	15/08/2007

Source : Caisse nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés- septembre 2007

Les évolutions du référentiel portent tant sur des changements tarifaires que sur la prise en compte de nouvelles règles qui peuvent nécessiter parallèlement des adaptations des conditions de déclaration d'activité et de facturation des prestations.

C'est ainsi le cas avec la version 10 de la CCAM qui est notamment liée à la nouvelle tarification des forfaits techniques de scanographie et d'IRM, issue des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux (avenant 24 du 25/07/07) et applicable au 12/09/2007.

Ces dispositions impliquent une gestion des forfaits selon des seuils d'activité prédéfinis par type d'appareil (cf. circulaire CNAMTS CIR-44/2007 du 02/10/2007).

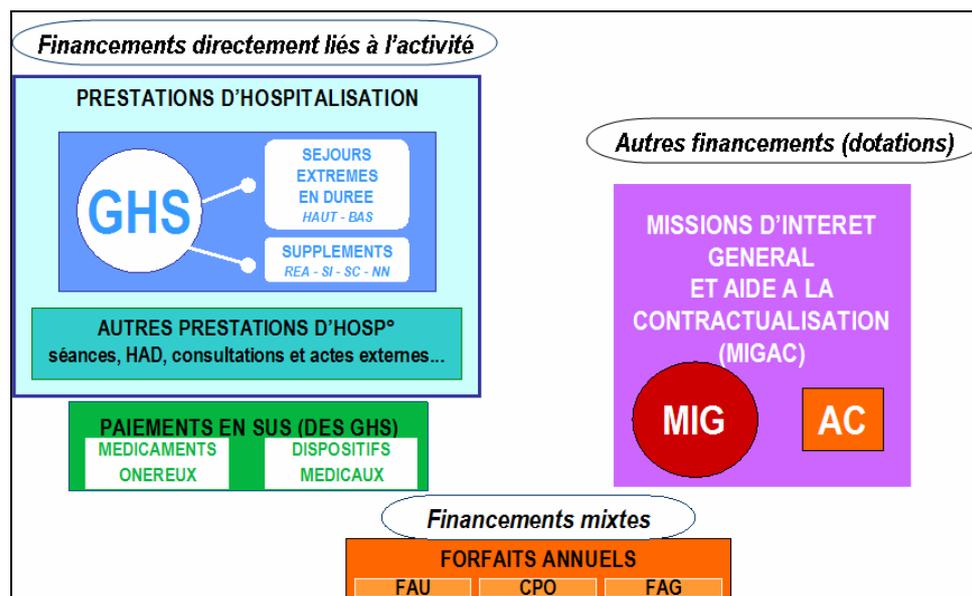
Aussi, la prise en compte des évolutions du référentiel CCAM dans le système d'information, comme celles de tout autre référentiel de nomenclatures, doit s'accompagner d'une analyse d'impacts des mesures qui y sont associées.

►► Pour aller plus loin : sur le sujet de la CCAM, se rapprocher de l'ensemble de l'étude menée par le GMSIH « adaptation du système d'information à l'utilisation de la CCAM à double finalité PMSI et tarifante/étude concernant l'aide au codage », disponible sur le site www.gmsih.fr

2.1.1.2 La tarification à l'activité en MCO

Le modèle de financement en MCO repose sur 3 modes de financement :

- Un financement lié à l'activité (T2A) pour rémunérer les séjours et venues des patients, quel que soit le mode de prise en charge :
 - En hospitalisation, l'activité est rémunérée sur la base d'un tarif forfaitaire :
 - Tarif forfaitaire fixé sur une durée moyenne de séjour en établissement (GHS) ou sur une base journalière en hospitalisation à domicile (GHT)
 - Des suppléments journaliers sont facturés en sus du GHS pour des activités lourdes autorisées (ex : réanimation, soins intensifs...)
 - Des produits onéreux, médicaments et dispositifs médicaux, sont facturés en sus du GHS (liste limitative) et soumis au respect d'un contrat de bon usage (CBU)
 - Hors hospitalisation, l'activité est rémunérée à l'acte ou par forfait :
 - Consultations et actes externes (acte NGAP ou CCAM)
 - Recours au secteur opératoire hors urgence, pour certains actes CCAM (forfait SE)
 - Passage aux urgences hors hospitalisation (forfait ATU)
 - Consommation de matériels « pour soins urgents » hors autorisation d'urgence, pour certains actes CCAM (forfait FFM)
 - Séances de dialyse (forfait Dx)
 - Prélèvements d'organes (forfait PO)
- Une dotation annuelle pour rémunérer des missions d'intérêt général et pour l'aide à la contractualisation (MIGAC/MERRI) : un arrêté fixe la liste des activités prises en charge par cette dotation
- Des forfaits annuels pour rémunérer des activités de soins particulières (urgences, prélèvements d'organes, greffes) : le niveau de rémunération dépend de l'activité réalisée l'année précédente.



Source : mission T2A

»» Pour aller plus loin : sur le sujet du financement, se rapprocher de la documentation réalisée par la mission T2A « la tarification des établissements de santé et la tarification à l'activité », disponible sur le site www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/t2a/accueil.htm

Les conditions de mise en œuvre de la T2A dans les établissements de santé diffèrent selon le secteur :

- Secteur privé :
 - Application de la T2A à compter de mars 2005
 - Application transitoire d'un coefficient correcteur sur les tarifs des GHS et des suppléments (révisé chaque année jusqu'à sa suppression en 2012)
 - Facturation directe à l'assurance maladie des prestations hospitalières et des honoraires des praticiens
 - Dispositif d'acompte versé par la caisse pivot de l'établissement à réception des factures, et versement du complément après traitement de la facture par la caisse gestionnaire de l'assuré
 - Déclaration d'activité fournie aux ARH via le PMSI
- Secteur public :
 - Application de la T2A à compter de janvier 2004, de manière progressive : un taux de financement à l'activité est fixé chaque année (50 % en 2007) et une dotation annuelle est versée en complément (DAC : Dotation Annuelle Complémentaire)
 - Déclaration d'activité fournie aux ARH via le PMSI
 - Valorisation financière de l'activité par l'ARH sur la base des données PMSI et du taux de T2A de l'année
 - Application transitoire d'un taux de conversion (fixé par établissement) pour calculer la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie
 - Allocation mensuelle des ressources (DAC et T2A) par la caisse pivot de l'établissement sur la base des arrêtés de l'ARH

Le modèle du secteur public évolue dans le temps : suppression du taux de conversion en 2007, T2A à 100% en 2008 et facturation directe à l'assurance maladie prévue en 2009. Ces sujets font l'objet d'une présentation spécifique.

»» Pour aller plus loin : sur le sujet de la T2A et de sa mise en œuvre dans le SIH, se rapprocher de l'ensemble des travaux menés par le GMSIH et disponibles sur le site www.gmsih.fr

2.1.1.3 Suppression du taux de conversion

« Jusqu'en 2007, les données transmises aux ARH étaient des données d'activité déconnectées de toute information sur la couverture sociale du patient, la tutelle appliquant un taux moyen de prise en charge des prestations par l'assurance maladie, appelé taux de conversion, pour calculer le financement au titre de la T2A des établissements ex-DG.

Les ARH avaient notifié en 2005 à chaque établissement son taux de conversion reposant sur le rapport des anciennes recettes des groupes 1 et 2 de l'année 2003 (groupe 1, DGF, divisé par la somme des groupes 1 et 2, produits hospitaliers). L'objectif

à terme étant de supprimer ce taux moyen et d'enrichir les données transmises du taux réel de prise en charge du patient concerné.

Le taux de conversion est supprimé en 2007 pour l'ensemble des établissements concernés et est remplacé par une prise en compte au taux réel de prise en charge de chaque prestation par l'assurance maladie.

L'enjeu pour les établissements de santé est donc de parvenir à apparier les données médicales (GHS ou consultations et actes externes) de chaque patient avec ses données administratives et de transmettre les éléments chaînés chaque mois par epmsi ».

Extrait de l'article « facturation et taux de conversion » paru dans le mensuel n°5 -juillet/août 2007 de Finances Hospitalières.

Cette disposition s'apparente à la facturation directe dans la mesure où les données d'activité doivent être individualisées et correctement tarifées. Les informations erronées ou non déclarées ne sont pas rémunérées.

Dans sa circulaire du 21 mars 2007, la DHOS préconise la constitution d'une équipe projet pour la mise en place de la suppression du taux de conversion compte tenu des difficultés organisationnelles et techniques et des enjeux sur la trésorerie des établissements.

►► Pour aller plus loin : sur le sujet de la suppression du taux de conversion, se rapprocher du mensuel n° 5 de Finances Hospitalières.

2.1.1.4 Contrat de bon usage (CBU)

En complément à la réforme du financement pour les établissements MCO, le décret 2005-1024 du 24 août 2005 institue le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (facturables en sus des GHS) dont l'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

Le contrat est signé pour une période de 3 à 5 ans entre les établissements de santé et l'ARH. Il fait l'objet d'une évaluation annuelle.

En contrepartie des engagements souscrits, le niveau de prise en charge par l'assurance maladie est maintenu. Dans le cas contraire, le taux de remboursement peut être réduit, et être fixé dans une fourchette comprise entre 70 et 100%, pour tout ou partie des médicaments ou produits et prestations objets du contrat. La part non couverte reste à charge de l'établissement, elle ne peut être facturée au patient.

Il s'agit pour les établissements de se mettre en conformité et de disposer d'une traçabilité des produits délivrés. Le suivi s'entend de la prescription à la facturation, puisque le niveau de remboursement peut varier d'un produit à l'autre, d'une année sur l'autre.

Le rattachement des produits délivrés au séjour du patient est devenu obligatoire.

►► Pour aller plus loin : La revue Hôpitaux MAGazine du mois d'octobre 2007 contient un article rédigé par Sylvie Delplanque, DSIO au Centre Hospitalier de Calais intitulé « La bonne mise en œuvre du contrat de bon usage : un véritable challenge pour nos établissements ». Elle précise notamment que :

« les objectifs généraux consistent en l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament et prestations au sein de l'établissement. Ils sont aussi de favoriser et

garantir les pratiques pluridisciplinaires ou en réseau. Ces objectifs se traduisent par la mise en œuvre à courte échéance de projets lourds :

- L'informatisation du circuit du médicament et du circuit des produits et prestations
- Le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative
- La traçabilité de la prescription, à l'administration pour les médicaments ou à l'utilisation pour les produits et prestations
- Le développement d'un système d'assurance de la qualité
- La centralisation de la préparation sous la responsabilité d'un pharmacien des traitements anticancéreux, le cas échéant. »

Les produits facturables en sus des GHS sont par ailleurs potentiellement source de revenus pour les établissements. Lorsque le prix d'achat des produits par l'établissement est inférieur au tarif de responsabilité publié au JO, les établissements bénéficient d'un intéressement sur l'écart constaté. Un arrêté du 9 mai 2005 fixe le montant de ce taux d'intéressement à 50 %.

Au final, la facturation des médicaments et produits et prestations en sus des GHS se complexifie car elle fait intervenir un ensemble de règles et d'informations d'origines diverses, dans un domaine encore peu informatisé.

2.1.1.5 Rétrocession, codage UCD et marge

L'arrêté du 23 janvier 2007 impose aux établissements de santé, la transmission du code UCD (unité commune de dispensation) et des données associées pour la facturation de la rétrocession de médicaments. Cette mesure doit entrer en application à compter du 1^{er} janvier 2008.

Elle entraîne une évolution des supports de facturation et oblige à l'utilisation de la télétransmission en mode sécurisé pour garantir la confidentialité des données médicales.

L'identification du praticien prescripteur (RPPS à terme) est une donnée obligatoire.

Une marge rémunérant les frais liés à la gestion et la dispensation de la pharmacie rétrocédée est facturable en plus des médicaments. Son mode de calcul évolue dans le temps : initialement fixée à 15% du montant des médicaments, elle est désormais forfaitaire (28€ TTC jusqu'au 31/08/2008). Cette marge est facturable soit à la ligne de prescription par code UCD, indépendamment du nombre d'unités délivrées, soit à la ligne de prescription pour les spécialités non codées.

Le référentiel des codes UCD est diffusé par la CNAMTS sur son site « www.ameli.fr ». Il doit ensuite être intégré dans le système d'information de chaque établissement.

2.1.1.6 La campagne tarifaire annuelle

Il s'agit d'une déclinaison de la loi de financement de la sécurité sociale. La campagne tarifaire annuelle fixe les orientations en matière de ressources pour tous les établissements et définit les mesures permettant leur mise en œuvre.

Pour 2007, différentes mesures ont ainsi porté sur :

- Le passage du taux de T2A de 35 à 50% dans les ES ex-DG
- Le passage à 100% en T2A de 5 GHS de chirurgie ambulatoire dans les ES ex-DG)

- La création de nouvelles unités médicales
- La création d'un supplément de réanimation pédiatrique
- La création de trois forfaits pour rémunérer la mobilisation du secteur opératoire à l'occasion d'un acte médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes
- Le passage d'une remontée d'informations trimestrielles à mensuelles pour le PMSI

Sa prise en compte dans les établissements peut se traduire par un niveau de complexité élevé.

Ainsi en est-il de la création en 2007 des 3 forfaits de sécurité et d'environnement qui sont facturables dans des conditions croisées de recours à un secteur opératoire et de réalisation de certains actes, fixés réglementairement. La seule réalisation des actes ne permet pas de savoir si le forfait peut être facturé.

2.1.2 Les réformes de l'assurance maladie

2.1.2.1 La participation forfaitaire 1 euro (PF)

La loi du 13 août 2004 instaure une participation forfaitaire due pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin ainsi que pour les actes de biologie. Cette mesure est applicable depuis le 1^{er} janvier 2005.

Le nombre de PF supporté par bénéficiaire des soins est plafonné par jour et par an.

La détection des PF et leur perception sont gérées par les organismes d'assurance maladie obligatoire. Ces organismes doivent donc disposer des données d'activité externe réalisée par les établissements de santé.

D'une remontée globale d'activité trimestrielle aux ARH via le PMSI, les établissements ex-DG doivent évoluer vers la production de factures individuelles (par patient) et se mettre en capacité de les télétransmettre aux différents organismes d'assurance maladie obligatoire gestionnaires des patients.

Ce sujet a priori technique, consiste en fait à mettre en œuvre, en avance de phase, la facturation directe dans les établissements :

- Constitution de factures individualisées selon les formats de facturation en vigueur (intégrant l'ensemble des données d'identification patient et PS, de codage des actes et en appliquant les bonnes règles de facturation)
- Télétransmission des factures en messagerie sécurisée

Le résultat des traitements par l'assurance maladie doit donner lieu à un retour d'information vers l'établissement sur le niveau de qualité des factures émises.

L'analyse de ces résultats revêt un caractère essentiel dans l'optique de la facturation directe : travail préalable d'amélioration de la qualité des factures pour limiter le taux de rejets et les impacts sur les recettes de l'établissement.

2.1.2.2 Le parcours de soins coordonné

La loi du 13 août 2004 prévoit que chaque bénéficiaire de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant chargé de coordonner l'intervention des autres médecins. Cette mesure est applicable depuis le 1^{er} juillet 2005.

Pour les établissements de santé, il convient de déterminer la situation du patient dans le parcours de soins pour pouvoir établir la facturation.

En effet, la coordination des soins avec le médecin traitant donne lieu à une rémunération complémentaire. Aussi, si le patient ne respecte pas le dispositif du parcours de soins coordonné, l'établissement peut percevoir une majoration de tarif (jusqu'à 17,5% du montant de l'acte) et la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minorée (50% au lieu de 70%). La majoration de tarif et la minoration de prise en charge sont à charge du patient.

L'identification de la situation relève du domaine administratif pour ce qui est de l'existence ou non d'un médecin traitant et du domaine médical pour la situation du patient dans le parcours de soins.

Dans ce schéma, l'identification du professionnel de santé est essentielle, le médecin pouvant être le médecin traitant du patient, comme un médecin consulté dans ou hors parcours de soins.

2.1.2.3 Le ticket modérateur 18 euros

Le décret 2006-707 du 19 juin 2006 instaure un ticket modérateur à charge du patient pour les actes affectés soit d'un coefficient supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €. Il s'applique aux actes et séjours depuis le 1^{er} septembre 2006.

Il appartient aux établissements de recouvrer le ticket modérateur de 18€ auprès du patient ou de l'organisme complémentaire dont il dépend.

Il s'agit donc identifier rapidement les cas d'application du TM de 18€ pour procéder au recouvrement à la sortie du patient.

2.1.3 Les prochaines échéances

2.1.3.1 Les franchises médicales

Prévues au PLFSS 2008, les franchises correspondent au principe de reste à charge du patient d'une partie des dépenses de santé.

Elles devraient s'appliquer à compter du 1^{er} janvier 2008, dans la limite d'un plafond annuel, sur certaines prestations :

- Les actes paramédicaux
- Les transports sanitaires
- Les médicaments

La logique de gestion s'apparente à celle de la participation forfaitaire : détection et perception gérées par les organismes d'assurance maladie obligatoire.

Pour les établissements, cette mesure implique d'envoyer les informations d'activité sur le périmètre des franchises aux organismes d'assurance maladie, en télétransmission par messagerie sécurisée.

En l'attente de la facturation directe, il s'agira de fournir des factures « pour information » constituées dans les mêmes conditions qu'une facture réelle.

2.1.3.2 Evolution du financement à l'activité dans les établissements ex-DG

Le PLFSS 2008 prévoit le passage à 100% en T2A pour l'activité MCO des établissements ex-DG avec application d'un coefficient de transition, à l'instar du modèle en vigueur pour les établissements ex-OQN.

Le passage à 100% en T2A implique la suppression de la dotation annuelle complémentaire.

Le coefficient de transition serait calculé pour chaque établissement de manière à tenir compte de l'impact sur les recettes d'assurance maladie des nouvelles modalités de financement.

Par dérogation, les activités d'HAD et de prélèvements d'organes, déjà financés à 100%, ne seraient pas affectés du coefficient de transition.

La prise en compte de ce coefficient impacte donc la facturation : gestion des cas, évolution des traitements et des supports de facturation...

2.1.3.3 La facturation directe pour les établissements ex-DG

Cette mesure va profondément modifier le mode d'allocation des ressources des établissements. En effet, leur financement est aujourd'hui assuré mensuellement par leur caisse pivot sur la base de l'activité déclarée via le PMSI. Le PLFSS 2008 prévoit le maintien de ce modèle jusqu'au 31 décembre 2008.

A compter de 2009, les établissements ex-DG seront rémunérés par l'assurance maladie obligatoire facture par facture après validation par la caisse gestionnaire de l'assuré.

Cette évolution présente un enjeu fort pour la trésorerie des établissements : elle impose une logique de qualité, de régularité et de maturité d'échanges avec les différents partenaires AMO/AMC/trésor public.

Cela implique l'identification précise du patient et de ses droits, l'identification du praticien, l'identification des actes réalisés sur la base des codifications affinées, l'application des règles de tarification des différents régimes d'assurance maladie...

De plus, les factures devront être transmises en messagerie sécurisée sur la base des formats d'échange en vigueur.

Le résultat des traitements par l'assurance maladie fera aussi l'objet d'échanges dématérialisés. Cette nouvelle forme d'échanges doit être intégrée dans les établissements, les rejets devant faire l'objet d'une analyse pour correction des factures erronées.

La facturation directe devrait s'appuyer sur la mise en place d'une caisse interlocutrice unique et financière par établissement, intermédiaire entre l'établissement et la caisse gestionnaire de l'assuré.

Le schéma des échanges prévus dans le cadre de la facturation directe est le suivant :

- Pour assurer la confidentialité des informations médicales (codes UCD de la rétrocession)
- Pour améliorer le délai de recouvrement des factures et répondre aux enjeux de trésorerie dans la perspective de la facturation directe au fil de l'eau

Le protocole d'accord national du 24 juin 2006 définit les modalités de mise en œuvre des échanges en messagerie sécurisée. Des phases de tests sont ainsi prévues pour accompagner ce déploiement :

- Entre l'éditeur et le CNDA (centre national de dépôt et d'agrément) sur la base d'un jeu de tests établi par typologie de facture
- Entre l'établissement et sa caisse pivot
- Entre l'établissement, sa caisse pivot et le trésor public

» Pour aller plus loin : sur le sujet des télétransmissions, se rapprocher de l'étude de la MAINH « kit de déploiement T2A-LAM – dématérialisation des échanges en télétransmission sécurisée » disponible sur le site www.mainh.sante.gouv.fr qui intègre notamment l'étude du GMSIH « profil fonctionnel de sécurité relatif à la dématérialisation des échanges ».

2.1.4 Les modalités de financement des établissements

Le tableau ci-après synthétise les différents modes de financement des établissements au 01/09/2007.

	PUBLIC – PSPH	PRIVE
MCO	Tarification à l'activité (50% sauf HAD et 5 GHS de chirurgie ambulatoire à 100%) Dotation Annuelle Complémentaire	Tarification à l'activité (100%)
	Médicaments et DM Forfaits annuels (urgences-prélèvement organes) MIGAC	Médicaments et DM Forfaits annuels (urgences-prélèvement organes) MIGAC
Exclusions MCO	Dotation annuelle de financement	
SSR	Dotation annuelle de financement	OQN Tarif de prestation
PSY	Dotation annuelle de financement	OQN Tarif de prestation

Hors facturation directe, les modalités d'allocation des ressources en 2007 sont les suivantes :

- Financement à l'activité : l'ARH procède à la valorisation sous 15 jours et notifie par arrêté le montant à régler à la caisse pivot de l'établissement. La caisse pivot doit procéder au paiement le 5 du mois suivant.
- Enveloppes annuelles :
 - DAC : allocation mensuelle réglée en 2 fois par la caisse pivot de l'établissement (75% le 25 et 25% le 15)

- MIGAC : versement mensuel effectué le 25 par la caisse pivot de l'établissement
- DAF : allocation mensuelle réglée en 3 fois (60% le 25, 15% le 5 et 25 % le 15)

Le futur modèle d'allocation des ressources pour les établissements SSR et psychiatrie n'est pas encore défini. Leur passage en T2A sera probablement accompagné d'enveloppes spécifiques comme les missions d'intérêt général.

Leur définition s'appuie sur les remontées d'activité du PMSI : déjà déployées dans les établissements SSR, les remontées d'activité sont devenues obligatoires dans les établissements psychiatriques depuis le 1^{er} janvier 2007 (RIM-P).

2.2 LA BONNE PRISE EN COMPTE DE CES REFORMES PRESENTE DES ENJEUX IMPORTANTS POUR TOUS LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Ces réformes impactent directement les modalités de financement des établissements de santé MCO publics et privés et à terme probablement de l'ensemble des établissements de santé quelle que soit leur activité.

Chaque établissement doit donc disposer d'une organisation et d'un système d'information performants pour répondre à **trois enjeux majeurs** :

- Optimiser la trésorerie
- Valoriser financièrement chaque activité réalisée
- Disposer d'informations fiables pour le pilotage de l'établissement et la gouvernance par pôle

Ces 3 enjeux doivent être reliés à 3 notions phares de la chaîne de production des informations « **qualité, rapidité et exhaustivité** ».

» Pour aller plus loin : sur ces questions de recouvrement, se rapprocher de l'ensemble de l'étude d'organisation menée par la MeaH « Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés », dont les conclusions sont disponibles sur le site www.meah.sante.gouv.fr.

Article : refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A, Revue Hospitalière de France, Janvier-Février 2006, M. Pfeiffer, F. Madelmont.

2.2.1 Optimiser la trésorerie

La trésorerie repose sur l'équilibre entre les encaissements et les décaissements. Il s'agit donc des liquidités dont un établissement dispose (et qui doivent être positives pour les établissements de santé publics).

D'un point de vue financier, la trésorerie est égale à Fonds de Roulement - Besoin en fond de roulement (BFR). Le fonds de roulement est associé à la gestion des investissements. Par contre le BFR est directement lié à l'activité.

