



ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion 2004

**Le circuit de la facturation au CHU de
Bordeaux : les réadaptations
engendrées par la mise en place de la
Tarification A L'Activité**

Julie CAUHAPE

R e m e r c i e m e n t s

Je tiens à remercier Monsieur Alain Hériaud, Directeur Général du CHU de Bordeaux, ainsi que l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil, leur disponibilité et leurs conseils avisés.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Jean-Marc Viguié, Directeur des affaires financières, mon maître de stage, pour son accompagnement tout au long de cette réflexion. Ses conseils précieux, sa totale disponibilité ainsi que la grande richesse des échanges que nous avons eus autour de ce sujet m'ont permis de mener ce travail dans les meilleures conditions.

J'adresse également mes remerciements aux pharmaciens du CHU, aux responsables des bureaux des entrées et à l'ensemble de l'équipe de la Direction des affaires financières pour leur disponibilité et pour la qualité des entretiens qu'ils m'ont accordés.

Je remercie enfin Madame Martine Bellanger, professeur à l'École Nationale de la Santé Publique, d'avoir accepté d'être mon encadrant mémoire.

Sommaire

INTRODUCTION	7
1 LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A REORGANISE LES MODALITES DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION	13
1.1 La T2A, point de départ d'un cycle de changements.....	13
1.1.1 un financement à l'activité plafonné à 50% de l'activité MCO d'ici 2008 : le schéma cible pour un nouveau modèle d'allocation des ressources	13
1.1.2 le schéma de transition : une démarche progressive et pragmatique	18
1.1.3 le nouveau support de la tarification : la facturation individuelle par le bordereau 615	20
1.1.4 Interrogations liées à ces changements : le nécessaire accompagnement de la démarche.....	21
1.2 Le circuit de la facturation individuelle en 2004 : les éléments préexistants à la production du bordereau 615.....	24
1.2.1 La gestion du dossier pendant l'hospitalisation du malade : de l'admission à la sortie du patient	25
1.2.2 Le traitement de la facturation	29
1.2.3 Représentation schématique du circuit de la facturation en 2004	31
1.2.4 Les éléments du circuit qui demanderont à être revus	34
2 LE RECUEIL DE L'ACTIVITE AU CŒUR DU PASSAGE A LA FACTURATION INDIVIDUELLE.....	37
2.1 le recueil de l'activité MCO : développer le système actuel pour le rendre plus réactif.....	38
2.1.1 Les modalités de recueil de l'activité au CHU de Bordeaux	38
2.1.2 Les réadaptations du recueil de l'activité engendrées par le passage à la facturation individuelle : une production des RUM plus rapide et un élargissement du champ considéré	42
2.1.3 Médicalisation et simplification du SIH à la base du recueil de l'activité	51
2.2 Le recueil de la consommation de médicaments onéreux : initier une réflexion autour de la sécurisation du circuit du médicament	53
2.2.1 Prévalence de la prescription globale et de la distribution collective en 2004 : mise en évidence des imperfections au regard des besoins de la T2A.....	54

2.2.2	De nouvelles exigences qualitatives et financières incitent aujourd'hui à réfléchir sur l'évolution du circuit du médicament : parvenir à tracer les médicaments dispensés et consommés.....	59
3	LE CIRCUIT DE LA FACTURATION : PROPOSITION POUR UNE ARCHITECTURE NOUVELLE	67
3.1	Aboutir à une production optimale du bordereau 615 : étude des différentes hypothèses à notre disposition	67
3.1.1	Quel avenir pour le bureau de gestion des malades au sein de la chaîne de facturation ?	68
3.1.2	La problématique du rattachement des données du médicament pour la constitution du bordereau 615	72
3.2	Au-delà de l'aspect technique, l'évolution tarifaire peut-elle s'accompagner d'une réflexion plus générale sur le fonctionnement actuel de l'hôpital ? ..	77
3.2.1	La redéfinition des relations entre les acteurs du circuit de la facturation : le précurseur la nouvelle gouvernance ?	77
3.2.2	Repenser à terme l'architecture du SIH : la création d'une base de données globale.....	79
3.3	Proposition d'un circuit adapté à la production des bordereaux 615 : l'hypothèse retenue à l'issue de cette étude	81
	CONCLUSION	85
	Bibliographie	87

