

Objet : CCAM tarifante, parcours de soins et EPRD

La mise en œuvre dans les établissements des différents aspects des réformes simultanées (loi assurance maladie, CCAM tarifante, réforme du financement et de la nomenclature budgétaire et comptable) engendre des difficultés techniques et organisationnelles.

Le bureau national des DSIO saisit la DHOS de ces problèmes, afin d'obtenir des éclaircissements, et relayer alors auprès des établissements les démarches à suivre.

1. La CCAM tarifante :

× **Fonctionnement du moteur de facturation**

De très nombreuses questions se posent quant au fonctionnement des moteurs de facturation. Les règles de facturation, du fait des modificateurs, des associations ou des conditions de réalisation d'un acte, sont clairement décrites dans les Dispositions Générales et dispositions diverses - CCAM v2.

exemple classique : si un acte technique est réalisé au cours d'une consultation, les cotations des deux ne se cumulent pas : le plus onéreux l'emporte (sauf 3 exceptions, voir article III-3 des Dispositions Générales et dispositions diverses - CCAM v2).

Or, manifestement, ce n'est pas ainsi que tous les moteurs de facturation ont été élaborés.

Une mise au point dans les établissements des membres du bureau des DSIO met en évidence que certains éditeurs ont mis en place un moteur de facturation efficient, alors que d'autres n'assurent pas cette fonctionnalité.

D'ailleurs, il semble que les derniers soient bien plus nombreux que les premiers. Seuls les produits de Mc Kesson et de SHS (Clinicom) sont conformes aux règles nationales. Les outils du GIP C.Page, du CHU de Grenoble (Cristal Net), du CHU de Bordeaux (Cash) et de la filière Convergence (MIPIH, SIB, SIHPIC) n'assurent pas cette fonctionnalité.

De ce fait, la hiérarchisation des actes cliniques/techniques est effectuée manuellement par les agents du bureau des admissions, selon des procédures parfois particulièrement complexes, mais systématiquement chronophages. Pour certains logiciels (exemple : CPage), si le moteur de facturation existe fonctionnellement, il doit être activé manuellement, pour chaque acte/consultation), puisque rien n'est automatisé.

La manipulation manuelle comporte ainsi un certain nombre de risques, non sans importance :

- erreurs : liées à un manque de connaissance des codes CCAM, mais également d'attention, compte tenu de la quantité à gérer (nombre de consultations)
- sur-facturation : certains établissements codent tout **et** facturent **tout**. Ce qui n'est pas conforme aux règles de facturation et introduit une rupture d'égalité par un service public (Le patient paie donc les frais de ces modalités de facturation).
- respect de la confidentialité des données médicales transmises : quand bien même ils sont tenus au respect du secret professionnel, les agents du bureau des admissions disposent d'informations médicales détaillées, certaines pouvant porter préjudice, modifier des comportements ou des attitudes ;

- source de conflits internes : les médecins, sollicités à coder de façon la plus exhaustive possible, comprennent mal et acceptent difficilement que des agents administratifs « suppriment » des actes qu'ils ont « péniblement codés plutôt que de s'occuper des patients » (en fait, ils les recodent en non facturables) ;
- source de confusion : par conséquent, les acteurs oublient la différence entre l'activité réalisée et l'activité facturée. La saisie des deux est primordiale et chacune comporte un intérêt propre. Les établissements s'interrogent cependant sur l'avenir de Fich Sup.

Ces risques s'avèrent d'autant plus préoccupants que, manifestement, également dans une période de changements structurels nombreux et source de perturbations substantielles, les CPAM ont levé leur module de contrôle des incompatibilités. Ainsi, il n'y a pas de blocage lors d'erreurs de facturation.

Surtout, fin janvier, toutes les conséquences de la mise en œuvre de la CCAM tarifante ne sont pas encore claires, dans la mesure où les établissements, préoccupés et occupés par la clôture de l'exercice 2005, n'ont pas encore lancé de facturation. D'autres mauvaises surprises peuvent donc émerger.

Les éditeurs qui n'ont pas automatisé le moteur de facturation, interrogés, affirment que c'est aux établissements de réaliser manuellement les hiérarchisations des actes.

Certains avouent que c'est une tâche qui peut être automatisée, mais que les développements que cette automatisation requiert sont chronophage. Dans un contexte où ils ont dû s'atteler à des paramétrages et des développements nombreux pour la mise en œuvre du parcours de soins, ils ont privilégié le dernier.

Enfin, non seulement l'hétérogénéité des logiciels du marché pose problème, mais aussi leur interopérabilité. En effet, certains logiciels donnent entière satisfaction aux établissements. Toutefois, dès qu'il s'agit de les interfacer avec d'autres (exemple : outil PMSI et outil de facturation, via un troisième outil, portail d'intégration), les éditeurs ne s'accordent pas, et se renvoient mutuellement la responsabilité des difficultés d'interconnexion.