« *Le besoin en fonds de roulement (BFR) d'une entreprise est la somme de son BFR d'exploitation et de son BFR hors exploitation. Le BFR d'exploitation représente le solde des emplois et des ressources d'exploitation (soit en simplifiant : stocks + clients - fournisseurs). Il correspond à l'argent gelé par l'entreprise pour financer son cycle d'exploitation (ou sécrété par celui-ci lorsque ce BFR est négatif).* »

Source : Finance d'entreprise, Vernimmen, Dalloz.

Or, dans les établissements publics, les délais de paiement des fournisseurs sont régulés autour d'un paiement à 50 jours. Pour faire baisser le BFR, il est donc nécessaire de travailler sur la rapidité de recouvrement des produits.

Pour optimiser sa trésorerie, l'établissement doit **analyser trois indicateurs** :

- **Son délai de facturation** (délai entre la sortie du patient et l'émission effective du titre de recettes)
- **Son taux de rejet** (des factures émises)
- **Son taux de recouvrement** (des titres émis vers les différents débiteurs hors dotation globale)

En effet, du délai pour produire une facture découle le délai de paiement des débiteurs pour la majorité du financement.

Le critère de rapidité doit être cependant associé à celui de la qualité car si des factures sont produites rapidement, et que le taux de rejets est important, le délai de paiement sera rallongé du délai de traitement des rejets en interne, sans compter les coûts supplémentaires d'exploitation générés par ce doublement de travail.

Enfin, la notion de recouvrement synthétise l'ensemble car elle indique la part effectivement perçue, les créances irrécouvrables venant à la fois augmenter le besoin de trésorerie et diminuer le chiffre d'affaire/recettes.

Il est difficile d'établir des objectifs uniques à atteindre pour ces trois indicateurs et qui seraient valables pour tous. L'important est que chaque établissement mesure par rapport à ces trois indicateurs les besoins de trésorerie et donc à terme les besoins d'appel au financement externe (lignes de trésorerie en banque par exemple).

On peut noter par exemple des différences très importantes dans les résultats obtenus entre établissements en matière de délai de facturation.

Dans l'étude « Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, Rapport de phase 1 – Diagnostic de Janvier 2007 » réalisée par la MeaH, un délai de facturation variant entre 18 jours 72 jours est indiqué.

De manière directe, un délai de facturation qui est le triple d'un autre va exiger des ressources financières complémentaires pour faire face au besoin de trésorerie généré.

2.2.2 Valoriser financièrement chaque activité réalisée

Au-delà de la trésorerie, des dysfonctionnements dans la chaîne de facturation peuvent générer des pertes de recettes/chiffre d'affaire. Il est donc essentiel de pouvoir valoriser l'ensemble de son activité et pour cela, l'établissement doit améliorer au maximum les trois indicateurs suivants :

- **Son taux d'exhaustivité de l'information fournie**
- **La qualité de l'information fournie**
- **Son taux de recouvrement**

Il doit tendre vers l'exhaustivité à 100% de la transmission de son activité facturable à ses différents débiteurs. Il est donc évident que tout acte ou séjour non suivi dans le SIH, va générer une perte financière. Ceci signifie également que toutes les prestations facturables doivent être tracées, par exemple les MIGAC/MERRI ou les consultations externes.

Au-delà de l'identification de l'activité, la qualité de la description de l'activité doit être bonne. Un cas classique dans ce domaine est celui de la détermination des GHS liée à la qualité du codage à la source : l'oubli de co-morbidités associées peut aboutir à un GHS de plus faible tarif.

Sur ce point de la qualité de l'information fournie, il est important de rappeler que les contrôles régionaux externes vont s'amplifier et que les erreurs détectées peuvent aboutir à des récupérations d'indus, voire à des sanctions financières impactant directement les recettes/chiffre d'affaires.

Le taux de recouvrement final est également important car il permet de tracer à la fois les pertes liées aux rejets non traités et les difficultés rencontrées dans le contentieux.

Avec les réformes, l'un des enjeux financiers est qu'à terme toute activité non déclarée, ou mal déclarée, ne sera plus rémunérée directement ou indirectement.

2.2.3 Disposer d'informations fiables pour le pilotage de l'établissement et la gouvernance par pôle

Les réformes impliquent pour les établissements publics ou PSPH une réflexion sur les modalités de pilotage global de l'établissement.

Passer d'un budget global à des paiements à l'activité nécessite de développer une gestion budgétaire prévisionnelle (notamment pour l'EPRD) et un contrôle de gestion efficient sur cette activité.

Au-delà de la gestion stratégique, il faut donner aux équipes de pôles les moyens de suivre leurs contrats de pôle. Le suivi des recettes par pôle, voire son rapprochement avec les coûts, deviennent des outils d'analyse de la performance, et de négociation.

Les établissements privés, plus sensibilisés à ces méthodes de gestion, doivent néanmoins dans un environnement contraint continuer à suivre leurs résultats et à les analyser.

La chaîne de facturation est l'un des fournisseurs des données de pilotage, elle permet de traiter les questions de recettes, de débiteurs, d'éclairer les réflexions financières dans leur ensemble. Il est donc important que les données fournies soient de bonne qualité pour l'analyse interne.

» Pour aller plus loin : sur le pilotage de la performance au sens large, se rapprocher des études menées par le GMSIH sur le sujet « Kit de base des tableaux de bord pour les établissements de santé », et « Lancer, animer, mettre en œuvre un projet de système d'information décisionnel », disponibles sur le site www.gmsih.fr

2.3 LA REPONSE A CES ENJEUX PASSE NOTAMMENT PAR UN SIH PERFORMANT

2.3.1 Quels rôles pour le SIH ?

Pour répondre à ces enjeux, les établissements de santé ont trois objectifs à atteindre en matière de facturation : qualité, exhaustivité et rapidité de production des données.

Pour atteindre ces objectifs, la mise en œuvre des réformes doit être conçue comme un programme de transformation complet et cohérent.

En effet, elle touche à la transformation de la culture de gestion, au changement des organisations et à la mise en œuvre d'outils adaptés.

C'est pourquoi une gestion de projet globale est nécessaire impliquant tous les acteurs concernés, de manière à éviter que chaque réforme soit traitée de manière individuelle sans prendre en compte les impacts sur les autres sujets (ex : le CBU est le projet du pharmacien, l'EPRD, le projet du DAF...).

Dans le cadre de cette gestion de projet, les établissements de santé ont une réflexion de fond à mener sur leur organisation interne et son adaptation à ces nouvelles contraintes. En effet, de nombreux acteurs sont impliqués : du recueil initial de données auprès du patient aux échanges avec les instances extérieures à l'établissement, ainsi que pour l'analyse des informations pour les besoins de pilotage.

Le système d'information doit soutenir l'organisation définie par l'établissement. En effet, qualité, exhaustivité et rapidité ne sont obtenues à des niveaux de performance élevées qu'avec l'aide d'un outil de système d'information qui va assurer :

- Une aide à la productivité (consolidation automatique des informations, réduction des ressaisies, aide à la gestion des rejets, automatisation des tâches...)
- Une aide à la qualité (traçabilité des saisies, contrôle de cohérence, gestion des validations...)
- Une aide à la saisie (ergonomie générale facilitant une saisie décentralisée, aide au codage, contrôle...)
- L'adaptabilité aux nouvelles réformes/évolutions réglementaires à venir

Disposer d'un SIH performant devient donc un véritable facteur différenciant pour les établissements de santé, dans leur capacité à être rémunérés pour leurs activités, et à disposer d'un pilotage efficient.

2.3.2 Des évolutions lourdes à gérer en matière de SIH

Les systèmes d'informations hospitaliers ont généralement été créés avec des approches dites « en silos » par grande activité métier. Par conséquent, les activités médicales sont encore aujourd'hui souvent traitées de manière séparées des activités dites administratives (dont la facturation).

Avec la médicalisation du financement, le SIH doit permettre :

- D'apparier les données médicales et administratives en provenance de différents métiers
- De faire évoluer de manière harmonisée différents systèmes de facturation pour les différents débiteurs (par exemple : facturation directe vers l'assurance maladie obligatoire et complémentaire, et remontées d'activité vers l'ARH via le PMSI) en fonction des évolutions de la réglementation
- De raccourcir les délais de production des données médicalisées et d'assurer un niveau de qualité optimum de l'information produite

Les établissements publics et privés sont donc tous concernés par ces évolutions du SIH.

Les travaux récents menés par de nombreux établissements de santé sur les schémas directeurs ont fait ressortir des priorités autour du dossier patient, dans le sens d'une

gestion médicale de la venue du patient, mais intégrant rarement les problématiques liées à la facturation.

Des évolutions lourdes à mettre en œuvre dans le SIH pour obtenir qualité, exhaustivité et rapidité sont donc à prévoir dans la majorité des établissements de santé. Elles sont à prendre en compte dans une démarche d'urbanisation du SIH.

►► Pour aller plus loin : sur la démarche d'urbanisation du SIH, se rapprocher de l'étude menée par le GMSIH sur le sujet « Architecture et urbanisation de la production de soins », disponible sur le site www.gmsih.fr.

3 Des difficultés importantes pour la mise en œuvre des réformes dans les établissements de santé

La multiplicité des réformes, la diversité de leurs impacts et l'impression d'une accumulation n'ont pas permis de donner une vision globale aux travaux à mener tant d'un point de vue organisationnel que technique. Une gestion au « coup par coup » en fonction de l'actualité et des urgences s'est donc instaurée.

Les difficultés rencontrées par les établissements de santé se concentrent autour du manque de gestion d'un projet global. Elles sont liées :

- Aux évolutions organisationnelles nécessaires, mais complexes
- A un manque de gestion de projet et d'animation du changement
- Aux difficultés de mise en œuvre dans le SIH

Les établissements ex-OQN ont fait face à ces difficultés dans des délais contraints mais avec un système d'information déjà orienté vers une production de factures individualisées. Pour autant, les évolutions du SI gérées dans ce contexte d'adaptations rapides ne sont pas forcément compatibles avec un SI pérenne et cohérent pour une intégration plus souple des réformes. Les établissements privés peuvent donc encore être amenés à assurer la pérennité et l'évolutivité de leur SI.

Pour les activités de SSR et de Psychiatrie, les projets se heurtent au manque de visibilité sur leur futur modèle de financement et la nature des informations d'activité à transmettre via le PMSI. Ces incertitudes posent questionnement sur les efforts à engager et la stratégie de SI à développer.

3.1 LES ETABLISSEMENTS RENCONTRENT DES DIFFICULTES POUR FAIRE EVOLUER LEUR PROCESSUS DE FACTURATION

3.1.1 Un périmètre large à prendre en compte

« *Un processus métier est un ensemble d'activités réalisées par des acteurs pour satisfaire un objectif (produire une facture, soigner un patient, ...). De l'échange d'information se produit dans un processus sous forme de messages.* » (GMSIH, Architecture et urbanisation de la production de soins).

Le processus de facturation/contrepartie décrit l'enchaînement des activités, de la production des données sources à la réception des financements associés.

Dans un établissement de santé, la facturation consiste à :

- **Recueillir l'ensemble des informations** administratives et médicales liées à la venue du patient dans l'établissement et nécessaires à la structuration des différentes factures disposant des bons éléments d'identification
- **Appliquer les règles** de facturation pour traiter les informations rassemblées
- **Produire les factures** à destination des différents débiteurs (l'assuré, l'assurance maladie obligatoire, l'assurance maladie complémentaire, l'agence régionale de l'hospitalisation), et du comptable

En contrepartie de son activité, l'établissement perçoit les financements. Ces financements ne sont pas systématiquement liés à une facture proprement dite, d'autres flux rassemblant des informations sur l'activité existent à destination des ARH.

3.1.1.1 Recueillir les informations

Le processus de facturation est un processus métier qui vient s'appuyer sur le processus de production de soins dont il utilise des informations.

Les grandes catégories d'informations à rassembler pour chaque venue du patient sont les suivantes :

- Les données d'identification du patient (nom, prénom, sexe, âge, ...)
- Les droits du patient vis-à-vis de l'AMO, de l'AMC
- Les circonstances de sa venue
- Le déroulement de son séjour et en particulier :
 - Les mouvements entre les différentes unités et les types d'autorisations (les tarifs applicables par l'établissement découlent des autorisations dont l'établissement est titulaire. Un exemple l'illustre : une prise en charge en soins palliatifs sera plus valorisée dans une unité autorisée de soins palliatifs que dans un service non titulaire de cette autorisation spécifique)
 - Les actes réalisés (information datée et associée à l'identification du professionnel de santé concerné) : ils comprennent aussi bien les actes chirurgicaux que les actes relevant d'un laboratoire comme la biologie ou l'anatomopathologie
 - Les diagnostics posés, les scores tel le score de Karnofsky
- Les médicaments délivrés
- Les dispositifs médicaux posés

Le recueil de données doit intervenir pendant la venue du patient. Les données doivent être fournies au fil de l'eau pour permettre une facturation à la sortie du patient.

Le recueil a posteriori doit être limité autant que faire se peut aux informations ne pouvant pas être rassemblées lors du séjour du patient, comme par exemple la prise en charge par un organisme complémentaire dont la demande faite pendant le séjour n'a pas abouti à temps.

L'exhaustivité des informations n'est plus garantie en cas de recueil a posteriori. Pour les venues de très courte durée (actes et consultations externes, urgences), un recueil incomplet pendant l'épisode de prise en charge conduit souvent à des informations insuffisantes et éventuellement erronées qui ne pourront être corrigées ensuite qu'au prix de recherches longues et coûteuses, alors que la recette potentielle de l'établissement pour l'épisode n'en couvre pas le coût.

3.1.1.2 Appliquer les règles

Les règles de facturation sont définies par le ministère de la santé et l'assurance maladie obligatoire. Elles décrivent les modalités de combinaison des informations rassemblées en vue de la production d'une facture. Leurs conditions d'application sont influencées par le secteur de l'établissement (ex-OQN ou ex-DG), l'activité (MCO, SSR,

Psychiatrie), le statut du patient tant du point de vue de la nature de sa prise en charge que de la situation de ses droits.

La répartition entre les différents débiteurs est fonction du taux de prise en charge par l'AMO.

Par exemple, un patient hospitalisé en médecine (au sens MCO) est pris en charge par l'AMO à 80% mais si la pathologie traitée relève d'une affection de longue durée, le taux de prise en charge par l'AMO est alors de 100%.

Le ticket modérateur peut être à charge du patient ou de son organisme complémentaire selon la couverture de son contrat.

Cependant, les réformes ont complexifié la répartition AMO/AMC en introduisant un « reste à charge » potentiel pour le patient (non respect du parcours de soins) ou pour l'établissement (non respect du CBU).

La logique d'une facture répartie en 2 cas de figure : prise en charge à 100% par l'AMO ou application d'un ticket modérateur pris en charge par le patient ou l'AMC est révolue.

L'établissement est tenu de déterminer les conditions d'application des règles et de fournir les éléments de cette répartition.

3.1.1.3 Produire les différents formats de facture

L'établissement doit être en mesure de produire une facture contenant les éléments nécessaires à chacun des différents débiteurs concernés. La pratique du tiers-payant avec les organismes complémentaires est encore limitée, ce qui rend nécessaire le recouvrement de la part non couverte directement auprès du patient à sa sortie de l'établissement.

Ceci est tout particulièrement vrai dans le cadre des consultations et actes externes où le coût du recouvrement différé surpasse la part directement due par le patient.

L'établissement produit une facture pour toutes les activités donnant lieu à un financement à la venue :

- Séjour en hospitalisation (complète, de semaine, ambulatoire, HAD)
- Passage aux urgences
- Consultation ou acte externe (dont biologie et radiologie)
- Acte réalisé dans un secteur opératoire sans hébergement
- Rétrocession de médicaments

Les établissements publics produisent également des « titres de recettes » pour le trésor public qui intervient en tant que comptable (le flux d'informations dématérialisé « H Titre » est produit en même temps que la facture).

3.1.1.4 Obtenir la contrepartie des activités

Les établissements perçoivent différents flux de financements en contrepartie de leur activité :

- **Les flux de financement liés directement à la venue d'un patient :**

Dans les établissements MCO, la majorité du financement provient de l'activité. La notion de débiteurs inclut l'assuré, l'AMO, les AMC.

Les établissements ex-OQN facturent directement à l'AMO. Ils reçoivent le financement en retour, facture par facture.

Les établissements ex-DG facturent directement aux AMO les prestations hors champ de la dotation globale. Ils sont rémunérés en retour facture par facture.

Par contre, en attente de la facturation directe pour l'ensemble de leur activité, le financement est réalisé sur la base des déclarations d'activité PMSI adressées aux ARH. La contrepartie est réalisée mensuellement par la caisse pivot : part à l'activité et DAC.

- **Les autres flux de financement :**

Selon le type d'établissement, une part variable du financement n'est pas liée à une facturation proprement dite. Il s'agit des forfaits annuels (urgences, prélèvements d'organes et greffes) et des MIGAC/MERRI.

Les forfaits annuels dépendent du niveau d'activité réalisée l'année précédente. Le financement est donc étroitement lié à l'exhaustivité des déclarations d'activité réalisées au quotidien.

S'agissant des MIGAC/MERRI, ces enveloppes financières peuvent représenter 30% des recettes d'un CHU et moins de 5% pour un établissement privé ex-OQN. Ces derniers de par leur activité ne bénéficient pas, par exemple, d'une contrepartie pour l'enseignement et la recherche. Par contre, tous les établissements (ex-OQN ou ex-DG) sont éligibles pour les enveloppes MIG. Pour être éligibles, les établissements doivent transmettre à l'autorité de tutelle, les documents et informations requis. Ils sont différents selon les activités concernées.

Les modalités de calcul ne sont pas aujourd'hui figées. Il n'est donc pas possible, à l'instar des activités facturées à la venue, de proposer des préconisations suffisamment robustes pour impacter durablement l'architecture du système d'information. C'est pourquoi dans la suite de ce document, ces enveloppes seront évoquées, mais ne pourront donner lieu à une description précise des chantiers à mettre en œuvre pour les obtenir.

Un autre financement non lié directement à l'activité est la dotation annuelle de financement (DAF). Il s'agit du nouveau nom donné à la dotation globale annuelle pour les établissements publics et PSPH hors champs de la T2A : établissements MCO exclus du périmètre T2A (hôpitaux locaux, établissements du service de santé des armées...) et établissements SSR et de Psychiatrie. Cette dotation est amenée à disparaître au profit de la tarification à l'activité.

Par ailleurs, les établissements reçoivent différents flux d'information en réponse à leur demande de financement :

- **Les flux EPRD :**

Les flux d'information liés à l'EPRD sont à prendre en compte au sein du processus d'allocation des ressources. Ils ne sont pas à proprement parler source d'une contrepartie, mais ils participent indirectement à la « validation » des recettes par la tutelle.

Pour les établissements ex-DG, l'EPRD doit être approuvé par les autorités de tutelle au même titre que précédemment le budget, à ceci près qu'il inclut un prévisionnel de recettes. Les informations nécessaires à son élaboration sont contenues dans les informations rassemblées, d'une part pour produire une facture à la venue, et d'autre part pour élaborer les déclarations des activités non

facturées à la venue citées ci-dessus. La contrepartie en elle-même, après consolidation, peut devenir le socle de prévision des recettes.

- **Les retours AMO/AMC:**

En réponse à la facturation directe, les AMO adressent des retours d'information sur le résultat du traitement des factures : paiement ou rejet. Pour les établissements publics, les retours dématérialisés transitent par le site national NOEMIE (SNN) du Trésor Public.

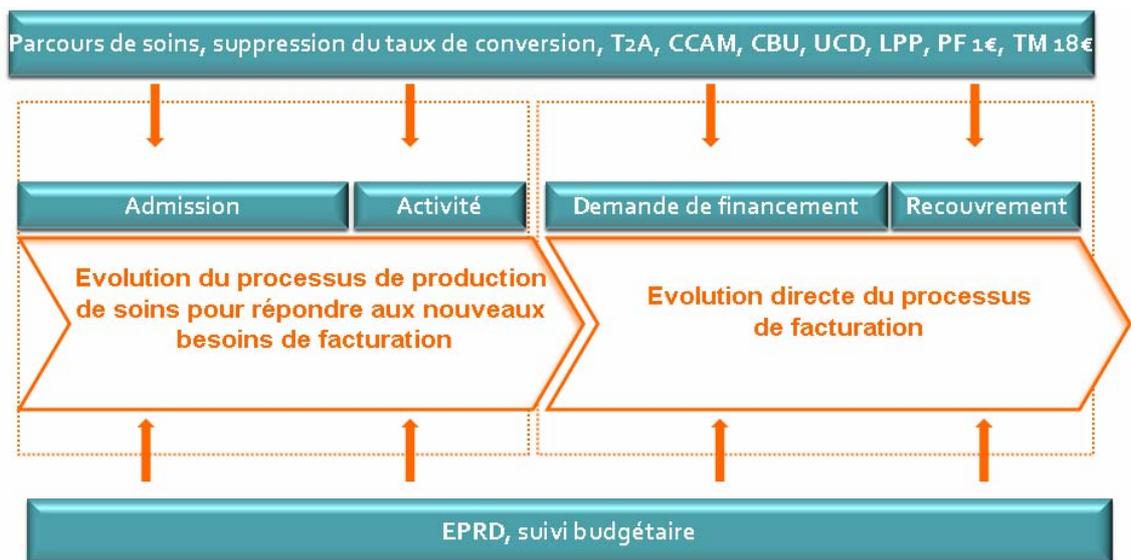
Les établissements doivent analyser les rejets pour corriger les données en anomalie et procéder à l'envoi d'une facture correcte.

Les informations de paiement servent à solder la créance d'un point de vue comptable mais également à clore la venue dans le système d'information (passage d'un statut facturé à un statut payé). Cette information est utile au suivi du taux de recouvrement des factures.

Les organismes complémentaires fournissent également des retours d'information en cas de tiers-payant sur la part complémentaire. Un alignement des supports d'échange avec ceux des AMO est en cours d'étude. Cette harmonisation facilitera l'intégration et le traitement des informations dans le SI des établissements.

3.1.2 Le processus de facturation/contrepartie est fortement impacté par les réformes

Les réformes touchent l'ensemble du processus de facturation, à la fois sur la partie rassemblement de l'information, qui dépend du processus de production de soins et sur le processus même de la facturation.



Les réformes du financement imposent aux établissements de fournir des factures médicalisées et de procéder à leur envoi en télétransmissions sécurisée pour respecter la confidentialité des données sensibles.

Cette évolution concerne plus particulièrement les établissements ex-DG. La dotation versée mensuellement par douzième garantissait un flux entrant de trésorerie stable non influencé par la performance du processus de facturation. Même si les établissements

ex-OQN ont adopté très tôt un système d'information et des processus leur assurant un recouvrement fluide, leur processus de facturation et leur processus de soins n'en sont pas moins impactés par la médicalisation de la tarification qui touche tous les établissements.

3.1.2.1 Le processus de production de soins doit répondre aux nouveaux besoins de la facturation

Le recueil décentralisé des informations médicales s'est généralisé avec la médicalisation de la nomenclature des actes techniques, la CCAM.

Cependant, le cloisonnement des applicatifs ne permet pas toujours une saisie à la source en temps réel, alimentant immédiatement le processus de facturation.

Plusieurs facteurs peuvent être relevés : identifiant patient non partagé, absence de référentiel commun (versions différentes de la CCAM), incohérence des mouvements inter applicatif (le patient n'est pas aisément accessible au professionnel de santé dans son applicatif métier)...

Ceci illustre le chemin qui reste à parcourir pour passer d'une architecture applicative cloisonnée construite bien souvent par spécialité, vers un système coordonné construit autour de processus transverses aux spécialités (prescriptions, gestion des RV...).

3.1.2.2 Le processus de facturation doit répondre aux nouvelles modalités d'échange

Le processus de facturation intègre l'émission des supports vers les différents débiteurs et la prise en compte des supports émis en retour par les débiteurs.

La dématérialisation des échanges impose aux établissements ex-DG de s'adapter en matière d'infrastructure technique pour développer les télétransmissions en messagerie sécurisée mais surtout en matière de gestion des retours pour l'exploitation des rejets.