Liste des sigles utilisés

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
BGM : Bureau de Gestion des Malades
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CdAM : Classification des Actes Médicaux
DAC : Dotation Annuelle Complémentaire
DIM : Département de l'Information Médicale
DGF : Dotation Globale de Financement
DMS : Durée Moyenne de Séjour
ENC : Echelle Nationale des Coûts
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjours
ISA : Indice Synthétique d'Activité
LPP : Liste des Produits et des Prestations
MIGAC : Mission d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PUI : Pharmacie à Usage Intérieur
RSA : Résumé de Sortie Anonymisé
RSS : Résumé Standardisé de Sortie
RUM : Résumé d'Unité Médicale
SIH : Système d'Information Hospitalier
SIM : Service d'Information Médicale
T2A Tarification A l'Activité

INTRODUCTION

La loi de financement de la sécurité sociale 2004 du 18 décembre 2003¹ institue par ses articles 23 à 35 le nouveau mode de financement des établissements de santé, publics et privés reposant sur le principe de la tarification à l'activité (T2A). Cette loi met ainsi un terme au système de la dotation globale de financement (DGF) en vigueur depuis 1983². Le CHU de Bordeaux est site expérimentateur T2A depuis 2003. Les réflexions autour de ce sujet montrent que la T2A ne se réduit pas à une problématique financière mais implique également de nombreuses modifications en termes d'organisation générale.

La réflexion autour de la réforme du mode de financement des établissements de santé n'a pas débuté en 2002 avec la création de la Mission T2A³. La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière a abordé la question d'un financement tenant compte de la pathologie et de l'activité mais n'a pas eu de traduction concrète. Par la suite, le principe de la péréquation inter-régionale en fonction des points ISA, dont la philosophie était totalement différente de celle de la T2A, ou du développement de certaines activités n'a donné que des résultats nuancés. La loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle prévoyait, quant à elle, et pour une période n'excédant pas cinq ans, la possibilité pour le gouvernement d'explorer de nouvelles modalités de financement des établissements de santé, fondées sur une tarification à la pathologie. C'est finalement le plan Hôpital 2007⁴ présenté par Jean-François Mattei en 2002 qui a intégré cette réforme du financement des établissements de santé comme l'un des éléments d'un important programme visant, à travers la lutte contre les rigidités externes et internes à l'hôpital, à répondre au « désenchantement hospitalier » décrit par le Rapport Couanau⁵.

¹ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003, publiée au Journal Officiel du 19 décembre 2003

² Décret du 11 août 1983

³ EXPERT P., LERME, Ph. *Zoom sur la tarification à l'activité*, Annecy, éditions Tissot, mars 2004, 32p. Collection les Cahiers Tissot

⁴ MATTEI JF. *Plan hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hospitalisation*, novembre 2002

⁵ *L'organisation interne de l'hôpital*, Rapport d'information à l'Assemblée Nationale, René Couanau, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 19 mars 2003, 81 pages.

La réforme de la tarification à l'activité peut donc être vue comme un des moyens de remédier aux insuffisances du système antérieur et d'harmoniser les modes de financement public et privé. Elle constitue en cela un changement majeur, non seulement d'ordre technique, mais également d'un point de vue culturel et organisationnel. En effet, le passage à la T2A ne doit pas seulement être vu comme un outil technique de financement : il symbolise plus largement la volonté de rénover aujourd'hui la gestion hospitalière.

La France n'est pas le premier pays à s'engager ainsi sur la voie d'une réforme de son mode de financement : c'est en effet une tendance bien affirmée au sein des pays de l'OCDE. Les bénéfices escomptés d'une telle réforme sont, pour certains, déjà connus, à commencer par une plus grande médicalisation du financement des établissements publics de santé au niveau national comme au niveau du budget de chaque établissement. Au niveau de l'établissement, ceci doit permettre de porter un regard plus critique sur l'activité, en analysant les coûts. Plus largement, l'idée est de parvenir à redistribuer de façon équitable les ressources, entre établissements publics dans un premier temps, entre établissements publics et privés dans un second temps lorsque la convergence tarifaire verra le jour.