Le bureau alerte la DHOS sur les difficultés rencontrés par la mise en œuvre de la CCAM tarifante du fait des problèmes techniques d'interopérabilité. De plus, l'hétérogénéité des logiciels du marché fait craindre tant des disparités de mise en œuvre, qu'une application différentielle, souvent au détriment du patient, et nécessairement des équipes (informatiques comme médicales et soignantes) des établissements. Elle augure mal de la mise en œuvre des changements liés au parcours de soins.

Le bureau des DSIO sollicite donc la DHOS pour un éclaircissement sur cette fonctionnalité : doit-elle être automatisée ? Les spécifications du GMSIH n'étaient-elles pas claires ? opérationnelles ? En effet, le guide de migration à l'intention des établissements précise la nécessaire adaptation des logiciels de facturation.

De ces réponses dépendront les ajustements réalisés par les établissements dans la ré-organisation de leurs circuits de saisie des actes/facturation.

× Modalités de calcul de la redevance l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein :

Les règles de calcul de la redevance sont assises sur les lettres clés NGAP. Avec la substitution de nombreux d'entre eux par des codes CCAM, que deviennent ces règles ?

Les établissements ont déjà dû coder à la fois en CCAM et en NGAP toute l'activité relative au dernier trimestre 2005, dans la mesure où les CPAM n'acceptaient pas de codes NGAP.

Les nouvelles règles CCAM sont-elles connues ? Quand seront-elles officialisées ?

2. La réforme de l'assurance maladie : le parcours de soins coordonné

Quand bien même la DHOS a fourni aux éditeurs un calendrier de la mise en œuvre des éléments du parcours de soins coordonné selon les normes B2 : 2003 et B2 : 2005, les enjeux et les démarches à suivre par les établissements restent mal comprises.

Une clarification et un accompagnement du GMSIH, pourtant annoncé par la DHOS (réunion 13/07/2005) tardent. Notamment, il s'avère urgent d'identifier les démarches à suivre d'une part pour l'application des règles du parcours de soins coordonné, et, d'autre part, de la dématérialisation des échanges avec l'assurance maladie. La distinction de ces deux chantiers est souvent très mal aisée et la confusion l'emporte.

Autres questions induites :

- Quelle application des majorations à l'hôpital public (externe/hospitalisation, public/privé) ? Il n'existe toujours pas de texte clair précisant que le parcours de soins s'applique à l'hôpital public. Le bureau des DSIO a sollicité la CNAM à plusieurs reprises en ce sens (11/05/2005, CTN 28/09/2005), sans résultat aujourd'hui. Là encore, l'absence d'écrit opposable conduit les établissements à procéder différemment, au détriment du principe d'égalité de prise en charge.
- Quelles preuves opposables de l'adressage par le MT ?
- Comment coder des actes pour des médecins qui n'ont pas de codes ADELI (exemple : médecins étrangers remplaçants) : les solutions alternatives sont rejetées par les CPAM (exemple : utilisation du code ADELI du chef de service, du code FINESS de l'établissement ...)

La complexité du système mis en place requièrent une aide à la fois technique et fonctionnelle, pour agir sur les plans tant organisationnel que structurel.

Le bureau des DSIO souhaite donc que la DHOS clarifie les deux chantiers et sollicite le GMSIH pour une intervention rapide auprès des établissements.

3. La réforme du régime budgétaire et comptable : l'EPRD

Lors d'une réunion de présentation à la DHOS de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) (8/07/2005), l'ensemble des éditeurs avait souligné le faible impact de l'EPRD, et, notamment, du changement de plan comptable, sur les systèmes d'information hospitaliers. Aussi, les adaptations des logiciels de gestion économique et financière devaient-ils pouvoir être effectués dans des délais courts, d'autant plus que la DHOS s'était engagée à fournir des fiches techniques pour pallier le délai probable de publication dans textes officiels.

Une table de correspondance des comptes entre l'ancien et le nouveau plan comptable avait été promise par la DHOS. Qu'en est-il exactement ?

En effet, les éditeurs ont livré une table, vide, que les établissements doivent donc compléter manuellement. Outre la dimension chronophage de cette démarche, elle est source d'erreurs, et de rejets potentiels par les Trésoreries. Elle est également source de gestion différentielle d'un établissement à un autre, source de confusion.

Le bureau des DSIO sollicite donc la DHOS pour fournir des réponses à ces questions.

Michel RAUX , Président du collège national des DSIO de Centres Hospitaliers ; DSI au CH Versailles
Estelle OUSSAR, vice présidente du collège national des DSIO de Centres Hospitaliers, en charge des réformes ; Directrice adjointe au Centre hospitalier de Saint Dizier
Note validée lors du bureau des DSIO du 12 janvier 2006, et soumise au bureau de la CNDCH.