En effet, les organismes d'assurance maladie, tous régimes confondus, vont à courte échéance supprimer les courriers papier précisant la nature des rejets. Les informations seront fournies dans les supports NOEMIE, selon une nomenclature spécifique à chaque régime.

Il importe donc de s'adapter pour intégrer de façon automatique les retours dans le SI de l'établissement et de préparer les organisations internes.

Le passage à la facturation directe rend cette approche d'autant plus cruciale. Sans exploitation rapide des rejets pour corriger les anomalies, ce que seul un système automatisé peut offrir, la facture sera financée avec retard (impact sur la trésorerie),

Le processus de facturation doit être pensé dans sa complexité de double circuit interne :

- Recueil des informations → envoi des factures
- Exploitation des résultats → correction des anomalies à la source (si rejet), solde de la créance et de la venue (si paiement)

3.1.2.3 Nécessité de définir un workflow partagé entre processus de production des soins et facturation

Le lien entre production de soins et facturation impose d'organiser le processus de facturation.

Cette organisation oblige à remettre en cause certaines pratiques (pas de codage itératif avec révision à n'importe quel moment des données saisies, multiplication des contrôles en amont...). Il ne s'agit plus seulement d'avoir une saisie décentralisée mais il faut surtout une saisie juste, respectant des délais et des procédures définies, diffusées, actualisées et opposables.

De manière schématique, dans de nombreux établissements, il existe encore une vision « actes et diagnostics = PMSI » et « informations administratives = facturation patient ».

Le processus de facturation est perçu comme une succession de tâches administratives supportées par un applicatif de gestion administrative.

Les difficultés rencontrées lors de la suppression récente du taux de conversion dans les établissements ex-DG ont provoqué une prise de conscience : l'existence de deux circuits parallèles (les données médicales du DIM, les données administratives du bureau des entrées) non coordonnés ne permettait pas une validation optimale des données transmises aux acteurs extérieurs. Elle obligeait à une correction séparée et laborieuse incompatible avec les délais requis.

Au global, il y a nécessité de faire accepter le processus de facturation comme un prolongement du processus de production de soins.

Au-delà de la problématique de l'intégration technique à laquelle les chapitres suivants tenteront d'apporter une solution, une organisation coordonnée de ces deux processus doit permettre d'aboutir à une chaîne de facturation performante.

L'objectif est de rassembler les informations en temps réel, de les contrôler et de valider chaque étape constitutive du processus (ex : validation des données médicales par les PS concernés, exhaustivité des RUM, exhaustivité des données administratives...). Cette organisation implique définition des responsabilités de chacun des acteurs tant pour les activités débouchant à la facturation que celles visant à exploiter les retours d'information.

Ceci introduit la notion de workflow qui sera développée dans le chapitre suivant.

3.1.2.4 Au delà du workflow, la question organisationnelle reste essentielle

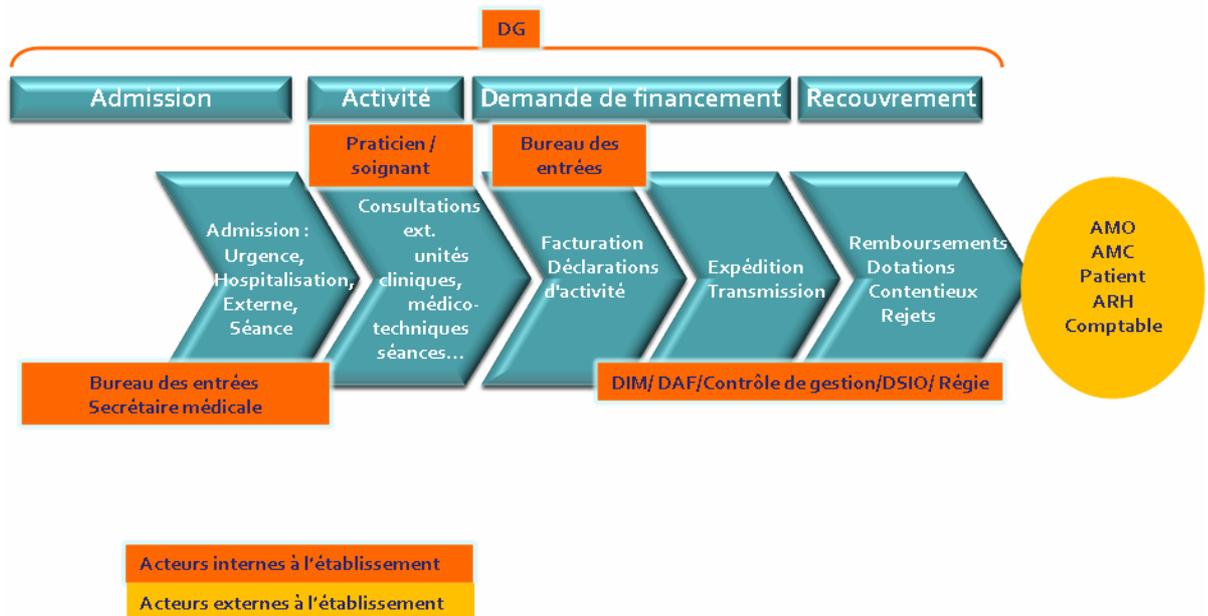
La mise en œuvre des réformes impose la mise en place de procédures adaptées permettant à la fois de réaliser les prises en charge de manière efficace et d'assurer une bonne facturation. Par exemple, pour des venues de très courte durée comme les consultations externes, il est nécessaire d'envisager :

- Un recueil des données administratives à l'arrivée du patient et un recueil des données médicales au fil de l'eau
- La traçabilité des soins prescrits et réalisés au cours de la venue
- Un traitement immédiat de toutes les informations afin de déterminer la participation du patient
- L'édition de la facture suivie de son paiement à l'issue immédiate de l'événement de soin

Ce sont donc bien des changements organisationnels lourds, dans l'accueil, la gestion des patients et le suivi de leur venue.

3.1.3 Les acteurs concernés par cette évolution sont nombreux

Toute évolution du processus de facturation/contrepartie est complexe à mettre en œuvre et s'inscrit dans un processus de conduite du changement car elle implique de nombreux acteurs internes et externes, comme l'illustre le schéma ci-dessous.



Avec la contractualisation interne, l'activité de soins s'inscrit aussi dans une approche économique.

Les acteurs précédemment en charge de la seule information médicale doivent désormais gérer aussi des données économiques, et réciproquement les acteurs précédemment en charge de la seule information de facturation doivent aussi gérer des données médicales, tout cela dans le respect des principes de confidentialité.

Sans ce cheminement réciproque, les processus liés de production de soins et de facturation ne pourront pas être performants.

L'enjeu est de décloisonner les professionnels pour favoriser l'émergence d'un processus fluide :

- Une nécessaire implication des professionnels de terrain
- L'expertise des équipes DIM/facturation
- La vision financière et le pilotage du contrôle de gestion par le DAF
- Le soutien du SIH par le DSIO

Les différents acteurs du processus de facturation doivent donc se rapprocher et alimenter le processus de facturation avec les données qu'ils maîtrisent.

Un agent du bureau des entrées pouvait mettre en facturation une consultation sans aucune information sur le contexte et les circonstances de la venue. Avec le parcours de soins, les parts des différents débiteurs sont modulées par des informations d'ordre médical. Le praticien comme l'agent administratif doivent pouvoir saisir et échanger ces données en temps réel, pour optimiser le recouvrement.

Le DIM maîtrise actuellement la constitution, le contrôle et la transmission des fichiers du PMSI. Avec les réformes du financement, ces données, historiquement à vocation informative, sont maintenant à l'origine d'une part croissante de la recette de l'établissement. Le DIM devient un des pivots du processus de facturation.

Le pharmacien est également un acteur au cœur du processus de facturation.

Le contrat de bon usage, la prise en compte des codages UCD et LPP élargissent l'intégration du médicament et des DM dans le processus de facturation :

- Le non respect du contrat diminue les recettes
- Le codage UCD est la première étape d'un suivi des prescriptions par venue et par professionnel de santé
- La facturation est individualisée par patient

3.1.4 Evolutions constatées dans les établissements

Une nouvelle fonction émerge dans les établissements : la direction de la patientèle ou de la clientèle. Elle a pour vocation de gérer le passage du processus de production des soins au processus de facturation en veillant à ce que, dès la prise en charge du patient et jusqu'à sa sortie et au-delà, cette intrication des deux processus fonctionne harmonieusement dans le respect des droits du patient.

Certains établissements procèdent à une décentralisation de l'accueil dans les unités de soins pour optimiser la qualité du recueil des données administratives : le temps passé avec le patient ou sa famille est davantage personnalisé et adapté au contexte.

La décentralisation ne signifie pas qu'un agent de l'accueil doit être affecté à chaque structure de soins. Il est possible de constituer un bureau d'accueil mobile, les agents se déplaçant dans les unités de soins. De même, l'accueil mobile peut être complété par la nomination d'un correspondant dans le service.

L'adaptation du processus de facturation à la nouvelle donne réglementaire n'est pas le projet d'experts des processus administratifs, mais un projet stratégique.

En tant que projet stratégique, il est placé sous la MOA de la direction générale qui a la légitimité pour repositionner les acteurs, impulser et financer l'évolution du système d'information pour une meilleure intégration des différents processus.

3.1.4.1 La meilleure prise en compte des acteurs externes

Les acteurs externes qui interviennent dans l'étape du recouvrement sont les débiteurs et le Trésor Public, intermédiaire entre les établissements publics et les débiteurs.

De part une pratique ancienne de la facturation directe aux AMO, AMC et patient, les établissements ex-OQN ont souvent construit des relations privilégiées avec leurs débiteurs dans l'objectif de traiter de gré à gré les problèmes rencontrés dans les échanges.

Lors de la mise en place de la T2A en 2005, ces contacts ont été renforcés par la mise en place de comités opérationnels regroupant des représentants de l'assurance maladie des fédérations, des établissements, des ARH.

Le suivi de projet associant ces différents acteurs a favorisé l'émergence d'une relative sérénité dans la mise en œuvre, les difficultés étant traitées conjointement au fur et à mesure dans un quasi processus d'apprentissage partagé

Ce lien est particulièrement efficace au niveau opérationnel :

- Le responsable de facturation avec un correspondant identifié à la CPAM pivot
- Le DIM avec un contact identifié dans les services en charge de la validation régionale e-pmsi

Les établissements publics sont en contact permanent avec le comptable du Trésor, gestionnaire de leur trésorerie. Jusqu'à présent, son rôle se limitait à des actions strictement comptables tant du point de vue des recettes que des dépenses.

Cet acteur peut aider l'établissement dans l'analyse et la reconstitution de son processus de facturation, dont il est un observateur privilégié pour l'étape recouvrement.

En effet, les montants facturés (au sens large incluant à la fois la facturation proprement dite et la valorisation via le PMSI) et consolidés par les acteurs internes ne sont pas les montants réellement recouverts. L'écart est la traduction à la fois des rejets AMO, de la non complétude des transmissions, du contentieux patient ou AMC.

Le comptable du trésor en a une vision globale contrairement aux débiteurs.

3.2 LA GESTION DES PROJETS LIES AUX REFORMES EST COMPLEXE POUR DE NOMBREUX ETABLISSEMENTS

3.2.1 Manque d'une vision d'ensemble sur les réformes

Chaque réglementation, prise isolément, concerne un ou deux métiers dans l'établissement.

Au premier plan pour les réformes du financement, on retrouve le DIM, le DAF ou la direction de la patientèle, mais aussi le pharmacien. Chacun de ces acteurs s'approprie la nouvelle mesure et dans le meilleur des cas la traduit en tâches pour ses collaborateurs ou pour ses contacts les plus directs.

Très souvent cette nouvelle réglementation impose une évolution des outils informatiques, de la mise à jour d'un référentiel à la mise en œuvre d'une nouvelle fonction. Plusieurs risques peuvent être envisagés :

- Des experts métiers qui ne remettent pas en perspective «leur réforme» avec le contexte global du financement
- Un DSI qui peut empiler des projets sans maîtrise des impacts
- Des projets qui ne sont priorisés, ni par les demandeurs, ni par une maîtrise d'œuvre
- Un schéma directeur du système d'information qui est en permanence remis en cause,

Au total, chacun des acteurs peut être frustré dans la mesure où ses efforts pour améliorer la performance des processus se heurtent soit à l'émergence de projets perçus comme concurrents, soit à des délais incompatibles avec les obligations réglementaires.

Cette difficulté se répercute au niveau de la direction où les projets liés à la facturation sont appréhendés de manière parcellaire, avec pour conséquence une vision réduite ne lui permettant pas d'arbitrer tant du point de vue investissement que ressources humaines.

3.2.2 L'absence de projet global

Les difficultés tant organisationnelles que techniques et les risques exposés obèrent la capacité des acteurs à envisager le projet dans sa globalité.

Le projet de refonte des modalités de financement est perçu tantôt comme :

- Un projet purement technique avec pour solution, l'acquisition d'outils ad hoc et pour porteur principal, la DSI
- Un projet purement organisationnel, avec une refonte du processus et un repositionnement des acteurs mené essentiellement par la direction de la patientèle.

Par ailleurs, la direction générale a souvent peu de visibilité sur le projet car les réformes sont vues de manière parcellaire.

L'équipe projet a des difficultés à trouver le budget et les ressources les plus compétentes dans l'établissement pour travailler sur le projet et, en fonction du sujet, le projet est vu comme l'affaire du « technicien » de la réforme (ex : DAF pour EPRD, pharmacien pour le CBU...).

Quand la direction générale est motivée, c'est généralement autour de la notion de délai de facturation. Or, un délai incompressible est à prévoir. Ce sont plutôt les notions d'exhaustivité et de qualité qui doivent être privilégiées, celles-ci jouant notamment sur la capacité de pilotage de l'établissement.

3.2.3 Une animation du changement complexe car faisant évoluer de nombreux profils

Le positionnement des acteurs vis-à-vis des réformes du financement a été évoqué dans le paragraphe précédent.

Bouleversant les rôles de chacun, cette évolution peut se traduire par des résistances qui sont des freins à sa mise en œuvre comme par exemple :

- Dépossession de l'expertise, chaque réforme imposant la collaboration sur le même plan de plusieurs métiers
- Perception par les professionnels de santé d'un renforcement des procédures « administratives » venant interférer avec leur activité de soins
- Sensation de perte de compétence devant la complexité des règles à mettre en œuvre en tant que telles mais aussi dans leur corrélation réciproque

Par ailleurs, les établissements, contrairement à ce qui s'est produit lors de l'accréditation, n'ont pas toujours mis en place une communication institutionnelle suffisamment efficace pour combattre ces préjugés négatifs et impliquer tous les acteurs concernés.

Aujourd'hui, pour une gestion de projet efficace, la façon de gérer la facturation doit évoluer.

3.2.4 Lassitude des équipes

Les équipes des établissements sont régulièrement confrontées à de nouvelles réglementations ou à l'adaptation de réformes.

C'est notamment le cas des actes frontières non définis à l'apparition de la T2A, et générateurs de difficultés pour identifier la limite entre séjours hospitalisés et consultations externes.

A chaque nouveau changement un projet supplémentaire est à prendre en compte avec des délais toujours trop courts ne permettant pas de « sortir la tête de l'eau ».

Faute de vision d'une cible à atteindre, les évolutions sont gérées au « coup par coup », chacune pouvant remettre en cause la précédente.

Cette accumulation de réformes et leur prise en compte « en rustine » sur l'existant génèrent une lassitude des équipes qui subissent la complexité des dispositifs et la nécessité de réadapter en permanence le système d'information.

3.2.5 Complexité supplémentaire pour les activités SSR et PSY

La principale complexité vient de l'absence de certitude sur le système d'information à mettre en œuvre.

Une des composantes nécessaires à l'appréhension des informations à recueillir pour pouvoir facturer est la connaissance de la classification des activités.

Aujourd'hui, pour le SSR, la classification n'est pas encore stabilisée.

En ce qui concerne la psychiatrie, les établissements se concentrent sur les évolutions à mettre en œuvre pour procéder aux remontées d'informations du RIM-P. Les premiers analyses montrent un décalage entre les pratiques ou fonctionnalités des logiciels existants et les informations attendues pour le PMSI comme par exemple :

- La définition du séjour : une mutation dans un même établissement vers le domaine MCO ou SSR doit donner lieu à changement du n° séjour
- La déclaration d'activité : l'enregistrement du patient doit être réalisé même si sa venue ne donne pas lieu à tarification

3.3 LE SIH SOUTIENT ENCORE TROP PEU LES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS

3.3.1 Deux circuits : PMSI, facturation ou un historique lourd en terme de SI

Le terme de facturation recouvre en réalité aujourd'hui deux types de production : la facture proprement dite destinée au recouvrement immédiat de la créance, et l'ensemble des fichiers transmis au titre du PMSI pour déclarer l'activité et obtenir pour les établissements ex-DG, la part de financement valorisée par l'ARH.

Bien que longtemps indépendants l'un de l'autre, les périmètres respectifs de la facture au sens habituel et du PMSI s'exercent selon des modalités de plus en plus intriquées : la suppression du taux de conversion, dans les établissements ex-DG, a mis en relief leurs points communs et la nécessaire mise en commun des processus.

Cependant, la persistance de deux systèmes de traitement cache cette convergence inéluctable en termes de recueil d'information, comme de traitement.

Elle est une réalité pour les établissements ex-OQN, la facturation des séjours reposant sur des composants du PMSI : fonction groupage, production du GHM et du GHS. La facturation est historiquement individualisée dans ce secteur.

Cet ancrage fort dans la constitution immédiate du flux de trésorerie et donc des recettes n'a pas toujours cependant conduit à une prise de conscience optimale de la

nécessaire révision du schéma directeur du système d'information hospitalier, au moins sur cet aspect bien particulier.

3.3.2 Un manque de vision d'ensemble du projet de SI à mener

Le DSIO est souvent informé « en bout de chaîne » des modifications à réaliser dans des délais restreints, sans avoir tous les tenants et aboutissants des évolutions qui lui sont demandées.

Il doit gérer une multiplicité des formats de facturation à fournir (ATIH, ARH, Patient, AMO, AMC...). Les priorités sont par conséquent rarement définies.

De plus, le DSIO rencontre des difficultés liées à une mauvaise connaissance ou interprétation des règles. Celles-ci sont souvent gérées par les éditeurs dont les solutions imposent une construction du SI et des contraintes organisationnelles. Le DSIO ne peut pas développer son expertise de « bureau d'études » analysant et validant la conformité des solutions au regard du SI.

Le constat du manque de possibilité pour le DSIO, d'établir le projet de SI à mener (vision cible et trajectoire), est renforcé, par ailleurs, par l'absence d'un document de synthèse national sur la prise en compte de toutes les réformes dans le SIH, ce qui est l'objet de cette étude.

3.3.3 Des systèmes de facturation peu performants

La nécessité de réunir les données médicales et administratives au fil de l'eau implique de profondes évolutions du SIH qui peuvent se heurter :

- Au maintien difficile de la cohérence et de la fluidité du SI compte tenu des différentes sources d'information
- A une gestion des mouvements des patients plus ou moins bien organisée et prise en charge par le SI
- Au codage itératif au fil de la venue
- A la multiplicité des référentiels
- Au volume important d'informations à contrôler

Or aujourd'hui le processus de facturation étant encore trop souvent perçu comme dissocié de la production de soins. Il n'est pas facile pour les éditeurs de proposer au moindre coût une solution globale.

3.3.4 Une urbanisation insuffisante des SIH

Globalement, pour facturer, un établissement a besoin de collecter des informations produites par différents acteurs et relevant de différents métiers pour ensuite les rapprocher.

Cette multiplicité des sources et le manque d'urbanisation du SIH rendent ce travail difficile. Dans ce contexte, plusieurs problèmes se posent :

- L'absence de lien entre le ou les applicatifs de gestion médicale et l'applicatif de gestion administrative avec pour conséquence :
 - Une fiabilité incertaine de l'identité du patient

- Une incohérence des fichiers structures et annuaire des PS
- Un non partage des référentiels
- Une mauvaise couverture de certains métiers par le SIH avec pour conséquence :
 - Une circulation parallèle des informations exigeant une remontée manuelle
 - Une obligation de saisie manuelle
- Un fonctionnement en silos de certains métiers avec des liens insuffisants au SIH (ex : outil urgences ou gestion de blocs mal ou pas interfacés) avec pour conséquence :
 - Une intégration a posteriori ou une ressaisie manuelle avec un risque d'erreur non négligeable, ou
 - Un abandon de l'information

3.3.5 Des schémas directeurs à faire évoluer

La plupart des schémas directeurs encore en vigueur dans les établissements de santé se sont concentrés sur la gestion médicalisée de l'activité indépendamment de son intégration dans le processus de gestion. La perspective lointaine des réformes du financement n'a pas été appréhendée complètement.

Deux situations extrêmes peuvent être décrites selon les secteurs :

- Dans les établissements ex-OQN, le système de gestion administrative était considéré comme performant au prix d'adaptations de détail permettant la facturation GHS
- Dans les établissements ex-DG, le système de gestion administrative ne générait pas les éléments nécessaires à la perception des recettes

A la décharge des établissements, la complexité des cahiers des charges et les délais courts de mise en œuvre n'ont pas permis de prévoir une refonte profonde du schéma directeur.

Pour les établissements comme d'ailleurs pour les éditeurs qui l'ont intégré dans leurs produits, la vision DRV (dossier résumé de venue décrit en 2004 par le GMSIH pour la prise en compte de la T2A : publication «Rapport d'étude de l'organisation et du système d'information cibles PMSI et facturation »), s'est avant tout traduite comme un grand collecteur sans en déployer les fonctions de contrôle et de validation qui, pour les concepteurs, en étaient le nécessaire corollaire.

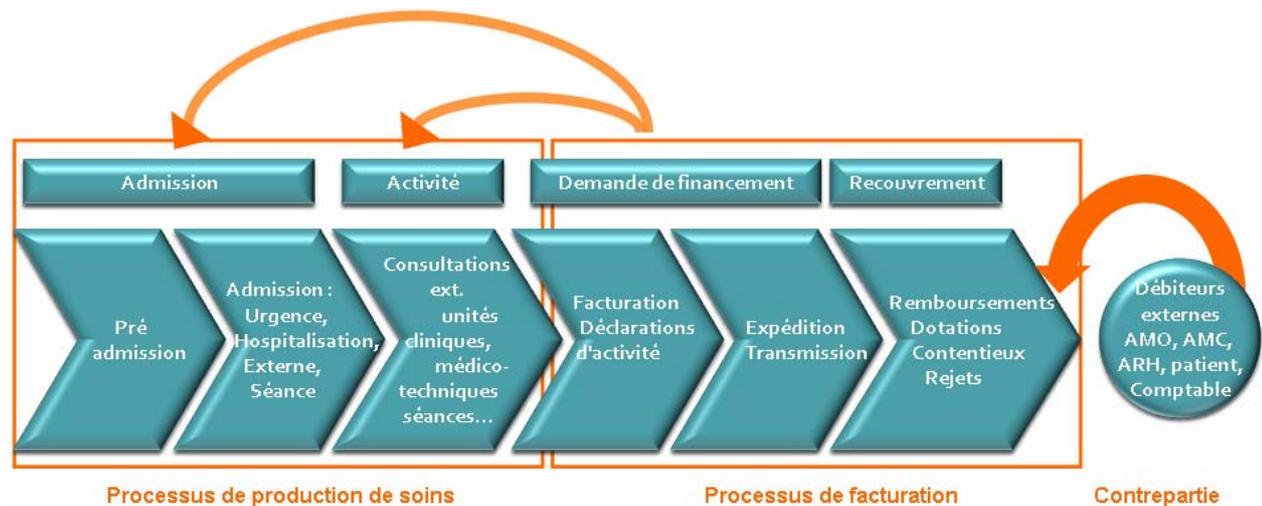
Le décloisonnement voulu par cette approche a trouvé avant tout et encore qu'imparfaitement son application lors du déploiement de la collecte des actes au moment de la mise en place de la CCAM.

Le projet SI facturation sans refonte du schéma directeur et sans volonté d'en faire un projet institutionnel reste l'empilement de projets spécifiques d'experts métiers.