Dans le cadre de la T2A, le financement suit l'activité produite en médecine, chirurgie et obstétrique. Toutes les activités de soins dans ces trois domaines sont concernées, quelles que soient les modalités : hospitalisation avec ou sans hébergement, hospitalisation à domicile, consultations et actes externes. Seuls, les hôpitaux locaux sont aujourd'hui exclus de cette réforme. Un mécanisme de liaison prix/volume est donc mis en place sur la base de la détermination au préalable d'un niveau de financement pour chaque type d'activité. Les établissements, en référence à ce tarif national, seront donc amenés à surveiller leurs coûts de production des soins, incitation à utiliser de façon plus rationnelle les ressources disponibles, faute de quoi l'établissement verra ses recettes amputées. Ceci est à relier aux notions de « sur » et « sous » dotations issues de la DGF. La T2A n'est cependant ni une tarification à la pathologie qui ne prendrait pas en compte les actes annexes, ni une tarification à l'acte qui ne considérerait pas le patient pour l'ensemble de son séjour mais uniquement à travers la somme des actes qui lui seraient associés. La T2A repose sur un système intermédiaire qui est la notion de séjour de soins⁶ articulée autour des Groupes Homogènes de Séjours (GHS) avec possibilité de facturer des actes et des produits en sus.

⁶ EXPERT P., LERME, Ph. *Zoom sur la tarification à l'activité*, Annecy, éditions Tissot, mars 2004, 32p. Collection les Cahiers Tissot

La responsabilité de chacun va se trouver engagée par cette réforme dans la mesure où les recettes de l'établissement dépendront en grande partie de la qualité de l'information médicale transmise au Département de l'Information Médicale (DIM) par les services de soins et par les services médico-techniques. Plus largement, cette réforme entend renouveler les modes de gestion internes des hôpitaux en favorisant le développement de nouveaux outils de pilotage qualitatifs et médico-économiques afin d'améliorer la production des soins et de porter un regard fiable sur la performance économique de chaque activité : l'on parle alors sur le plan technique d'un mode de financement « prospectif »⁷ dans la mesure où il ne repose plus sur une constatation a posteriori des dépenses comme dans le cadre du budget global. Les relations de travail entre les gestionnaires et le milieu médical seront ainsi amenées à évoluer.

La T2A constitue un changement majeur de philosophie en ce qui concerne la gestion des hôpitaux. Les conséquences techniques de cette évolution se doublent d'interrogations sur les modalités d'adaptation à ces nouvelles exigences, et cela dans les délais impartis. En effet, l'objectif à long terme de la T2A est l'instauration à l'horizon 2007 de la facturation individuelle à destination des Caisses Primaires d'Assurance Maladie par le biais du nouveau support que sera le bordereau 615.

Les changements attendus en termes de financement auront donc des conséquences sur la manière de gérer la facturation à l'hôpital. En effet, puisqu'une partie du financement dépendra de l'activité déclarée et valorisée, alors le processus même de la facturation demande à être adapté à ces nouvelles exigences. Sous le régime de la dotation globale, la facturation n'a d'autre finalité que de traiter des différents cas de prise en charge des assurés sociaux. Avec le passage à la T2A et la nécessaire prise en compte de l'activité de chaque séjour comme base du financement, le processus de facturation va devoir évoluer.

La facturation sera désormais le support de la valorisation financière des pathologies traitées et des actes pratiqués pour chaque séjour. C'est l'ensemble de la chaîne de facturation qui va devoir être réadapté pour répondre aux nouvelles exigences d'ici à l'horizon 2007.

Les réadaptations engendrées par le changement de mode de financement sont avant tout d'ordre technique. Il faut s'interroger sur ce qui va changer au sein du processus de

⁷ ibid

facturation du fait de la redéfinition de son périmètre ainsi sur les modalités qui vont permettre cette évolution. Il conviendra de réfléchir sur la réorganisation de l'architecture d'ensemble bouleversée par l'introduction de nouvelles étapes, de nouveaux acteurs et par l'affichage d'objectifs de qualité et de rapidité au niveau de la production de l'information médico-administrative servant de support à la facturation.

Le réaménagement de la chaîne de facturation, au-delà du strict aspect technique qui constitue le cœur de cette étude, ne doit pourtant pas être considéré indépendamment du fonctionnement global de l'établissement. En effet, autour de cette problématique sont rassemblés une pluralité d'acteurs : les services de soins qui renseignent l'activité, les pharmacies qui suivent les consommations de médicaments, les bureaux de gestion des malades qui gèrent les dossiers administratifs des patients, le SIM qui a en charge l'agrégation de l'ensemble des données concernant un séjour donné et enfin le service de la facturation qui représente l'interlocuteur à la fois des débiteurs et du trésor public. La notion de circuit est ici bien perceptible : un circuit est une succession de relations spécifiques et organisées autour de la réalisation d'un objectif commun. L'objectif commun est ici de parvenir à réorienter le fonctionnement du circuit concerné vers une procédure de facturation individuelle fondée sur la valorisation de chaque séjour.

Le cœur de cette étude est donc de mettre en évidence de quelle manière l'évolution du mode de financement induit des réadaptations techniques et organisationnelles au niveau du circuit de la facturation. La réflexion à mener autour des réadaptations à venir part de l'analyse de l'existant pour identifier en conséquence ce qui va changer concernant les acteurs, l'articulation des phases du circuit et l'architecture du SIH qui en est le support.

Cette étude est le fruit d'une observation de terrain pendant six mois, de nombreux entretiens avec les professionnels concernés et de lectures dans des revues spécialisées. Le croisement de toutes ces informations nous a permis d'identifier les difficultés techniques et organisationnelles posées par le nécessaire passage à une facturation individuelle et de formuler des hypothèses pour y répondre. Cette démarche s'est également nourrie de la participation à plusieurs groupes de travail, chacun chargé d'étudier plus précisément une partie de la chaîne de facturation. La synthèse de ces travaux vient alimenter nos hypothèses. Les propositions de solutions que nous avançons reposent bien évidemment sur la situation propre au CHU de Bordeaux et n'ont pas vocation à être érigées en modèle.

L'un des intérêts majeurs de cette étude a été de montrer comment, à partir d'un état des lieux en termes de SIH, de ressources et de temps disponibles, il est possible, étape après étape, d'évoluer dans une réflexion complexe engageant bien plus que de strictes

réadaptations techniques. Ce sont les pratiques professionnelles de chacun qui sont ici questionnées.

Pour mener à bien notre démonstration, nous poserons comme point de départ le fait que le passage à la T2A conduit à réorganiser les modalités de financement, et par là de facturation, des établissements de santé. En nous fondant sur ce constat, illustré par un état des lieux de l'existant au CHU de Bordeaux en 2004 (1), nous isolerons le cœur du nouveau processus de facturation, à savoir le recueil de l'activité, afin de réfléchir aux moyens à mettre en oeuvre pour permettre une facturation rapide et de qualité (2). Cette analyse du nouveau rôle de chacun des acteurs dans le cadre du circuit de la facturation permettra en dernier lieu de présenter nos hypothèses finales concernant la probable architecture nouvelle du circuit de la facturation (3).

1 LA MISE EN ŒUVRE DE LA T2A REORGANISE LES MODALITES DE FINANCEMENT ET DE FACTURATION

Le changement de mode de financement est le point de départ de notre étude. Il explique les raisons qui nous amènent à nous pencher sur la problématique de la facturation individuelle. Cette question constitue aujourd'hui un précédent et sa portée éthique mériterait d'être évaluée à terme.

Après avoir précisé le contexte et identifié les réadaptations induites par cette réforme, il conviendra de procéder à un état des lieux de la situation actuelle afin de poser le point de départ de notre réflexion.

Ce premier panorama dressé, nous pourrons alors entamer en toute connaissance de cause la phase d'analyse des questions, contraintes et attentes soulevées par la problématique du passage à la facturation individuelle. La date de mise en route effective n'est à ce jour pas précisément fixée. Nous nous en tiendrons dans cette étude à la date de 2007.

1.1 La T2A, point de départ d'un cycle de changements

1.1.1 un financement à l'activité plafonné à 50% de l'activité MCO d'ici 2008 : le schéma cible pour un nouveau modèle d'allocation des ressources

Avant de s'interroger précisément sur les conséquences de la T2A sur les modalités internes de facturation dans les hôpitaux publics, il convient de faire un bref rappel sur le nouveau modèle d'allocation des ressources en distinguant le schéma cible à l'horizon 2008 du schéma de transition. Ces précisions vont permettre de bien cerner les raisons des réadaptations techniques à envisager dans le cadre du passage à la T2A.