Le processus de facturation est un des processus de l'établissement visant à traduire l'activité produite (le soin essentiellement) en recettes, recettes qui elles mêmes financent les ressources nécessaires à la réalisation de l'activité de soins.

Toute la dynamique de l'établissement repose en partie sur le bon fonctionnement de cette rétroactivité.

Si dans une approche linéaire le processus de facturation vient clore le processus de production de soins, dans une approche dynamique, le processus de facturation s'y appuie, et en utilise les informations dans un fonctionnement rétroactif permanent.



Le processus de facturation est trop souvent perçu dans les établissements comme déconnecté du processus de soins. L'analyse de la plupart des schémas directeurs du système d'information confirment cette approche.

Par exemple, les circuits de recueil ont souvent été conçus initialement comme des processus séparés n'échangeant qu'occasionnellement des informations.

D'un côté, pour une production optimale des soins, les mouvements du patient sont suivis selon une double logique : responsabilité médicale et localisation.

D'un autre côté, la facturation est fonction des autorisations dont l'établissement est titulaire, le positionnement du patient dans chacun des différents secteurs administratifs ainsi définis donne lieu à des tarifs différents.

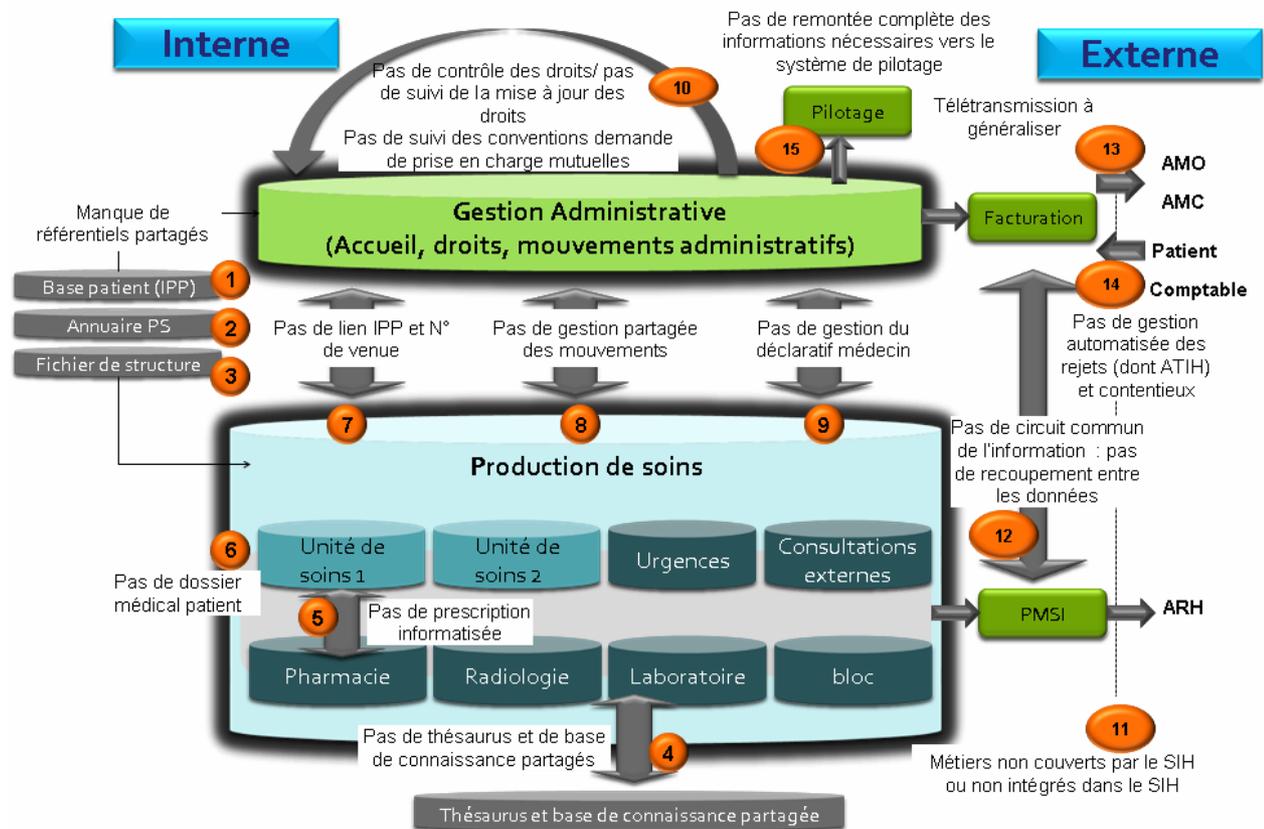
La superposition et la concordance entre les deux approches n'est pourtant pas la règle : plusieurs fichiers structures ont ainsi pu être déployés selon le besoin auquel répond l'applicatif concerné (gestion de soins ou gestion administrative).

Ce constat est applicable aux autres processus ou sous processus, comme par exemple à la pharmacie pour répondre à la nécessité de gérer les flux de stocks.

3.4 LES PRINCIPALES DIFFICULTES D'ARCHITECTURE RENCONTREES

Le schéma ci-après présente une synthèse des difficultés rencontrées dans les établissements de santé. Il n'a pas vocation à illustrer toutes les architectures possibles, mais d'exposer les principaux obstacles à la mise en place d'une facturation obéissant aux nouvelles contraintes, à partir du positionnement central de la gestion administrative et de la production de soins.

Ce schéma peut aussi constituer dans un établissement, un outil permettant d'identifier simplement pour l'ensemble des métiers concernés les difficultés, et de les replacer dans un contexte plus global au niveau de la structure.



Difficultés 1, 2 et 3 : Pas de référentiels uniques

Lors du déploiement de chacun des applicatifs, bien souvent un annuaire professionnel de santé, un fichier structure, voire une base patient ont été implémentés pour chacun d'eux et rarement pour tous simultanément. Au final, l'établissement se retrouve avec des référentiels sans correspondance inter-applicative.

Il n'est pas rare, par exemple qu'il y ait un fichier structure orienté responsabilités médicales ou activités dans l'applicatif de production de soins et un fichier structure orienté autorisations et localisation physique dans l'applicatif de gestion administrative.

Un palliatif consiste à implémenter des tables de correspondance dont la maintenance est lourde car le plus souvent non automatisée.

Difficulté 4 : Thésaurus et nomenclatures non partagés

Au sein même des systèmes de production de soins, les différences d'approche historiques selon les spécialités ont pu favoriser l'émergence de thésaurus ou de référentiels métiers spécifiques.

Une informatisation précoce d'une activité par un logiciel métier très spécialisé peut être un handicap pour la mise en commun de l'information, surtout quand cette information ne s'inscrit pas dans une démarche globale.

Difficulté 5 : Prescription non informatisée

L'absence de prescription informatisée est un des facteurs de la sous refacturation des DMI et des médicaments onéreux. Des palliatifs mis en œuvre dans un contexte souvent de non partage réglementaire (voir difficultés organisationnelles) ne permettent pas toujours, même au prix d'efforts importants, l'alimentation de la gestion administrative.

Dans les établissements, l'obligation d'une transmission au séjour est récente (application du CBU).

Difficulté 6 : Pas de dossier médical patient

Certains établissements n'ont pas de dossier patient informatisé communicant. Plus que la non informatisation, c'est la multiplicité des supports qui pose problème : absence de dossier patient papier unique, nombreux dossiers de spécialités.

La cohérence et la capacité d'évolution du système d'information sont compromises par l'absence de dossier patient unique, par le déploiement séparé de dossiers de spécialité ou d'activité particulière comme par exemple les urgences.

Difficulté 7 : Pas de lien IPP/numéro de venue

Le numéro de venue est souvent considéré comme une donnée administrative, les applicatifs de production de soins ne le prennent pas toujours en compte. Dans certains cas, un numéro différent est généré.

Cette difficulté pose aussi la question de la saisie unique des informations et de son corollaire, une interface opérationnelle en temps réel.

Difficulté 8 : Pas de gestion partagée des mouvements

La notion de mouvement s'appuie dans le système d'information sur le référentiel fichier structure. La multiplicité des fichiers de structure non partagés induit une quasi impossibilité à traduire de manière homogène les mouvements dans les 2 principaux applicatifs gestion administrative et production de soins.

Souvent aussi, les différents métiers ne partagent pas la même définition du mouvement.

Difficulté 9 : Pas de gestion du « déclaratif médecin »

Le « déclaratif médecin » correspond aux informations ne pouvant être fournies que par le praticien prenant en charge le patient. On y retrouve des notions telles que :

- Le rapport effectif entre les soins prodigués et l'affection longue durée du patient
- La situation du patient vis-à-vis du parcours de soins
- Le recours au secteur opératoire en soins externes

Certaines de ces notions ne sont pas saisissables dans les applicatifs faute d'exister en tant que champ ou ne sont pas accessibles au professionnel de soins (applicatif gestion administrative et absence de circuit papier).

Cette notion de déclaratif médecin remet en exergue l'identification du praticien. Parfaitement acquise dans les établissements où exercent des médecins libéraux, elle est loin d'être la règle pour la médecine salariée.

Souvent seul le chef de service est identifié dans le système d'information, en particulier dans la gestion administrative, et c'est son code identifiant qui sert alors à tous les

praticiens du service. Ceci obère les capacités de l'établissement à facturer en accord avec les dispositions générales de la CCAM (codes association non prévue).

Difficulté 10 : Pas de contrôle et de suivi de la mise à jour des droits, pas de suivi des conventions et demande de prise en charge AMC

La gestion des droits est complexe tant pour la partie AMO que pour la partie AMC.

En ce qui concerne l'AMO, les outils disponibles comme Feu Vert pour le régime général sont souvent trop longs en temps d'accès pour pouvoir être utilisés systématiquement pour toute venue.

Les bornes de mise à jour des cartes Vitale sont par ailleurs encore trop rares dans certains établissements.

En ce qui concerne l'AMC, les demandes de demande de prise en charge ont aujourd'hui un fort impact sur les délais de facturation.

Les procédures de convention de tiers-payant et leur suivi nécessitent un travail régulier de mise à jour. La notion de contrat AMC par bénéficiaire n'est pas encore acquise dans les établissements.

Difficulté 11 : Métiers non couverts ou non intégrés dans les SIH

Certains domaines, comme la gestion des repas, ne sont pas encore informatisés. D'autres, comme la stérilisation ne sont pas encore intégrés dans le SIH. Lorsqu'il s'agit d'un secteur de l'établissement qui n'est pas pris en charge (HAD, SSR...), les échanges sont difficiles et entraînent la multiplication des identifiants.

Difficulté 12 : Pas de circuit commun de l'information, donc pas de recoupement entre les données

Le PMSI s'est développé indépendamment de la gestion administrative. L'applicatif PMSI est parfois quasi déconnecté de la gestion administrative, les échanges se faisant par transfert ponctuel de fichiers et non par une interface opérationnelle en temps réel.

Toute modification dans un des univers n'est pas répercutée dans l'autre. Tant que les échanges avec les acteurs extérieurs empruntaient des voies séparées et que les informations transmises étaient de nature différente, cette indépendance n'était qu'un obstacle modeste. Les nouveaux formats de fichiers et en particulier VIDHOSP et RSFACE imposent un échange de données permanent afin d'obtenir la cohérence.

Difficulté 13 : Télétransmission à généraliser

La télétransmission sécurisée des factures vers l'assurance maladie obligatoire est un impératif (besoins de l'inter-régime et de confidentialité des données médicales), et les ressources financières de l'établissement sont directement liées à une télétransmission opérationnelle.

Difficulté 14 : Pas de gestion automatisée des rejets

Les échanges mis en place avec les réformes du financement génèrent des rejets à causes multiples.

L'établissement, sur la base de ces rejets, doit effectuer les corrections nécessaires.

Les systèmes d'information ne permettent pas aujourd'hui de manière uniforme d'analyser les rejets et de corriger les anomalies dans les différents applicatifs.

Difficulté 15 : Pas de remontée complète de l'information vers le système de pilotage

L'alimentation du système de pilotage est incomplète, car trop souvent le fait d'initiatives individuelles ne permettant ni l'automatisation, ni l'industrialisation.

4 Un SIH pour soutenir un processus de facturation qui évolue

4.1 DU PROCESSUS METIER AUX FONCTIONS SI

« Un processus métier est un élément de description (modélisation) de l'architecture métier. Il représente un ensemble d'activités réalisées par des acteurs pour satisfaire un objectif (produire une facture, soigner un patient...).

L'activité représente un élément fonctionnellement cohérent de description d'un métier. Une activité est réalisée par un ou plusieurs acteurs dans le contexte d'un processus et se décompose en tâches.

La tâche correspond à une activité élémentaire réalisée par un et un seul acteur en vue de satisfaire des objectifs. Sa réalisation nécessite des ressources. Pour réaliser ces tâches, des services peuvent être fournis : les fonctions SI ».

Source : Architecture et Urbanisation de la production de soins, GMSIH

Le processus métier concerné par cette étude est le processus de facturation/contrepartie.

« Un système d'information (SI) représente l'ensemble des éléments participant à la gestion, au stockage, au traitement, au transport et à la diffusion de l'information au sein d'une organisation ».

Source : Wikipedia

Un SI couvre donc à la fois les circuits papier et les circuits informatisés.

Dans le processus de facturation, certains circuits ne sont pas encore automatisés, certains ne sont pas automatisables. Il est donc nécessaire d'identifier et de suivre les circuits papier pour piloter la chaîne de facturation (ex : la gestion du contentieux).

4.1.1 Les trois grandes fonctions SI attendues dans l'architecture cible

« La fonction est un élément de description (modélisation) de l'architecture fonctionnelle. Elle représente un service instrumentant ou venant en support d'une tâche : collecte, traitement, restitution ou transmission d'une ou plusieurs informations dans le contexte d'une activité d'un processus.

La fonction définit des services attendus en termes de finalité (exemple : s'authentifier, éditer, consulter), et non de solutions. Elle pourra être totalement automatisée, partiellement ou pas du tout ».

Source : Architecture et Urbanisation de la production de soins, GMSIH

Trois grandes fonctions sont nécessaires dans l'architecture cible du SIH pour soutenir le processus de facturation dans son ensemble :

- **Les fonctions Recueil :** comprend toutes les opérations de recueil d'information, y compris leur contrôle unitaire. Ces fonctions sont partagées avec d'autres processus métiers comme la production de soins.
- **Les fonctions Traitement :** produit les prestations et les créances à recouvrer auprès de l'ensemble des débiteurs, en contrôle la cohérence,

puis valide leur envoi. Le traitement structure les prestations avec un support d'envoi.

- **Les fonctions Echanges :** donne les moyens de transmettre les prestations vers les acteurs extérieurs, en respectant les formats requis. Ces échanges normalisés contiennent des messages entrants et sortants.

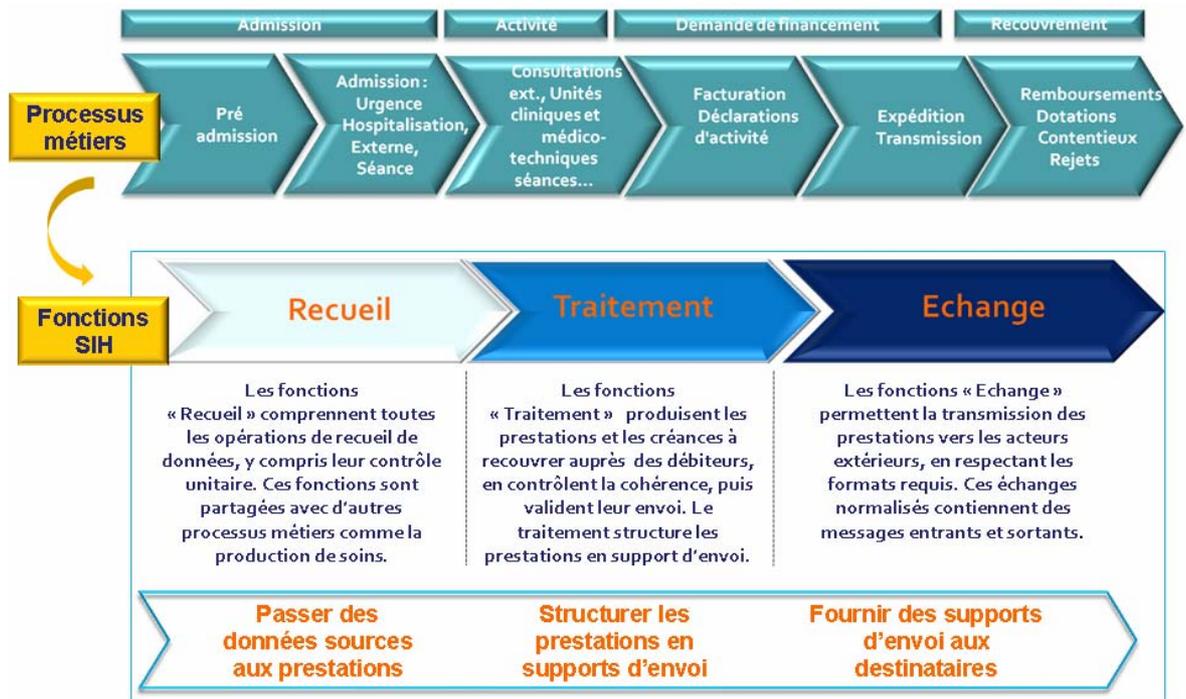


Schéma : Architecture cible du SIH et processus métier

Les prestations sont les créances à recouvrer auprès des différents débiteurs, soit :

- Les financements liés directement aux venues du patient :
 - GHS/GHT
 - Suppléments EXH
 - Suppléments liés à des autorisations particulières : réanimation, soins intensifs, soins de surveillance continus, suppléments de néonatalogie
 - Dispositifs médicaux implantables
 - Médicaments onéreux
 - Forfaits SE
 - Forfaits ATU/FFM
 - Forfaits IVG
 - Forfaits dialyse
 - Forfaits technique
 - Séances
 - Frais Divers
 - Consultations et soins externes
 - Dépassements d'honoraire

- Rétrocession hospitalière
- Les autres financements :
 - Forfaits annuels (urgence, greffe, prélèvement d'organe)
 - MIGAC / MERRI

Les établissements non MCO sont par ailleurs tenus de fournir leurs éléments d'activité via le PMSI en vue notamment de la définition de leur futur modèle de financement. Cette fourniture s'appuie sur les mêmes principes de recueil, de traitement et d'échanges :

- GHJ- PMSI SSR
- RIM-P pour la psychiatrie

4.1.2 Les points spécifiques à prendre en compte

4.1.2.1 Certaines fonctions SI seront partagées, ce qui nécessite une réflexion d'intégration

Plusieurs fonctions ne sont pas spécifiques au processus de facturation/contrepartie, mais sont à partager avec d'autres processus métiers. C'est le cas notamment de fonctions liées au recueil de données et à l'utilisation de référentiels/annuaires, qui sont communes avec le processus de production de soins.

C'est le principe d'unicité et de mutualisation des fonctions (ex : l'acquisition des données d'identification du patient doit être réalisée une fois et ensuite partagée dans le SI pour l'ensemble des besoins de l'établissement : soins, facturation, études...).

Ce principe permet de décloisonner les silos existants pour créer l'interopérabilité indispensable pour réussir la mise en place des réformes du financement.

4.1.2.2 Ces fonctions SI doivent permettre de concentrer et d'apparier les données

L'objectif est de construire les différents formats d'envoi en rassemblant l'ensemble des données nécessaires. Pour cela, il convient de relier les différentes parties du SI dans lesquelles sont recueillies les données pour permettre de les apparier c'est-à-dire de les rapprocher de manière certaine (ex : les données concernant le statut de l'assuré, les soins reçus, les médicaments qui lui ont été délivrés sont apparées) car elles sont encore très rarement traitées dans un dossier unique.

De plus, il s'agit d'un appariement itératif des données, le cycle de production des factures imposant l'adjonction progressive de données contrôlées et pré traitées.

4.1.2.3 Ces fonctions SI doivent permettre d'accompagner un workflow qui se complexifie

Une première définition du workflow :

« On appelle "**Workflow**" (traduisez littéralement "flux de travail") la modélisation et la gestion informatique de l'ensemble des tâches à accomplir et des différents acteurs impliqués dans la réalisation d'un **processus métier** (aussi appelé processus opérationnel). Le terme de Workflow pourrait donc être traduit en français par Gestion

électronique des processus métier. Un processus métier représente les interactions sous forme d'échange d'informations entre divers acteurs tels que :

- *des humains,*
- *des applications ou services,*
- *des processus tiers.*

De façon pratique, un workflow peut décrire :

- *le circuit de validation,*
- *les tâches à accomplir entre les différents acteurs d'un processus,*
- *les délais à respecter,*
- *les modes de validation »*

Source : commentçamarche.net

Dans le cadre du processus de facturation des établissements, c'est effectivement un workflow que doit soutenir le système d'information. Celui-ci pour être performant doit permettre :

- Les différentes formes de contrôle des données (unitaire, de cohérence, d'exhaustivité)
- La gestion des approbations et des validations
- La traçabilité des actions
- La bonne information des différents intervenants
- La gestion d'alertes (notamment par rapport aux délais)

Le workflow doit également s'accompagner d'une définition des périodicités de facturation et des délais cibles attendus pour chaque tâche.

Des éléments de réflexion sur le workflow :

Les éléments qui sont donnés ci dessous ont été réalisés à titre d'exemples sur la base des séjours et dans certains cas des soins externes en MCO pour un établissement ex-DG.

Chaque établissement doit définir son propre workflow adapté à son organisation, son activité, les niveaux de performance qu'il vise.

Le double circuit de facturation (PMSI d'une part, facturation AMO proprement dite d'autre part) impose un contrôle et une validation des informations en continu, avec des étapes de recueil et de traitement intriquées.

Le workflow doit par ailleurs intégrer la gestion des retours d'information concernant notamment les paiements et les rejets. La correction des anomalies oblige à remonter la chaîne et d'intervenir sur des données historisées. L'information de paiement complet déclenche une procédure de fermeture « définitive » du dossier de venue.

L'ensemble de ces « aller-retour » est à spécifier.

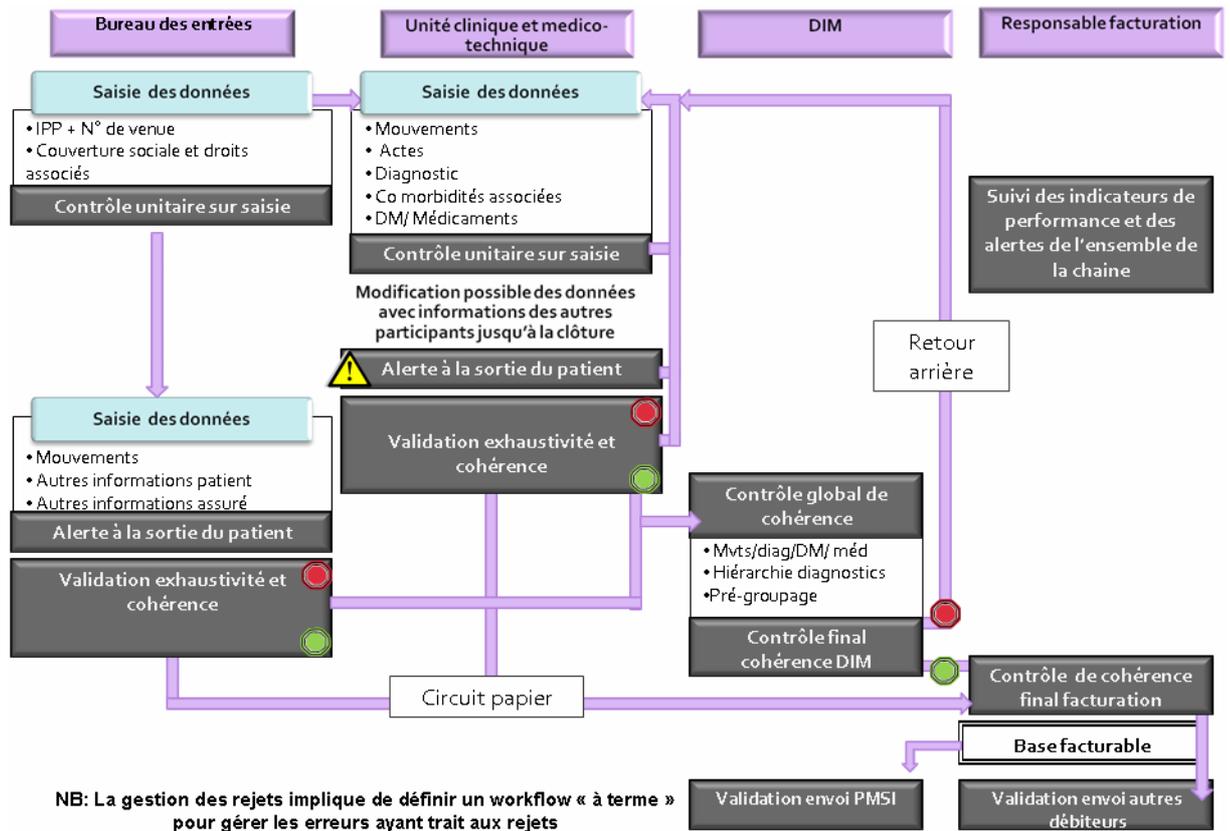


Schéma : exemple de workflow dans un établissement MCO

Le schéma ci-dessus illustre la complexité de la validation des données. Le workflow doit être défini tant sur le plan organisationnel qu'informatique. Il doit prévoir une validation séquencée et intriquée des différentes étapes et un contrôle continu de la qualité et de la cohérence, selon les habilitations et droits de chacun des acteurs.

►► Pour aller plus loin : Dans le cadre du congrès du 19 juin 2007 organisé par la Fédération Hospitalière de France - Île de France, le Dr D. Decup, le Dr C. Menguy, et le Dr D. Ragain ont présenté un exemple de méthodologie de production des informations dans le cadre de la suppression du taux de conversion. L'ensemble de la présentation est disponible sur le site : <http://www.uhrif.asso.fr> (rubrique actualité des congrès : impacts sur les organisations des réformes « mal maîtrisées » dans le cadre de la T2A).
« L'envoi des données d'activité, une « production » en 3 temps :
– Le temps des « contrôles amont » pour valider la cohérence des informations extraites du SIH avec :
• celles provenant d'autres sources,
• les référentiels externes.
– Le temps des « contrôles aval » pour valider la conformité des résultats mis à disposition sur e-pmsi avec ce que l'on est en droit d'attendre après analyse des données internes
– La validation « collégiale »

Mise en œuvre du workflow dans le SIH :

Si le système d'information est composé d'applicatifs en silos, le workflow repose sur une logique transverse.

Le système de gestion de workflow le plus simple consiste à gérer des groupes d'informations homogènes selon une responsabilité identifiée, par exemple les informations du bureau des entrées ou de la patientèle, les informations du corps médical, les informations concernant les médicaments et DM sont un ensemble d'informations à gérer aussi de manière transversale.

Un système primaire consiste à gérer, outre les informations concernant la date de mise à jour et l'auteur, une balise qui peut prendre deux positions : feu vert ou feu rouge. Une première amélioration consiste à introduire le feu orange qui signale non pas une erreur mais un doute, un manque de précision ou un problème de délai pour la fourniture des informations, ce qui signifie que le système doit posséder des règles « d'intelligence ».

L'évolution consiste à attribuer à chaque information (à tout le moins à chaque groupe d'information) un « vecteur erreur » comme le fait la fonction groupage ce qui permet de gérer beaucoup de possibilités différentes.

Il existe des informations liées entre elles comme par exemple l'existence d'une ALD indiquée en carte vitale c'est-à-dire un mode de prise en charge particulier soumis à des règles et l'information « soins en rapport avec l'ALD » que doit fournir le praticien.

Une évolution du workflow consisterait à vérifier que les diagnostics soient aussi compatibles avec le type d'ALD donné. Bien entendu l'évolution peut également intégrer les médicaments. Des règles d'intelligence métier sont à mettre en place.

Un autre exemple particulier qui concerne une information de facturation et une information non nécessaire à celle-ci. Il s'agit de la codification d'un acte opératoire avec la présence d'un compte rendu opératoire. Le compte rendu est une pièce légale et ne sert pas à la facturation mais sera requise lors d'un contrôle. En mettant en place ce workflow on améliore la qualité du SI.

Le workflow doit disposer de règles permettant de traiter un dossier hors de la procédure normale, c'est-à-dire de gérer l'équivalent du contentieux avant la facturation. Par exemple, un délai anormal peut déclencher la procédure d'exception. Cette procédure doit également être tracée.

Chaque information ou groupe d'informations doit être caractérisée pour établir les variables du workflow (niveaux de contrôles et de validation) et mettre en évidence les indicateurs de suivi. Ces indicateurs permettront de mesurer dans le temps l'évolution de la qualité du système d'Information et la performance du processus de facturation.

La surveillance du SI peut également être effectuée par des méthodes statistiques. Un tirage au hasard stratifié sur des classes de valeurs de dossier permet d'évaluer la qualité de son SI et l'évolution de celle-ci.

On attire l'attention sur les différences importantes existant entre un workflow clair et précis et les situations actuelles où souvent le codage des actes et des diagnostics est itératif, avec des retours arrière, voire des modifications longtemps après la sortie du patient sur les éléments le concernant. La mise en place de procédures et leur suivi doit viser la suppression de ces pratiques.

4.2 RECOMMANDATION D'ARCHITECTURE CIBLE

Les recommandations qui suivent se veulent suffisamment génériques pour couvrir l'ensemble du champ MCO quel que soit le secteur ex-DG ou ex-OQN : hospitalisation, actes et consultations externes, urgences, HAD...

Les établissements SSR et Psychiatrie ne sont pas encore concernés par tous les volets des réformes du financement. Pour autant, ils peuvent s'appuyer sur ce modèle

puisqu'ils sont soumis aux mêmes préoccupations de recueil, de traitement et d'échange de données. La mise en place d'un workflow optimisant la qualité, l'exhaustivité et la rapidité de fourniture des informations ne peut que favoriser les conditions de migration vers la T2A.

4.2.1 Le dossier de résumé de venue (DRV) proposé en 2004

En 2004, en conclusion de sa première étude sur les impacts de la T2A sur les systèmes d'information hospitaliers, le GMSIH a proposé une première architecture cible : le Dossier Résumé de Venue ou DRV.

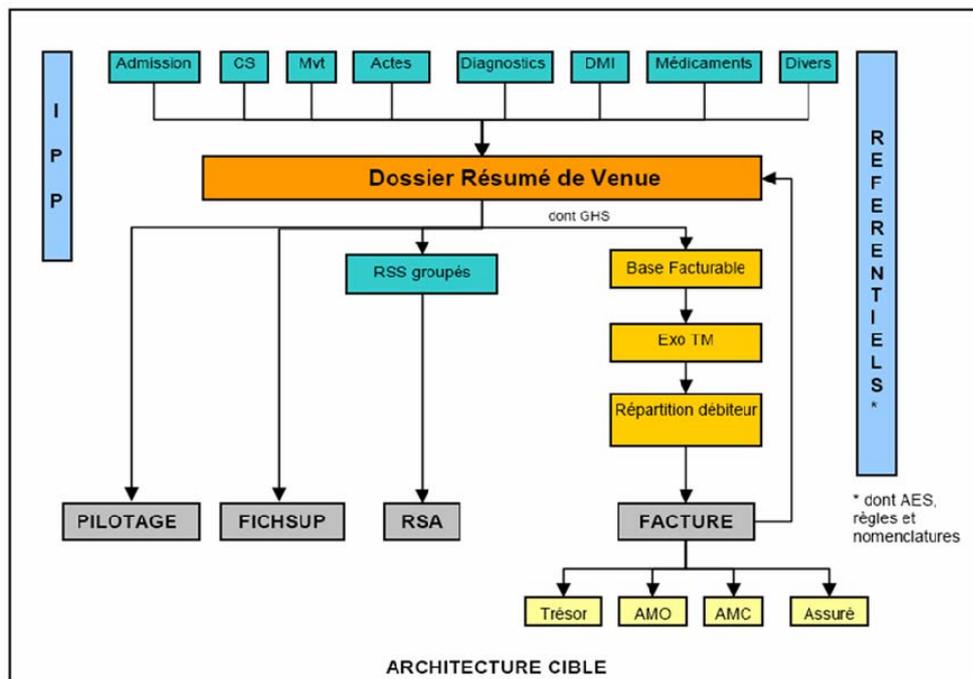


Schéma : Dossier Résumé de Venue 2004

Les principes de cette première architecture cible reposaient sur :

- Des groupes de données (admission, actes...) en entrée
- Un concentrateur unique : le DRV
- Des données de sortie vers des débiteurs, le Trésor Public ou à usage interne pour le pilotage de l'établissement.

4.2.2 Une évolution de l'architecture pour mieux répondre aux besoins des établissements

C'est la notion de workflow avec les contrôles et validations au fil de l'eau qui marque la différence avec le DRV. Le DRV répondait à l'objectif de concentrateur des données nécessaires à la facturation.

Dans l'architecture cible proposée ci-dessous, la notion de DRV reste centrale. On lui adjoint les fonctions permettant un workflow de qualité et donc d'aller au-delà de la première étape de concentration des données.

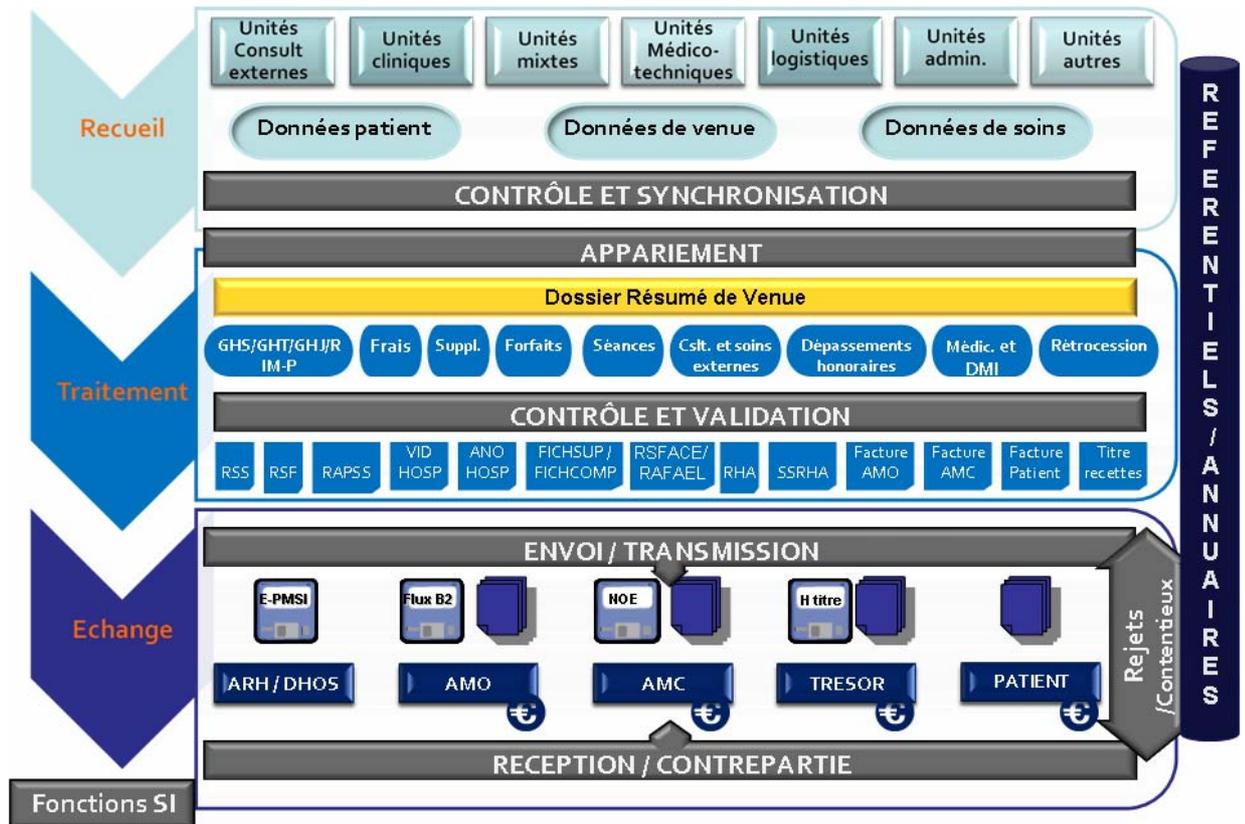


Schéma : Architecture Cible

4.2.3 Le détail des sous fonctions

4.2.3.1 Acquisition des données

Il s'agit de l'étape génératrice de l'information. Les données sources sont produites dans la quasi - totalité de l'établissement dans les unités :

- Cliniques (médecine, chirurgie, obstétrique, SSR, Psychiatrie)
- De consultations externes
- Mixtes comme les unités de réanimation
- Médico-techniques
- Administratives (services d'admission, bureau des entrées ou service de facturation)
- Autres (transport...)

Idéalement, cette acquisition des données se fait au travers de l'outil informatique, mais dans de nombreux cas, un circuit papier ou des ressaisies existent. C'est pourquoi on distingue trois étapes dans l'acquisition des données :

- Le recueil : il s'agit de l'étape génératrice de l'information. Par exemple, un compte rendu opératoire qui mentionne l'acte effectué.
- Le codage : c'est le passage de l'information en clair à une information codée. Certaines informations sont directement codées comme par exemple les dates et les heures.

- La saisie : c'est l'introduction de l'information dans le système d'information automatisé avant son stockage et/ou son traitement.

Pour obtenir une saisie décentralisée de qualité, le système informatique doit avoir une ergonomie agréable et facilitant la saisie (ex : fonctions d'aide au codage, propositions de choix pré-formatés, enchaînement des écrans en rapport avec le métier...). Les fonctions de contrôle individuel sont également essentielles (cf. ci dessous).

4.2.3.2 Synchronisation des données

La synchronisation désigne la réplication d'informations entre différentes bases de données. C'est une fonction essentielle pour éviter les multiples saisies et les décalages de valeur pour une même donnée, du fait d'applicatifs différents. Elle doit s'appliquer en temps réel afin de favoriser la cohérence des données et la fluidité du processus. Elle s'applique surtout au « trio » IPP/n° de venue/n° de RSS.

4.2.3.3 Contrôle unitaire des données

Cette fonction vient s'implémenter lors des opérations de saisie sur le terrain. Elle a pour objectif de favoriser au maximum l'autocontrôle. Elle s'organise autour de deux notions :

- Le contrôle qualitatif de la donnée : vérifier la concordance de la donnée unitaire saisie avec les référentiels tant sur le plan du format que de la validité (ce qui implique des référentiels à jour et partagés)
- Le contrôle d'exhaustivité : analyser la présence et alerter sur une donnée obligatoire non saisie

4.2.3.4 Appariement des données

L'appariement est une fonction essentielle de l'architecture cible. Elle désigne l'association des données saisies dans différentes unités en vue de constituer une prestation ou une donnée intermédiaire utile à des saisies complémentaires.

Une des meilleures illustrations en est la capacité à produire le fichier VIDHOSP tel que défini aujourd'hui par la réglementation (www.atih.sante.fr). Ce fichier contient des informations administratives et des montants facturés, et est destiné à s'apparier avec le fichier RSS. L'appariement des données s'effectue par l'intermédiaire de la procédure de chaînage. Les RSS sans correspondance dans le fichier VIDHOSP ne sont pas valorisés, ce qui a un impact direct sur les recettes de l'établissement.

La fonction « appariement » peut s'exercer à différents niveaux de l'architecture cible mais surtout à différents temps du workflow.

4.2.3.5 Collecte des données

Elle s'effectue par l'intermédiaire du concentrateur DRV (Dossier Résumé de Venue). Celui-ci gère l'ensemble des données concernant la venue du patient, aussi bien administratives que celles issues du codage des actes et des diagnostics, des prescriptions et des délivrances.

Les applicatifs métiers de l'établissement ont pour vocation à s'interfacer avec le DRV, qu'ils relèvent de la gestion administrative ou de la production de soins ou de la gestion économique et financière.

En dehors des données informatisées dans les applicatifs gérés par le SIH, la fonction de collecte peut aussi s'appliquer à des données sous format papier, ou produites dans des applicatifs non encore intégrés au système d'information.

Par exemple, les données support de la surveillance de la lutte contre les infections nosocomiales ou demandées pour l'obtention des MIGAC ou des MERRI.

4.2.3.6 Constitution des formats d'envoi

La constitution des formats d'envoi résulte de l'application des règles et des dispositions générales aux données appariées. Selon les prestations à facturer, elle peut impliquer la mise en œuvre du moteur de groupage et du moteur de facturation

Les principes de fonctionnement du moteur de groupage pour les séjours sont accessibles sur le site de l'ATIH. A partir des codes diagnostics, des codes actes et des informations administratives requises, le moteur de groupage (fonction groupage) fourni par l'ATIH applique un algorithme pour produire le GHM.

Le moteur de facturation n'existe pas aujourd'hui en tant que tel. On peut cependant décrire ainsi la mise en œuvre de l'ensemble des règles publiées par les différents débiteurs.

Pour percevoir les différentes prestations, celles-ci doivent être matérialisées sur un certain nombre de formats définis réglementairement en fonction des différents destinataires :

- ARH avec l'ATIH (www.atih.sante.fr)
 - RSA
 - RSFA
 - ANOHOSP
 - FICHSUP
 - FICHCOMP
 - RAFAEL
 - SSRHA
 - RAPSS

Ces différents formats sont présentés en annexe.

- AMO (www.ameli.fr)
 - Facture papier : avis de somme à payer, S3404
 - Flux B2
- AMC
 - Facture papier
 - Flux 615M
- Trésor public (<http://www.tresor.gov.ci/>)
 - Titre de recette
 - Flux Htitre
- Patient
 - Facture papier

Au delà des formats d'envoi vers l'extérieur, la fourniture des informations pour le pilotage interne de l'établissement (comptabilité, outils décisionnels..) est également importante. La qualité des données conditionne la qualité du pilotage.

Remarque :

Les évolutions des formats d'échanges traduisent une évolution des supports de facturation. Leur prise en compte ne relève pas que de l'aspect technique.

Ces évolutions doivent être abordées en termes d'impacts sur les organisations et sur le SIH : nature de l'évolution, nouvelles données à recueillir, nouveaux traitements à appliquer, nouveaux contrôles à réaliser, et enfin nouveaux formats d'échanges à implémenter et à alimenter.

4.2.3.7 Contrôle de cohérence

Le contrôle de cohérence s'exerce de manière croisée sur les différentes données servant à alimenter les supports d'envoi.

Un contrôle de cohérence est inclus dans la fonction groupage, mais aussi après transmission des fichiers via e-pmsi, sur lequel l'ATIH a développé des contrôles spécifiques. Ce contrôle est cependant limité aux données dites PMSI et ne saurait suffire pour atteindre la performance souhaitée.

Actuellement, lorsque des contrôles sont effectués, ils sont souvent le résultat d'analyses spécifiques menées par le DIM à partir d'extractions manuelles des bases.

L'objectif serait de disposer dans le SIH d'une solution paramétrable permettant d'effectuer des croisements d'informations comme par exemple entre diagnostics, actes, médicaments et DMI (ex : contrôle entre acte réalisé et les DMI retenues, contrôle entre actes réalisés et type de séjour), entre mouvements et actes, entre code acte et spécialité du praticien, entre couverture sociale de type ALD et diagnostics ou encore entre l'âge ou le sexe du patient et des actes, la cohérence des dates des actes vis-à-vis de la venue...

Ce paramétrage permettrait de lancer ces contrôles à chaque entrée d'information validée au sein du DRV d'un patient et de lister ainsi les alertes d'incohérence et les écarts à réduire.

Par ailleurs, cet exemple souligne l'intrication des chantiers : le contrôle de cohérence e-pmsi appartient plutôt chronologiquement à la fonction « Echanges » ; il nécessite des moyens dans l'établissement et il peut conduire à des modifications des données produites en amont.

La méthode de contrôle « au fil de l'eau » permet de réduire les délais de validation des données médicales et non médicales.

En effet, une sortie de patient est généralement anticipée et les contrôles doivent être menés au préalable pour produire la facture dès cette sortie.

La facturation à la sortie du patient est un objectif qui peut être atteint progressivement selon les modes de prise en charge et les types d'actes réalisés. L'objectif est d'améliorer la trésorerie de l'établissement et de limiter les retours en contentieux.

4.2.3.8 Validation

Comme la fonction « Contrôle de cohérence », la fonction « Validation » a pour vocation de s'exercer tout au long du processus de production, pendant les fonctions « Traitement », mais aussi par retour des fonctions « Echanges ».

Un cycle de vie des données et les états afférents peuvent être définis : prévu, planifié, annulé, en cours, validé,...

La validation désigne l'accord donné par les différents responsables pour passer à l'étape suivante.

Les niveaux de validation et responsabilités sont fixés à l'occasion de la définition du workflow.

Avec l'architecture cible, le volet « organisation » est la condition de l'opérationnalité du workflow avec :

- Un processus séquencé suivant une logique de marche en avant
- Une complémentarité entre les compétences médicales et administratives
- Une responsabilisation de chaque acteur : positionner un indicateur (feu vert) pour indiquer que les informations dont il a la responsabilité ont été contrôlées et sont considérées comme valides et que l'on peut facturer le dossier.

La gestion du workflow a été décrite dans le premier paragraphe de ce chapitre.

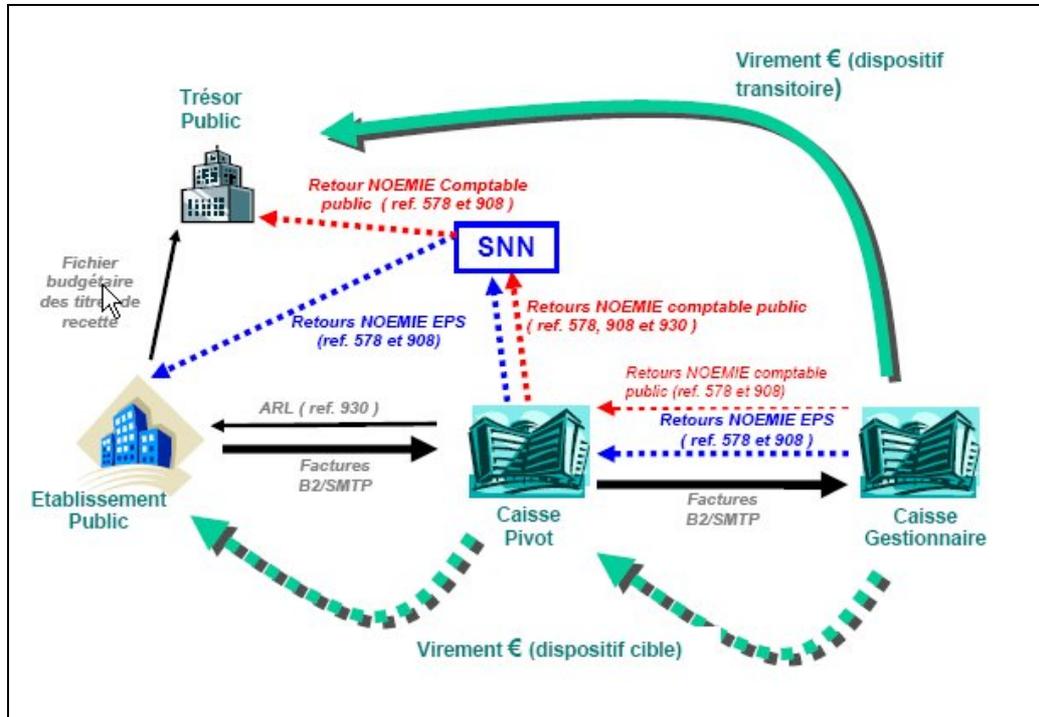
4.2.3.9 Envoi/transmission et réception/contrepartie

Les modalités d'envoi des formats diffèrent selon les destinataires. S'agissant des flux dématérialisés, on note comme modes d'échange :

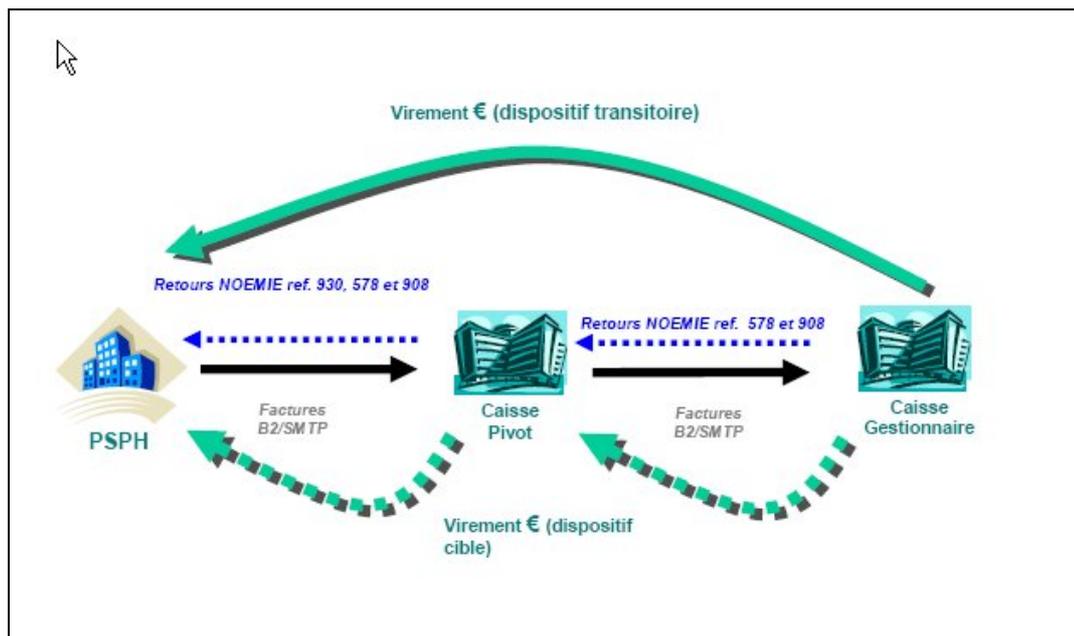
- Déclarations d'activité vers l'ATIH : échanges via une plateforme internet sécurisée ePMSI
- Facturation directe :
 - Envoi des factures B2 vers les AMO : télétransmissions en messagerie sécurisée (déploiement en cours pour les établissements ex DG)
 - Envoi des fichiers Htitre vers la DGCP (établissements publics) : télétransmissions PES vers plateforme HELIOS (en cours)
 - Envoi des factures DRE 615M vers les AMC : télétransmissions via le réseau NOE (CFT, internet)
- En réponse aux factures émises, on trouve :
 - Envoi par l'AMO d'un accusé de réception logique (ARL) signifiant la recevabilité ou non des lots de factures (contrôles techniques)
 - Envoi par l'AMO des retours NOEMIE de paiement et de rejet
 - Envoi par l'AMC des retours RM de paiement et de rejet

Les schémas ci-après illustrent les différents échanges dans le cadre de la facturation directe avec les AMO pour les différentes typologies d'établissements : publics, PSPH et privés.

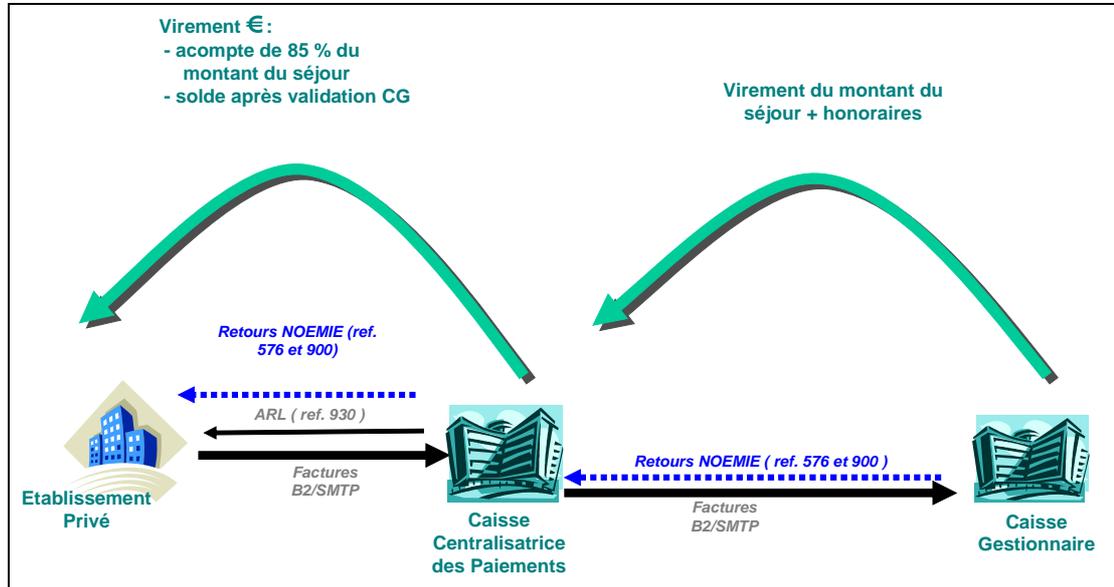
Etablissements publics



Etablissements PSPH



Etablissements privés :



►► Pour aller plus loin : sur les fonctions d'échange pour les établissements ex DG, se rapprocher du Kit de déploiement des télétransmissions produit par la MAINH.

La dématérialisation des supports d'échanges et le développement des télétransmissions améliorent notamment le délai de recouvrement des factures. C'est une évolution importante pour les établissements ex-DG, dans la perspective de la facturation directe.

L'implémentation dans le SIH revêt un caractère technique, mais la réussite de cette opération dépend intrinsèquement de la maîtrise interne du processus de facturation et du workflow qui lui est associé.

L'optimisation des échanges ne peut en effet aboutir sans un bon niveau de qualité des factures et sans une gestion intégrée des rejets.

Le SIH de l'établissement doit donc avoir la capacité d'envoyer les supports mais aussi de recevoir et de traiter les informations issues des débiteurs et du Trésor Public pour les établissements publics.

La fonction « réception/contrepartie » est indissociable de l'implémentation de la fonction suivante « gestion des retours ».

4.2.3.10 Gestion des retours d'information

Les retours d'information portent sur les paiements et les rejets de facture. Idéalement, ils sont ou seront transmis en format électronique et le SI doit être en mesure de les intégrer pour exploitation dans les applicatifs de l'établissement.

L'information de paiement doit permettre de solder la facture pour le débiteur concerné. Elle doit également permettre de clore la venue et de suivre le taux de recouvrement des factures. Le SI doit évoluer pour intégrer la gestion automatisée.

Les rejets doivent donner lieu à analyse pour modification des anomalies dans les applicatifs concernés et réémission d'une facture correcte.

La fonction « gestion des rejets » doit permettre de :

- Identifier le débiteur
- Identifier la venue
- Caractériser le rejet
 - Exemples de rejets : spécialité du praticien, codes associations, droits du patient, incohérence date de naissance/assuré
 - Certains rejets AMO ont été décrits par la Meah
- Caractériser le stade de traitement du rejet
- Regrouper les rejets par nature
- Rapprocher les différents rejets reçus pour une même venue
- Transmettre aux acteurs et aux applicatifs métiers de ces acteurs l'information rejet caractérisée
- Recycler les factures (et autres formats rejetés) tout en vérifiant leur cohérence

La notion de Workflow évoquée plus haut dans l'étude s'applique aussi à la gestion des rejets, les dossiers devant suivre à nouveau le circuit de contrôle/validation mis en place.

» Pour aller plus loin : sur la gestion des rejets de facturation CNAMTS et MSA, se rapprocher de l'ensemble du guide proposé par la MEAH « Guide de lecture des indicateurs de rejet de facturation », dont les conclusions sont disponibles sur le site www.meah.sante.gouv.fr.

4.3 LES DONNEES DANS L'ARCHITECTURE CIBLE

Une première approche des données nécessaires à la production des différents supports d'envoi de facturation connus à ce jour a été réalisée.

Des tableaux en annexe mettent en perspective, d'une part le lien prestations « ensemble des créances à recouvrer auprès des débiteurs » et données « recueillies en vue d'obtenir les prestations », et d'autre part le lien entre prestations et supports d'envoi.

Ces tableaux posent les bases d'un modèle de données reliant processus de soins et facturation (au sens le plus général).

- données d'entrée → fonction « Recueil »
- concentrateur de données → fonction « Traitement »
- données de sortie → fonction « Echange »

Le modèle est structuré en quatre catégories distinctes allant, pour chaque venue d'un patient, de la plus stable à la plus variable.

4.3.1 Données de paramétrage

Il s'agit de l'ensemble des référentiels, annuaires, répertoires, nomenclatures, thésaurus externes et internes à l'établissement servant de support au recueil des données.

Ces données s'appliquent pour chaque venue du patient et devraient être partagées par tous les applicatifs. Elles ne sont pas accessibles en modification par la plupart des utilisateurs.

Exemples de données de type paramétrage

- FINESS juridique, géographique
- Caisse « pivot »
- Autorisation d'activités (exemple Soins palliatifs ou Réanimation)
- Coefficient MCO
- Taux CBU
- Nomenclatures : CCAM, CIM10, GHS, NGAP, UCD, LPP.....
- Annuaires des professionnels de santé de l'établissement

4.3.2 Données du patient

Il s'agit de l'ensemble des données liées au patient, indépendantes de l'épisode de soins en tant que tel. Certaines peuvent être permanentes comme par exemple l'IPP (identification permanente du patient) ou la date de naissance. D'autres nécessitent un contrôle régulier et une actualisation éventuelle comme les droits ou l'adresse.

Exemples de données patient :

- Identifiant Permanent du Patient
- NIR
- Adresse
- Médecin traitant oui/non
- Organisme de rattachement AMO, AMC

►► Pour aller plus loin : sur le sujet de l'identification du patient, se rapprocher de l'ensemble des travaux menés par le GMSIH et disponibles sur le site www.gmsih.fr

4.3.3 Données de venue

Il s'agit de l'ensemble des données liées à la venue du patient et « valables » pour l'ensemble de la venue. Ce recueil varie en fonction du type de venue (séjour/consultation...) et de l'activité (MCO/PSY/SSR...).

Exemples de données de venue :

- Numéro de séjour ou numéro de venue
- Situation par rapport au parcours de soins, à l'ALD

- Date et heure d'entrée dans l'établissement
- Mode d'entrée et provenance
- Date et heure de sortie de l'établissement
- Mode de sortie et destination
- Frais divers (télévision)

4.3.4 Données d'évènements de soins

Il s'agit de l'ensemble des données directement liées à l'évènement de soins. Pour une venue donnée, chaque évènement de soins donne lieu à un recueil séparé afin de garantir la traçabilité. Ces données sont saisies de manière décentralisée et le plus rapidement possible dans les unités.

Exemples de données « Evénements de soins » :

- Mouvements (code unité médicale, date/mode d'entrée dans l'UM...)
- Identifiant du professionnel de santé
- Diagnostic Principal
- Co morbidités associées
- Actes médicaux et paramédicaux (Code, date...) dont les actes marqueurs de réanimation liés à la facturation de suppléments
- Passage aux urgences (simple/suivi d'une hospitalisation)
- Médicaments et DM (code LPP, code UCD, date de pose...)

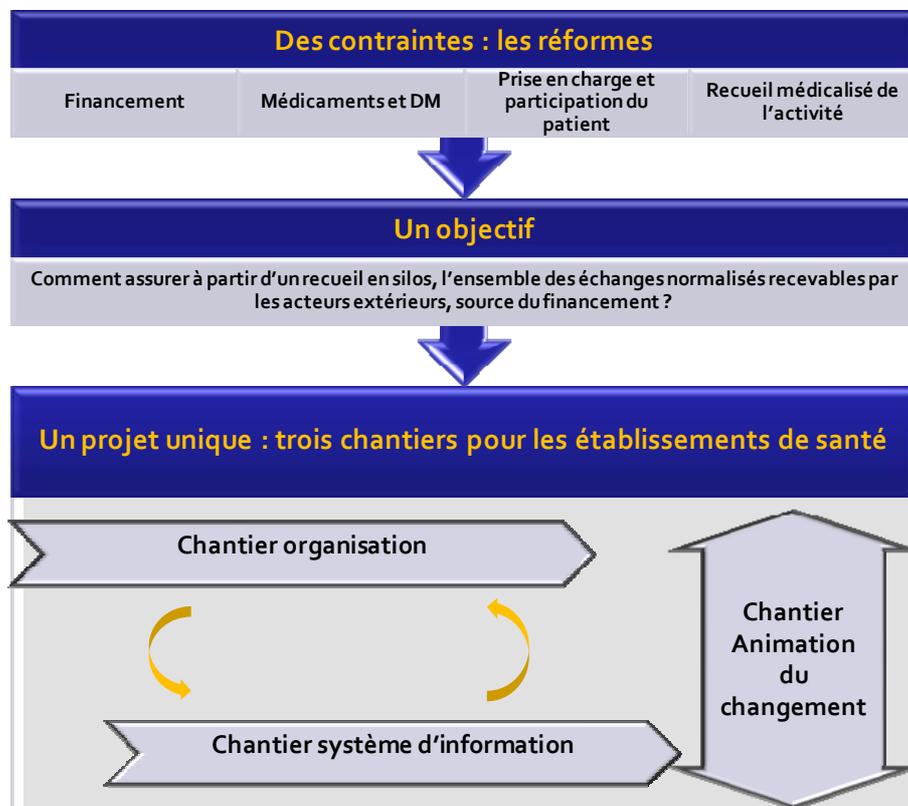
5 Le projet à mener

5.1 UNE GESTION DE PROJET GLOBALE

Pour faire face aux difficultés évoquées au chapitre 3 et aux contraintes externes, la mise en œuvre d'**une gestion de projet globale** s'avère indispensable.

Elle s'articule autour de **trois chantiers complémentaires** :

- Au vu des impacts forts sur la majorité des métiers d'un établissement de santé, une **animation du changement** associant les aspects organisationnels et les aspects techniques doit intervenir tout le long du projet. Il s'agit du premier chantier.
- Une réflexion sur l'**organisation** et sur le processus menant à la facturation doit être menée, notamment pour la prise en compte des nouvelles activités (contrôles, validation, gestion des rejets...). Elle conditionne les choix à faire en matière de système d'information. C'est l'objet du second chantier.
- Enfin, le **système d'information** doit soutenir l'évolution des organisations et des processus métiers. Il est l'outil de productivité, de qualité et de rapidité pour la chaîne de facturation et fait l'objet du troisième chantier.



5.2 LE CHANTIER ANIMATION DU CHANGEMENT

Le changement est inhérent à la vie des organisations. Toutefois, les systèmes d'information accélèrent les besoins d'accompagnement du changement car ils concernent un grand nombre d'acteurs, ils sont déployés dans des délais restreints et ils nécessitent une évolution des pratiques professionnelles qui peuvent générer des craintes et des résistances de la part des salariés.

Le risque humain d'un projet SI est donc à prendre en compte au même titre que les aspects techniques, fonctionnels et financiers : c'est le rôle de la conduite du changement.

Mener le changement, c'est se donner les moyens pour :

- Anticiper et réussir les évolutions futures
- Susciter l'engagement de l'encadrement
- Mobiliser les équipes de projet
- Rassurer et expliquer à chacun les impacts sur son métier
- Faciliter l'apprentissage de l'outil

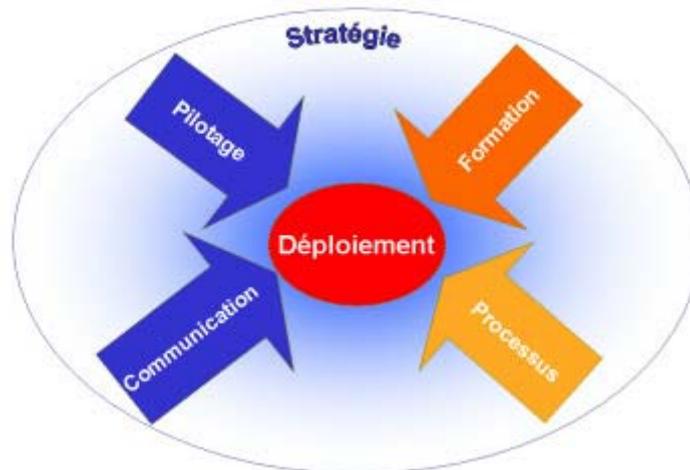
L'animation du changement revêt pour ce projet une importance particulière puisque :

- Les réformes du financement et de l'assurance maladie sont perçues par les établissements comme un empilement de mesures contraignantes à traiter dans l'urgence, l'essoufflement des acteurs se fait, par conséquent, ressentir
- La « facturation » est souvent gérée comme un processus à part, déconnecté du processus de soins et elle s'appuie essentiellement sur les compétences des agents administratifs
- Les différentes communautés professionnelles n'ont pas l'habitude de travailler ensemble sur les mêmes processus. Ces divergences se traduisent dans leur manière d'appréhender les projets de l'établissement
- La nouvelle approche médico-économique à laquelle les établissements doivent faire face n'est pas encore intégrée culturellement par tous les acteurs

La conduite du changement s'organise autour de 6 notions :

- La stratégie :
La stratégie s'appuie sur l'analyse des éléments connus du projet au moment de son lancement. Elle vise à identifier les risques majeurs, les leviers d'action et les acteurs-clés afin de décider en amont de la faisabilité du projet et des moyens nécessaires.
- Le pilotage :
C'est au travers d'actions de pilotage, que les responsables du projet s'assurent que tous les acteurs sont coordonnés et réalisent les actions prévues dans le respect des règles fixées au moment de l'élaboration de la stratégie.
- La communication :
La communication concourt à mener des actions pédagogiques et d'explication des enjeux du projet. Elle concourt aussi à faciliter l'adhésion des acteurs concernés. Elle peut être délicate à mettre en œuvre, car les personnels sont de plus en plus sollicités par leurs tâches quotidiennes.

- L'analyse et l'adaptation des processus :
Mettre en place un nouveau système d'information nécessite de remettre à plat et d'adapter l'organisation des services et les modalités de travail des professionnels.
La définition et la mise en pratiques des nouveaux processus est nécessaire pour tirer tous les bénéfices attendus de l'outil.
- La formation :
La formation est essentielle dans un projet de SI car elle est la première prise de contact entre l'utilisateur et son futur outil de travail. Elle est le moment privilégié pour rassurer, informer et permettre l'utilisation pratique de l'outil. La principale difficulté est de définir les contenus pédagogiques en s'adaptant au niveau de connaissance des stagiaires et aux délais d'apprentissage souvent courts.
- L'appui au déploiement :
Ultime étape du projet, le déploiement est crucial car c'est le moment où tous les utilisateurs prennent possession de l'application pour qu'elle devienne leur outil de travail quotidien. Le déploiement nécessite donc une stratégie propre, permettant de définir les modalités de réalisation, de reprise des données, le type de support utilisateur à mettre en place pour répondre aux anomalies techniques et aux prises en main difficiles de l'outil.



►► Pour aller plus loin : sur le sujet de la conduite du changement, se rapprocher de l'ensemble de l'étude menée par le GMSIH « Méthodologies et outils de conduite du changement dans les projets SI », disponible sur le site www.gmsih.fr

5.2.1 Définir la stratégie du projet

La stratégie est définie par la direction générale avec l'appui des experts métier.

Elle se définit en phase de lancement du projet et, de façon plus détaillée, elle permet :

- **De fédérer autour d'un projet global** les équipes concernées. Il est essentiel que l'entité dirigeante de l'établissement soit partie prenante, car c'est elle qui a le pouvoir de repositionner les enjeux, de maintenir le cap du projet, de dégager les bonnes ressources et de développer une culture médico-économique de la performance

- **De mettre en évidence les changements** liés au projet (aspects liés aux hommes, aux risques ...)
- **D'estimer les moyens indispensables à mettre en œuvre** (financiers, humains, matériels)
- **De formaliser la conduite du projet**

Chaque projet est unique, son impact sur les modes de travail est plus ou moins important, les attentes des personnels sont plus ou moins fortes, l'équipe projet est plus ou moins motivée...

Il est donc nécessaire d'adapter les actions de conduite du changement aux particularités du projet.

» Pour aller plus loin : Dans le mémoire de l'ENSP « Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A : l'exemple du CHI de Fréjus/Saint Raphaël » réalisé par Lise Guibert en 2006, il est précisé : « *l'objectif (du projet) était donc le suivant : proposer des pistes d'amélioration adaptées aux réformes à mettre en place mais aussi au contexte du CHI, afin d'optimiser le recouvrement des recettes, et d'être en phase avec l'ensemble des enjeux et changements qu'implique ce bouleversement du mode de financement des hôpitaux.*

Dès lors, le fil directeur de cette réflexion a été le suivant : comment, dans le cadre d'une démarche projet, cherchant à impliquer le plus possible les agents, repenser entièrement leur mode d'organisation du travail, en les faisant à la fois adhérer à la conduite de changement, et les sensibiliser à l'intérêt pour l'hôpital de s'adapter à une réforme complexe eu égard aux remises en cause à opérer ? Quels leviers actionner (managériaux, organisationnels) pour rendre le changement satisfaisant et efficace ? Quel mode de communication adopter pour faire adhérer l'ensemble du personnel hospitalier à un changement en apparence circonscrit à ces trois services (Bureau des entrées, consultations externes, gestion administrative des Urgences), mais en fait transversal et ayant des implications sur l'organisation de chacun (médecins, secrétariats médicaux, soignants) ? »

La bonne réussite du projet global d'évolution de la facturation passe potentiellement par son intégration dans une démarche plus large d'amélioration de la performance et de déploiement de la culture de gestion, comme :

- La liaison entre la rénovation de la chaîne de facturation et la démarche qualité : dans ce cadre, l'évolution des modes d'organisation pour le recueil des informations n'est pas vu dans l'optique seule de fournir de l'information juste et précise pour la facturation, mais dans une démarche plus large d'amélioration dans la constitution, du dossier du patient pour une meilleure connaissance et donc pour une amélioration de la qualité des soins.
- La liaison entre la rénovation de la chaîne de facturation et la mise en œuvre des contrats de pôles liés à la nouvelle gouvernance : dans ce cadre, l'intérêt est de motiver les équipes sur leurs résultats.
Pour les pôles médicaux et médico-techniques, c'est l'assurance de pouvoir leur fournir des éléments de pilotage précis de leurs activités et de leurs recettes.
Pour les pôles « support », c'est valoriser des métiers comme le bureau des entrées, en identifiant au travers d'indicateurs précis sa valeur ajoutée pour le bon fonctionnement de l'établissement.

►► Pour aller plus loin : sur le lien entre démarche qualité globale, amélioration de la qualité des données pour une meilleure utilisation des données ensuite, on peut se rapprocher de la publication « Mise en place d'un plan d'Assurance Qualité du Dossier Patient », publié en 2005 par Mireille Cosquer, Myriam Turluche, Béatrice Le Vu, Bernard Asselain, Alain Livartowski, Institut Curie disponible à l'adresse suivante : www.irisa.fr/manifestations/2005/DKQ2005/cosquer-dkq05.pdf

5.2.2 Piloter le projet

Le pilotage du projet s'appuie sur une démarche rigoureuse et sur une organisation définie en phase amont.

Ce projet est celui de l'établissement et non celui d'un acteur spécifique (DIM et/ou de la DSI et/ou de la direction de la Patientèle). Il ne peut être réduit à un projet informatique car il a des impacts sur l'organisation et les processus dont le processus de soins.

5.2.2.1 Organisation du projet

Afin de rendre opérationnelle la conduite du projet, **il convient de mettre en place une structure de projet incluant un comité de pilotage et une équipe projet dédiée, et de définir les procédures de reporting,**

Le comité de pilotage regroupe des décideurs capables de rendre les arbitrages nécessaires à la conduite du projet (allocations de ressources ou de budget, révision du périmètre du projet, révision des délais, ...). Son rôle est stratégique.

L'équipe projet regroupe les experts métier. Elle a une vocation opérationnelle. Elle est pilotée par le directeur de projet désigné par la direction.

L'équipe projet a la charge de définir le plan projet décrivant les différents chantiers à mettre en œuvre, leur enchaînement, les livrables à fournir, les moyens nécessaires... Le directeur de projet est membre du comité de pilotage auprès duquel il rend compte de l'avancement du projet.

Cette organisation, qui doit être adaptée à la taille du projet et aux compétences disponibles dans les établissements, est un élément incontournable d'un pilotage efficace basé sur une coordination d'ensemble.

Par ailleurs, il est nécessaire d'**assurer le respect simultané des échéances imposées au projet et de la qualité du système** mis en œuvre, ce qui suppose un processus d'arbitrage continu et rapide.

Il est nécessaire également d'adapter en complément d'une démarche réactive, nécessaire à la résolution des problèmes, **une approche anticipative permettant de mieux traiter les risques et les problèmes** potentiels. Par conséquent, le comité de pilotage et le directeur de projet :

- Suivent et coordonnent l'avancement des projets
- Gèrent les risques et actions remontés par l'équipe projet
- Prennent les décisions structurantes concernant l'établissement et les transposent au niveau des projets
- Rappellent les objectifs et assurent le respect des hypothèses de travail définies au départ

Afin de garantir la réussite du projet, il est important d'adapter les objectifs et le calendrier de réalisation aux moyens humains, matériels et financiers de l'établissement.

L'évaluation de la disponibilité des acteurs peut alors conduire à retenir une aide extérieure et à sous-traiter la gestion du projet.

Les projets faisant appel à de l'assistance à la maîtrise d'œuvre nécessiteront de mettre en place une gestion de l'avancement des travaux, de la production des livrables et des résultats attendus.

Un appel à l'assistance à maîtrise d'ouvrage peut, dans le cas de projet complexe, être nécessaire pour assister l'équipe de projet au niveau des décisions fonctionnelles et dans le pilotage de la maîtrise d'œuvre.

Pour piloter, il faut donc savoir :

- **Organiser** : décider « qui doit faire quoi », « où », « quand » et « comment »
- **Animer** : « donner de la vie » au projet, pour en faire un événement stimulant
- **Conduire** : diriger les équipes et suivre la réalisation des travaux
- **Evaluer** : « analyser » les résultats pour éventuellement recadrer les actions

5.2.2.2 Le comité de pilotage « facturation »

Le projet touche à la performance du processus de facturation et donc directement à l'obtention des recettes de l'établissement. La direction générale doit donc en être le promoteur, veiller à son bon déroulement et à l'adhésion de tous les acteurs.

Aussi, le comité de pilotage doit être présidé par le directeur général ou par son délégué qui dispose alors d'un véritable pouvoir d'arbitrage.

Le comité de pilotage réunit autour du directeur général ou de son représentant, le président de CME, les responsables des fonctions concernées (DAF, DIM...), le DSIO et le directeur de projet. Ce dernier assure le reporting du projet aux membres du comité (état d'avancement, suivi du planning, difficultés éventuelles, besoins d'arbitrage...) et informe en retour l'équipe projet des décisions prises.

5.2.2.3 L'équipe projet « facturation »

L'équipe projet idéale pour ce projet se constitue autour de 3 principaux experts métiers : la direction de la patientèle (versant administratif), le DIM (versant médical) et le directeur des systèmes d'information.

La direction de la patientèle (parfois appelée direction de la clientèle) est une nouvelle fonction dans les établissements. Elle a pour vocation de coordonner le séjour du patient en dehors des activités de soins, mais aussi de traiter tous les aspects de la relation, et peut ainsi inclure une cellule de gestion des plaintes ou une cellule qualité.

Avec la T2A et la facturation directe, le rôle du **DIM** évolue : souvent seul à maîtriser la constitution des fichiers destinés à l'ATIH, il devient un acteur incontournable de la facturation. Destinataire des fichiers administratifs, il est le premier observateur de la qualité et de l'appariement des données médicales et administratives.

Le DSIO est le support incontournable d'un projet visant à faire évoluer le système d'information.

La constitution de l'équipe et la définition du rôle de chacun relèvent de la compétence de chaque établissement. Il convient néanmoins de veiller à la transversalité du projet et de ne pas mésestimer un secteur d'activité.

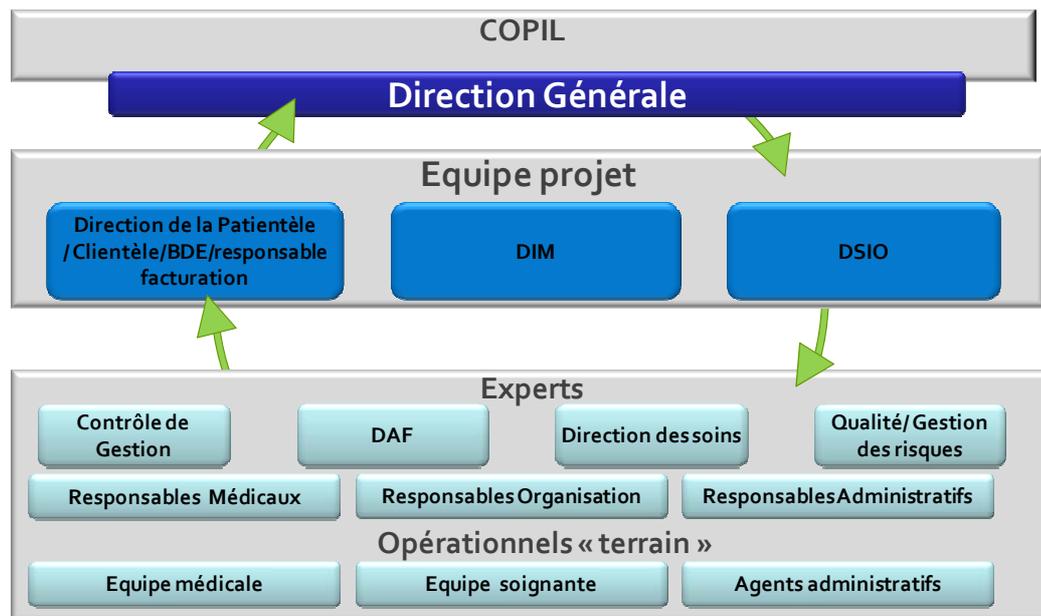
En fonction des chantiers à réaliser, l'équipe projet va s'appuyer sur des compétences complémentaires, experts métier et acteurs opérationnels comme la direction financière, le contrôle de gestion, les équipes médicales et soignantes, la pharmacie,...

5.2.2.4 Exemple de structure projet « Facturation »

Le schéma ci-dessous est une proposition de structure projet. Sa configuration n'est en aucun cas générique et doit être adaptée au contexte de chaque établissement.

Quelques grands principes peuvent néanmoins en être dégagés :

- Une structuration hiérarchique doit être privilégiée. L'importance des enjeux tant financiers qu'humains impose des arbitrages forts avec une identification claire pour tous des donneurs d'ordre
- Cette structure n'est cependant pas figée et favorise les échanges entre les différents niveaux
- Les experts et les opérationnels de terrain ne sont pas des membres permanents de l'équipe projet. Ils sont sollicités en fonction des chantiers ou pour des actions ciblées. Ceci permet d'éviter l'épuisement de la motivation de professionnels souvent impliqués dans de multiples projets.



►► Pour aller plus loin : Dans l'article « CH de Calais, une préparation méthodologique », paru en janvier 2006 dans le n° spécial de Décision Santé, Sylvie Delplanque, directrice du service informatique et téléphonie décrit la stratégie déployée : « il a été décidé la mise en place d'une équipe projet réunissant le chef de projet, les responsables des fonctions concernées par le projet (DAF, DIM, responsable facturation et bureau des entrées, représentants du corps médical, représentants des plateaux techniques) ainsi qu'une partie de l'équipe de la DSIO pour l'aspect technique et organisationnel de ces projets. L'équipe se réunit environ toutes les trois semaines pour une durée d'environ une heure ».

5.2.3 Communiquer

Dans les projets de système d'information, la communication est un facteur essentiel de compréhension, d'adhésion et de réussite du changement.

Dans ce cadre, elle doit être pensée comme un projet à part entière et faire l'objet d'une réflexion préalable :

- Faut-il toujours communiquer ? Auprès de qui ? quand ?
- Que dire ? Faut-il tout dire ?
- Est-il nécessaire d'avoir une réflexion spécifique sur la communication ?
- Quels sont les outils de communication les plus performants ?
- Comment juger de l'efficacité de la communication ?
- Quels sont les pièges à éviter ?

La communication doit en premier lieu informer de la mise en place du projet (objectifs, planning...) et des acteurs qui y sont associés (structure projet).

La communication sur l'avancement du projet doit ensuite être régulière et mettre en évidence les principales évolutions induites : changement dans les organisations, nouveaux rôles et responsabilités...

Dans le cadre spécifique d'un projet « facturation », les aspects financiers doivent faire partie intégrante de la communication. Cette communication peut être facilitée dans le cadre de la contractualisation, d'autant que les notions de chiffre d'affaire, de compte de résultat ou de productivité deviennent plus familières dans le monde hospitalier depuis la suppression de la dotation globale.

Néanmoins, il convient de veiller à repositionner les résultats financiers au niveau de la performance globale de l'établissement pour éviter l'écueil de la mise en concurrence entre activités déficitaires et bénéficiaires.

La forme retenue pour la communication peut être très variable (lettre d'information spécifique, message sur l'intranet, note avec le bulletin de salaire, présentation aux équipes...). L'important est que cette communication soit prévue, adaptée à la culture de l'établissement, et suivie dans le temps.

Au delà des communications internes, des actions de communication pour les patients (campagne d'affichage ou supports à distribuer notamment) sont envisageables notamment pour expliquer les nouveaux processus d'admission ou de sortie, les modalités de paiement ...

5.2.4 Former

Deux types de formation sont à prévoir dans ce projet.

5.2.4.1 Formation des équipes de projet

L'écueil principal dans la mise en œuvre de projets T2A réside dans la méconnaissance du contenu, des contraintes, des avantages, ou encore des impacts de la T2A sur le fonctionnement des établissements santé.

Il est donc essentiel que tout membre de l'équipe projet soit véritablement formé sur le sujet : différents modes de financements, modalités d'obtention et présentation des enjeux de la performance de la facturation sur les recettes...

Ceci permettra aux membres de l'équipe de projet d'avoir la visibilité suffisante pour apprécier les évolutions à mettre en œuvre, en confrontant leurs connaissances au contexte de l'établissement.

Cette connaissance facilitera les échanges avec les différents experts métier et la communication sur l'avancement du projet.

5.2.4.2 Transfert de compétences au personnel

Au-delà de la communication menée au cours des projets par la conduite du changement, il est essentiel de prévoir les besoins en formation du personnel (nouveaux processus, solutions organisationnelles, évolution des outils...).

Cette formation doit être anticipée dès le démarrage du projet (dans le plan projet), afin de la planifier et de l'organiser de manière compatible avec le fonctionnement de l'établissement. Par la formation, le projet devient une réalité concrète pour les utilisateurs.

La formation est essentielle car :

- Elle présente les nouveaux principes d'organisation et les procédures à appliquer pour le service
- Elle rassure les utilisateurs et prépare le déploiement de la solution informatique
- Elle est la première confrontation réelle des utilisateurs à un nouvel outil
- Elle permet à chacun de se l'approprier (manipuler, faire des essais-erreurs et obtenir des réponses pour ne pas les reproduire)

5.3 LE CHANTIER ORGANISATION

Le chantier organisation est un préalable au chantier système d'information. En effet, le SI doit soutenir le processus métier ; son niveau de performance est directement lié à celui du processus.

Il est donc essentiel de définir l'organisation la plus adaptée pour répondre aux besoins de performance définis par l'établissement (stratégie du projet), puis de faire évoluer le SI en conséquence.

Le chantier organisation s'articule ainsi autour de la redéfinition/évolution **des processus** soutenant la facturation avec notamment :

- Le circuit de l'information en recueil
- La gestion de nouvelles tâches de contrôle ou de validation
- Le développement de tâches complémentaires comme la gestion des rejets
- La mise en œuvre d'un véritable pilotage de la chaîne de facturation
- L'intégration dans le pilotage général de l'établissement

Il s'agit de réaliser un bilan/diagnostic du processus de facturation puis de déterminer les évolutions à y apporter pour aboutir au processus cible.

►► Pour détailler le chantier organisation : se rapprocher de l'étude menée par la MeaH «organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés», disponible sur le site www.meah.sante.gouv.fr

Se rapprocher également de l'étude de la MAINH « Kit de déploiement T2A-LAM-
Dématérialisation des échanges et télétransmission sécurisée » disponible sur le site
www.mainh.sante.gouv.fr

5.3.1 Bilan/diagnostic du processus de facturation

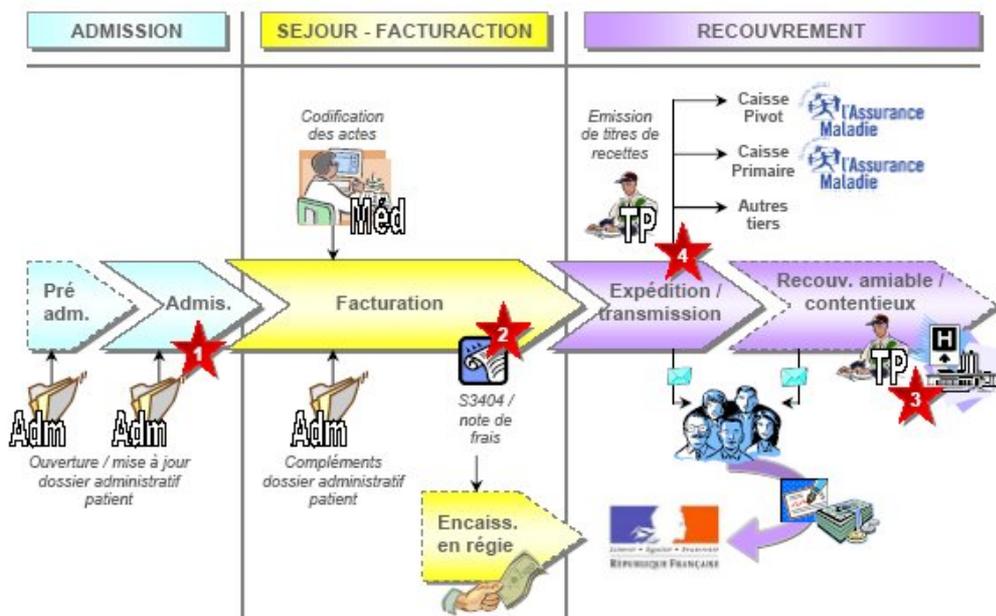
Le processus de facturation/contrepartie existant dans l'établissement doit être analysé au regard des objectifs de qualité, exhaustivité et rapidité.

Il s'agit de réaliser le bilan des circuits en place, des activités réalisées, des rôles et responsabilités, des échanges d'informations opérés...

Cette analyse doit permettre notamment d'identifier des circuits non couverts, d'évaluer le niveau de contrôle des données et les procédures de validation en vigueur.

La performance du processus de facturation doit également être évaluée.

A titre d'exemple, le schéma ci-après représente le processus de recouvrement des produits hospitaliers issu des travaux menés par la MeaH :



Dans le cadre de cette étude, la MeaH indique comme indicateurs de performance de la facturation :

- Indicateurs communs (niveau chef d'établissement et/ou conseil exécutif) :
 - Taux de recouvrement à date (identifier une date représentative, identique pour tous) et par débiteur
 - Taux de rejet par type de débiteur
 - ANV par exercice en termes de volume financier et de titres émis (vers les débiteurs AM, collectivités, mutuelles, particuliers)
 - Isolement du recouvrement sur les activités de soins du taux de recouvrement sur les subventions et autres...
- Indicateurs cibles du recouvrement :

- Délai moyen de codage, ou taux d'exhaustivité à date
- Délai moyen de facturation (hospitalisation et CE)
- Délai moyen de règlement (hospitalisation et CE)
- Taux de rejets par débiteur (assurance maladie, mutuelles, particuliers) et motifs de rejet retraités afin de les rendre compréhensibles....
- Indicateurs d'activité par fonction du processus du recouvrement

5.3.2 Un travail transverse : améliorer la qualité des données

La plupart des données servant à la facturation sont recueillies lors de la venue du patient et des événements de soins qui en découlent. Les acteurs opérationnels qui les saisissent en voient l'utilisation directe pour la gestion de leur activité, mais ne sont pas forcément sensibilisés quant à leur utilisation finale pour la facturation et donc pour la bonne rentrée des recettes et ainsi que pour le pilotage.

Il est donc nécessaire d'analyser la qualité des données arrivant en facturation : leur exhaustivité quantitative, leur exhaustivité qualitative, leur qualité intrinsèque et leur qualité rapprochée des autres données pour un même dossier.

Les résultats de cette analyse doivent permettre d'évaluer les besoins de sensibilisation et de formation à mener, (présentation et partage des enjeux, rappels des règles de codage CCAM, coût de la non qualité...).

L'amélioration de la qualité doit être mesurée et partagée dans l'établissement (cf. plan de communication dans l'accompagnement au changement).

5.3.3 Définition du processus cible

Le processus cible est à définir par l'équipe projet en collaboration avec les différents contributeurs.

La réflexion doit être menée par chaque établissement :

- Au regard de ses objectifs de qualité, d'exhaustivité et de rapidité
- En fonction de son contexte (contraintes géographiques, de ressources humaines, de compétence, d'informatisation...)

Les exemples ci-dessous illustrent des évolutions possibles de certaines tâches :

- Mise en place d'accueils de pôle regroupant agents administratifs et secrétaires médicales
- Gestion des mouvements par les infirmiers
- Mise en place de régies décentralisées
- Logique de travail en commun DIM/contrôle de gestion/BE avec travail sur la définition des moments de validation
- Constitution d'une cellule d'experts « facturation », responsable de la veille juridique, de la formation et du contrôle
- Attribution de portefeuilles de dossier pour responsabiliser et motiver les agents
- Mise en place de dispositif d'autocontrôle

- Communication autour des contrôles et du niveau de qualité atteint individuel et au niveau de l'établissement : chacun concourt au résultat final
- Validation finale du DIM mais gestion des anomalies par le responsable de la donnée

Une réflexion importante sur la gestion des ressources humaines est donc à mener (profils de fonction, rôles, responsabilités).

Pour réaliser le chantier de SI, c'est la définition du processus traduit en workflow, qui est essentielle.

5.3.3.1 Le workflow

La notion de workflow dans le SI a été présentée au paragraphe 4.1.2.3. Dans le cadre du chantier d'organisation, l'établissement doit définir le modèle qui lui est le plus adapté.

Les principales actions d'un workflow sont les suivantes :

- **Collecte** : il s'agit de l'étape génératrice de l'information. Par exemple, un compte rendu opératoire qui mentionne l'acte effectué.
- **Codage** : c'est le passage de l'information donnée en littéral à une forme codée. Certaines informations sont directement codées par exemple, les dates et les heures.
- **Saisie** : c'est l'introduction de l'information dans le système informatique.
- **Contrôle** : il s'agit de la phase de vérification de l'information par rapport aux tables de référence, aux règles ainsi qu'aux autres informations recueillies et saisies.
- **Validation** : elle est généralement réalisée par le responsable de l'information. Cette opération peut, dans certains cas, être déléguée.

Le workflow doit répondre à une logique de « **marche en avant** » maîtrisée où les actions s'enchaînent chronologiquement. Chacune des étapes doit donc être appréhendée comme un pré-requis à la suivante et doit par conséquent être réalisée dans un délai limité.

Si des « **retours arrières** » sont à prévoir, ceux-ci doivent être encadrés et tracés.

5.3.3.2 La définition des rôles

Les rôles et les responsabilités de chacun des acteurs doivent être mis en perspective avec la notion de workflow. Ils seront redéfinis en répondant aux questions suivantes :

- Qui collecte quoi ?
- Qui saisit quoi ?
- Qui contrôle quoi ?
- Qui valide quoi ?
- Dans quels délais ?

La question du contrôle et de la validation tout au long du processus est plus délicate à résoudre. Elle implique en effet de façon successive et itérative les différents acteurs.

5.4 LE CHANTIER SI

Le système d'information doit soutenir les organisations définies par l'établissement et apporter un niveau de performance optimal.

Il s'agit d'améliorer la chaîne de facturation, du recueil des données jusqu'aux échanges avec les partenaires, pour répondre aux objectifs de rapidité, qualité et exhaustivité.

Le chantier SI à mener doit donc s'attacher à remédier aux difficultés identifiées en matière d'urbanisation telles que présentées au paragraphe 3.4.

5.4.1 Un préalable : l'analyse du SIH

En parallèle à la phase de diagnostic réalisée lors du chantier organisation, le chantier SI doit débuter par une analyse des applications concernées, de leur paramétrage, de leur intégration dans le SIH et donc de leurs interfaces et des flux concernés par la facturation. On analyse notamment :

- Les applications servant au recueil des informations
- Le lien entre les informations utilisées par PMSI et par l'application de facturation
- La gestion des IPP (identifiant permanent patient) et des numéros de venue
- Les liens vers les débiteurs (télétransmissions ou non, gestion des rejets ou non, gestion de la sécurité...)
- Les informations de pilotage du processus existant
- Les référentiels utilisés

Il s'agit de disposer d'une architecture applicative complète permettant d'élaborer sur base de cet existant la cible retenue et la trajectoire pour l'atteindre.

5.4.2 L'architecture cible et les niveaux de mise en œuvre

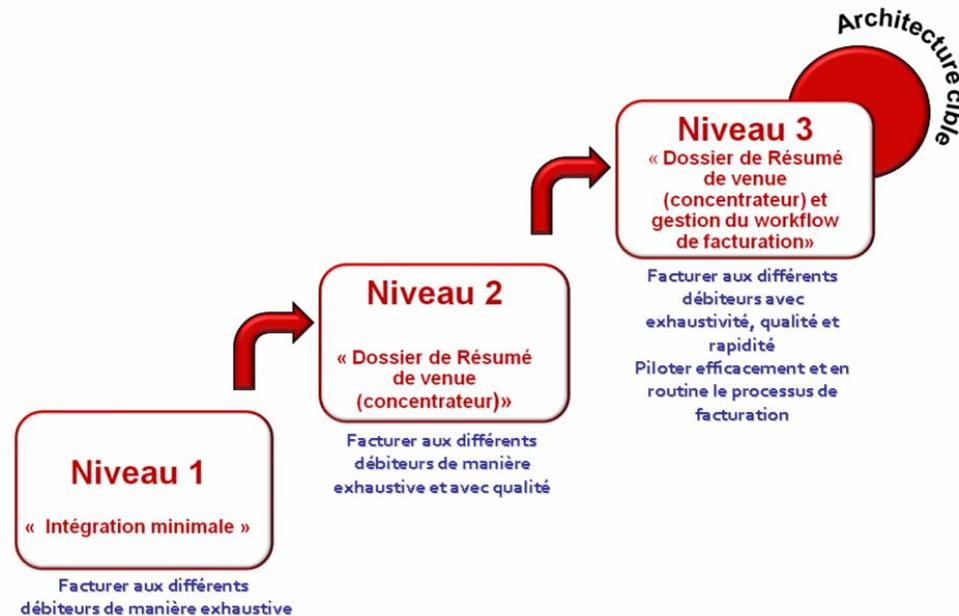
Pour aboutir à l'architecture cible, trois niveaux de mise en œuvre sont proposés. Ils répondent chacun à un niveau de performance différent en termes de facturation (objectifs d'exhaustivité, de qualité et de rapidité) et de pilotage du processus de facturation (disposer des informations permettant le suivi).

- Niveau 1 : facturer aux différents débiteurs de manière exhaustive
- Niveau 2 : facturer aux différents débiteurs de manière exhaustive et avec qualité
- Niveau 3 : facturer aux différents débiteurs de manière exhaustive, avec qualité et rapidité, et piloter efficacement le processus de facturation

En termes de SI, ils correspondent à une trajectoire d'intégration progressive :

- Niveau 1 : intégration minimale inter-applicatifs (le lien entre la gestion administrative et la production des soins en est le socle)
- Niveau 2 : mise en place d'un dossier de résumé de venue (DRV concentrateur des données issues de la gestion administrative et de la production des soins pour constituer la base facturable et la répartition entre les débiteurs)
- Niveau 3 : mise en place d'un dossier de résumé de venue (concentrateur de données) et gestion du workflow de facturation (un dossier patient partagé)

contenant l'ensemble des données de venue est alimenté au fur et à mesure des évènements de soins sur la base d'un workflow opérationnel)



La notion d'intégration peut recouvrir deux types de solutions :

- Soit l'intégration entre produits différents (interfaces inter-applications)
- Soit l'utilisation d'une seule application (« tout intégré »)

5.4.3 Les chantiers SI

Les travaux à mener en regard des 3 niveaux s'articulent autour des sujets suivants :

- **Utiliser les référentiels :**

Les référentiels regroupent des données de « référence » thématiques. Il peut s'agir de tables de valeur, d'annuaires, de bases de données internes ou externes à l'établissement comme par exemple :

- En interne : index des patients, annuaire des personnes et structures, conventions de tiers-payant avec les AMC
- En externe : nomenclatures CCAM, NGAP, NABM, UCD, LPP, GHS

Chaque référentiel doit être unique, maintenu à jour et partagé par l'ensemble des applications dans le système d'information.

- **Fournir les fonctions SI « Recueil, Traitement, Echanges » :**

Les fonctions SI viennent en support des activités métiers. Elles définissent des services attendus en termes de finalité (exemple : s'authentifier, éditer, consulter), non de solutions. Elles peuvent être totalement automatisées, partiellement ou pas du tout.

Pour le processus de facturation/contrepartie, les fonctions portent sur le recueil, le traitement et l'échange de données avec les différents partenaires (certaines fonctions sont communes avec le processus de production des soins).

Chaque fonction doit être unique et partagée dans le système d'information

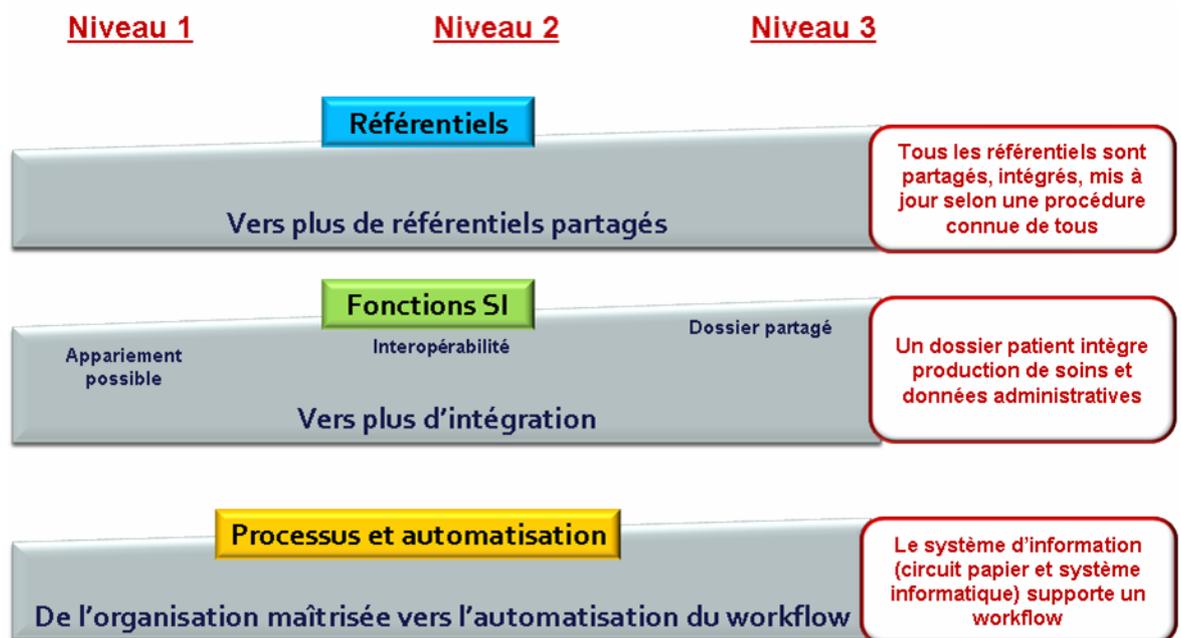
- **Maîtriser son processus de facturation et l'automatiser quand cela est pertinent :**

Le SI soutient le processus métier. Le niveau de performance du SI est donc lié à celui du processus.

Les tâches et circuits associés à la facturation doivent être identifiées, l'automatisation d'un circuit papier ne doit être automatisé que si la plus-value est démontrée.

Atteindre l'architecture cible passe donc par l'urbanisation d'une partie du système d'information.

Le schéma ci-dessous illustre les 3 niveaux de mise en œuvre.



5.4.3.1 Les travaux de niveau 1

Le niveau 1 correspond à une intégration minimale permettant de facturer aux différents débiteurs de manière exhaustive, c'est-à-dire se mettre en capacité de constituer les formats de facturation avec l'ensemble des données obligatoires pour obtenir la contrepartie financière.

Par exemple, une facture vers l'assurance maladie obligatoire doit contenir l'identification du patient et de l'assuré, la nature d'assurance, les actes et produits délivrés, l'identification des PS ayant réalisé les actes, ou ayant prescrit des actes, le motif d'exonération du ticket modérateur, la situation du patient dans le parcours de soins, les montants associés à la venue (répartis par débiteur : AMO, patient, ES)...

Ce niveau de performance requiert un socle minimum sur les sujets référentiels, fonctions et maîtrise du processus.

Référentiels :

- Identité du patient partagée par les différents applicatifs métiers : la base patient est unique
- Identification des professionnels de santé et de leur spécialité dans tous les applicatifs concernés
- Conventions de tiers-payant avec les AMC gérées dans une base unique
- Fichier de structure normalisé et partagé entre les applicatifs (ou utilisation d'une table de concordance maintenue à jour)

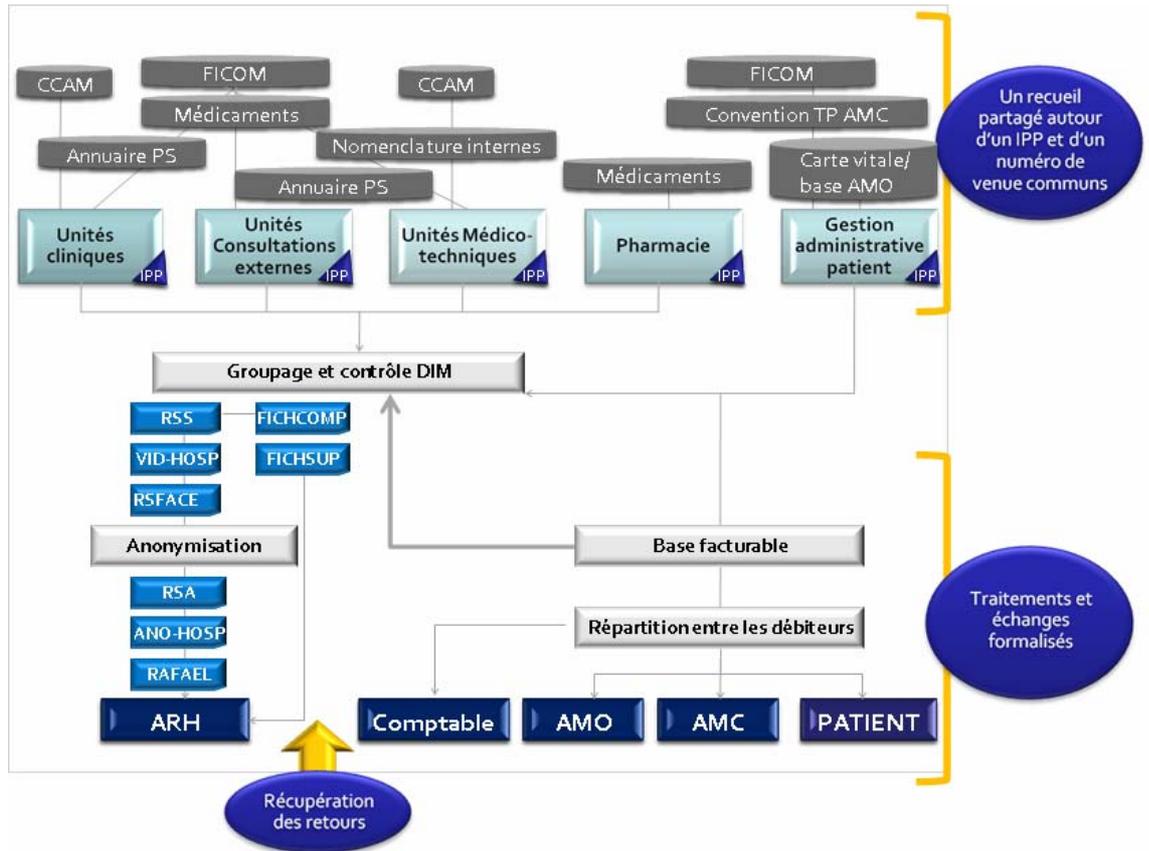
Fonctions :

- Acquisition des droits avec les données de la carte vitale, utilisation des outils de consultation des droits AMO (type Feu vert ou B82)
- Appariement possible au travers du couple IPP/n° de séjour, des données nécessaires à la production des différents formats
- Mouvements interfacés entre les applicatifs de production de soins et de gestion administrative
- Pas forcément de base facturable unique, mais création des différents formats nécessaires
- Fourniture des factures aux différents débiteurs (dont télétransmissions avec les AMO)
- Récupération électronique des rejets, mais traitement manuel

Processus et automatisation : mise sous contrôle complète de la chaîne de facturation

- Identification de ce qui n'est pas couvert ou intégré dans le SI
- Formalisation du circuit papier et des ressaisies nécessaires
- Formalisation du circuit papier pour les documents administratifs à tracer (ex : déclaratifs médecins, accord de prise en charge...)
- Choix des indicateurs de performance de la chaîne de facturation (qualité, exhaustivité, délai)
- Gestion manuelle du suivi des indicateurs

Le schéma ci-après présente l'architecture du niveau 1 (exemple en MCO).



5.4.3.2 Les travaux de niveau 2

Le niveau 2 correspond à l'intégration d'un dossier de résumé de venue (concentrateur de données) permettant de facturer aux différents débiteurs de manière exhaustive, et avec qualité c'est-à-dire se mettre en capacité de réaliser des contrôles sur les données de facturation (contrôles unitaires des données et contrôles de cohérence entre données).

Ce niveau de performance requiert un socle minimum sur les sujets référentiels, fonctions et maîtrise du processus. Le niveau 1 est de plus un pré-requis au niveau 2.

Référentiels :

Niveau 1 +

- Annuaire unique des PS pour tout l'établissement ou mise en place de procédures de gestion des identités (cf. étude du GMSIH : annuaire des établissements de santé -AES- sous-projet 1)
- Nomenclatures externes gérées de manière unique, partagées, et mises à jour, notamment les bases de données médicaments soutenant une prescription unifiée

Fonctions :

Niveau 1 +

- Remontée automatisée des informations pour la facturation pour les applications non intégrées dans un dossier patient (ex : prescription nominative) ou dans le

SIH (ex : consultations externes ou urgences) : a minima messages d'échanges des données nécessaires, voire intégration

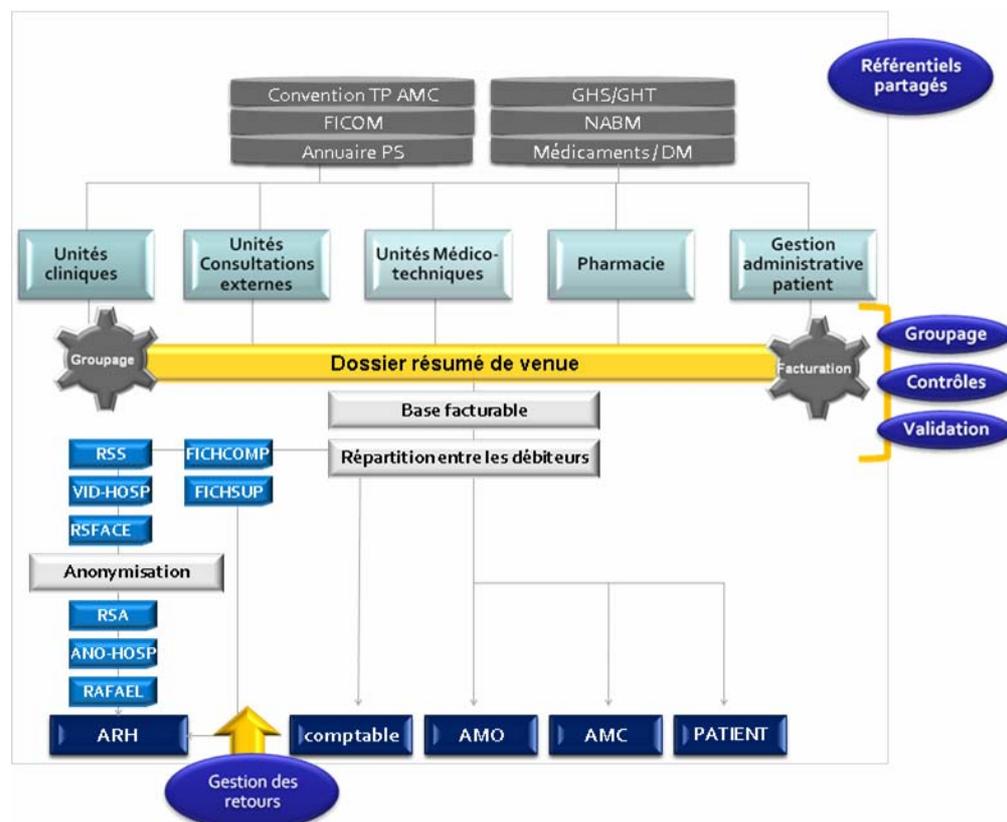
- Mise en place d'un concentrateur, le DRV (Dossier Résumé de Venue), qui permet une collecte commune à la gestion administrative et à la production des soins et détermine une base facturable unique
- Gestion automatisée des contrôles de cohérence finaux et des validations finales dans le DRV
- Le DRV et la base facturable servent ensuite pour la production des formats

Processus et automatisation :

Niveau 1 +

- Acquisition des droits rendue possible dans les différentes localisations de l'établissement
- Généralisation de l'utilisation des outils AMO type Feu Vert/B82
- Amélioration de l'ergonomie des applications de recueil, aide à la saisie, aide au groupage, contrôles unitaires notamment en lien avec les nomenclatures externes
- Statut du séjour non obligatoire et modifiable avant la fin du séjour
- Formalisation du workflow de contrôle de cohérence et des différents niveaux de validation, mais gestion manuelle des contrôles et des remises à jour des données

Le schéma ci-après présente l'architecture du niveau 2 (exemple en MCO).



5.4.3.3 Les travaux de niveau 3

Le niveau 3 correspond à l'intégration d'un dossier de résumé de venue (concentrateur de données) et du workflow de facturation permettant de facturer aux différents débiteurs avec exhaustivité, qualité et rapidité, et de piloter efficacement et en routine le processus de facturation.

Il s'agit de rassembler les données de production des soins et les données administratives au sein d'un dossier patient partagé dans l'établissement pour se mettre en capacité de réaliser des validations séquencées sur l'ensemble de la chaîne de facturation et de disposer les indicateurs de suivi du processus en temps réel.

Ce niveau de performance requiert un socle minimum sur les sujets référentiels, fonctions et maîtrise du processus. Le niveau 2 est de plus un pré-requis au niveau 3.

Référentiels :

Niveau 2 +

- Mise à jour pour les annuaires internes sur la base des annuaires externes (annuaire GIP-CPS, RPPS, RMESS)
- Mise en place d'une gestion de la connaissance interne (protocoles, règles administratives..) soutenant l'aide au codage et les contrôles

Fonctions :

Niveau 2 +

- Intégration des applications de gestion administrative et de production de soins dans un dossier patient partagé médical et administratif (messages gérés de manière dynamique ou intégration dans une base de données unique)

Processus et automatisation :

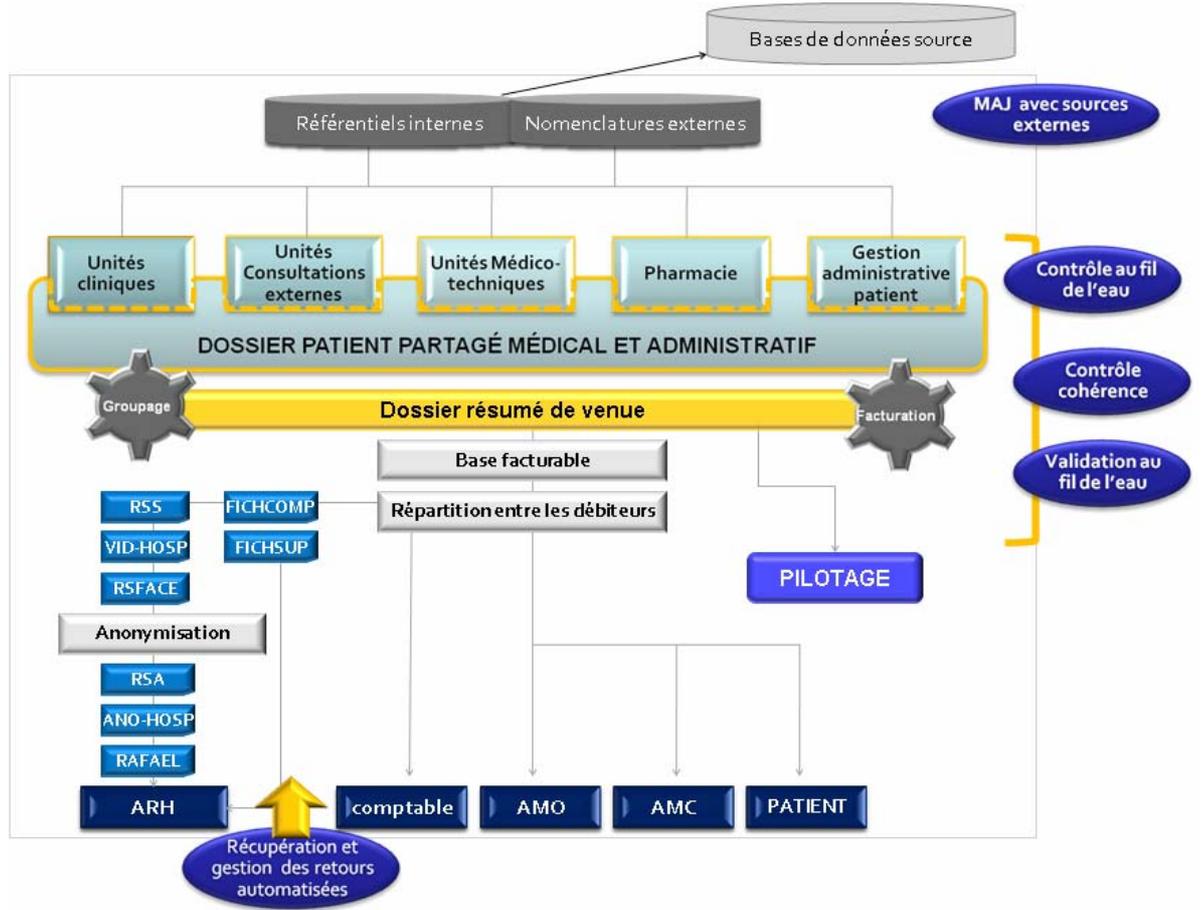
Niveau 2 + gestion automatisée complète du workflow,

- contrôles unitaires,
- contrôle de cohérence,
- étapes de validation,
- gestion des droits et responsabilités,
- traçabilité des saisies
- traçabilité des envois

Le circuit « marche en avant » aboutissant à la production des formats d'échange, mais également le circuit « retour arrière » est automatisé autant que possible (avant envoi pour gestion des erreurs, après envoi, pour analyse et gestion des rejets). La prise en compte des retours d'information sur les paiements est gérée automatiquement.

Grâce à la gestion du workflow, la chaîne de facturation est pilotable au travers de tableaux de bord de suivi automatisés, intégrant des alertes sur les délais.

Le schéma ci-après représente l'architecture du niveau 3 (exemple en MCO).



6 Glossaire

AMC	Assurance Maladie Complémentaire
AMELI	Assurance Maladie en Ligne
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ALD	Affection de Longue Durée
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARL	Accusé de Réception Logique
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	Admission et Traitement en Urgence
BE	Bureau des Entrées
BFR	Besoin en Fonds de Roulement
CBU	Contrat de Bon Usage
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CE	Consultation Externe
CFT	Cross File Transfert
CH	Centre Hospitalier
CHI	Centre Hospitalier Intercommunal
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIM	Classification internationale des Maladies
CMA	Complication et Morbidité Associés
CMD	Catégorie Majeure de Diagnostic
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CNAMTS	Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse primaire d'Assurance Maladie
CV	Carte Vitale
DAC	Dotation Annuelle Complémentaire
DAF	Direction des Affaires Financières ou Dotation annuelle de Financement
DG	Direction Générale
DGCP	Direction Générale de la Comptabilité Publique
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DM / DMI	Dispositif Médical / Dispositif Médical Implantable
DMP	Dossier Médical Personnel
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DP	Diagnostic Principal du PMSI ou Discipline de prestation (ex DMT)
DRV	Dossier de Résumé de Venue
DSIO	Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation
ENSP	Ecole Nationale de la Santé Publique
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ES ex-DG	Etablissement de santé anciennement sous Dotation Globale
ES ex-OQN	Etablissement de santé anciennement sous Objectif Quantifié National
EXH	Extrême haut
FFM	Forfait de Petit Matériel
FE	Forfait sécurité Environnement
GENRSA	Logiciel de génération des RSA
GHJ	Groupe Homogène de Journées

GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjour
GHT	Groupe Homogène de Tarif
GMSIH	Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier
GIP- CPS	Groupement d'intérêt Public – Carte de Professionnel de Santé
HAD	Hospitalisation A Domicile
HOSP-PMSI	Fichier utilisé dans la procédure de chaînage
IGS	Indice de Gravité Simplifié
IPP	Identifiant Permanent du Patient
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
JO	Journal Officiel de la République Française
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
Karnofsky	Indice utilisé en HAD pour mesurer l'autonomie du patient
LAM	Loi Assurance Maladie
LPP	Liste des produits et prestations
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MAINH	Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
MIGAC	Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MERRI	Mission d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'Innovation
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MT2A	Mission T2A
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NOE	Norme ouverte d'échange entre les ES et les AMC
NOEMIE	Norme Ouverte d'Échange entre la Maladie et les Intervenants Extérieurs
Normes B2	Norme de formatage des données pour la télétransmission
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PF	Participation Forfaitaire
PLFSS	Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale
PS	Professionnel de santé
PSC	Parcours de Soins Coordonné
PSPH	Etablissement privé Participant au Service Public Hospitalier
RAPSS	Résumé Anonyme Par Sous Séquence
RHA	Résumé Hebdomadaire Anonyme
RHS	Résumé Hebdomadaire de Sortie ou Résumé Hebdomadaire Standardisé
RIM-P	Recueil d'Informations Médicalisées en Psychiatrie
RMESS	Répertoire Mutualisé des Entités Sanitaires et Sociales
RPPS	Répertoire Partagé des Professionnels de la Santé
RSA	Résumé de Sortie Anonyme
RSF	Résumé Standardisé de Facturation
RSFAC	Résumé Standardisé de Facturation Anonymisé et chaîné
RSS	Résumé Standardisé de Sortie
RUM	Résumé d'Unité Médicale
SAE	Statistique Annuelle des Etablissements de santé
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SSRHA	Suite Semestriel de RHA
SI	Système d'Information
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A	Tarifification A l'Activité
TG	Trésorerie Générale
TM	Ticket Modérateur

TP	Trésorerie Principale
UCD	Unité Commune de Dispensation
UF	Unité Fonctionnelle
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie
UM	Unité médicale