Le passage au financement à l'activité devait au départ suivre un calendrier et des objectifs ambitieux : 50% de l'activité MCO devait être financée sur la base de l'activité en 2008 pour

atteindre enfin un objectif de 100% en 2012⁸. Par un communiqué en date du 21 juillet 2004, la Fédération Hospitalière de France (FHF) faisait savoir que, «à l'occasion du débat parlementaire sur la réforme de l'assurance maladie, la tarification à l'activité serait limitée à 50% du budget des hôpitaux, la partie restante devant être consacrée à l'indispensable financement des missions d'intérêt général »⁹. La France s'aligne ainsi sur l'ensemble des autres pays ayant d'ores et déjà opté pour un tel mode de financement. Ceci amène à redéfinir précisément les contours des différentes composantes du financement des hôpitaux publics suite à la mise en œuvre de la T2A. De la redéfinition de ces contours dépendra les réadaptations à mettre en place au niveau du circuit de la facturation.

Si les établissements privés sont depuis longtemps soumis à un financement sur la base de tarifs, les établissements publics ou participant au service public hospitalier vont devoir s'adapter à un système radicalement différent reposant sur trois grandes modalités de financement aux logiques et modes de calculs distincts.

A) Ce qui ne relève pas d'une tarification à l'activité : l'enveloppe MIGAC

Le financement des MIGAC (Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) repose sur la différence entre le coût constaté et le financement de l'activité. Cette enveloppe annuelle versée contractuellement par les ARH permet d'isoler un certain nombre de missions (en particulier des activités non directement quantifiables par les données du PMSI) dont on considère qu'elles n'ont pas à être soumises à des variations de ressources en fonction de leur activité constatée. La partie Missions d'Intérêt Général (MIG) recouvre notamment toutes les missions qualifiées de service public, comme l'enseignement et la recherche, l'innovation, le rôle de recours, les équipes mobiles de soins palliatifs. La partie Aide à la Contractualisation (AC) est destinée à accompagner la démarche de contractualisation entre ARH et établissements de santé.

⁸ Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Mission T2A, *La tarification à l'activité : modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre*, document de travail, Août 2003, 45p

⁹ Communiqué de presse de la FHF, 21 juillet 2004, « *la FHF se félicite de la limitation de la tarification à 50% des budgets des hôpitaux* », disponible sur le site de la FHF www.fhf.fr

B) Les modalités de financement mixtes¹⁰

Les modalités de financement mixtes concernent depuis juillet 2004 deux catégories : le financement des prestations d'hospitalisation et le versement de dotations sous forme de forfaits annuels.

Les prestations d'hospitalisation recouvrent juridiquement les soins prodigués en hospitalisation complète, le champ des consultations externes et les actes. Elles constituent la principale source de financement du modèle T2A. Chacune de ces prestations s'appuie sur un tarif forfaitaire déterminé nationalement autour d'une valeur moyenne incluant l'ensemble des coûts nécessaires à la production d'une activité, à savoir les coûts fixes comme variables, les charges directes comme indirectes. Pour cela, il convient de distinguer deux types de prestations dans le champ MCO : les GHS et les autres prestations d'hospitalisation d'une part, le versement de dotations sous forme de forfaits annuels d'autre part.

Les GHS sont l'équivalent en langage T2A des GHM déterminés par les données du PMSI. A un GHM donné devait correspondre un GHS auquel est appliqué un tarif déterminé sur la base de l'Echelle Nationale des Coûts (ENC). Dans les faits, il existe déjà des distorsions entre les tarifs de l'EN CET les tarifs décidés par l'Etat. Le schéma est donc le suivant : un GHM correspond à un GHS qui lui même correspond à un tarif¹¹. Pour l'instant, deux échelles de tarifs sont prévues, l'une pour le public, l'autre pour le privé. Les tarifs des GHS peuvent être minorés (coefficient de 0,5 sur le tarif du GHS si la durée du séjour est inférieure à une borne basse) ou majorés (coefficient de 0,75 pour toute journée au delà de la borne haute déterminée pour la durée du séjour). Ceci n'est pas sans conséquence sur la réflexion à mener sur la gestion des Durées Moyennes de Séjour (DMS). Un supplément journalier au tarif du GHS est par ailleurs accordé pour les journées de réanimation.

Les autres prestations d'hospitalisation concernées par le financement à l'activité mais ne rentrant pas dans le cadre des GHS se scindent en deux catégories, suivant qu'elles sont ou non décrites par le PMSI. Les activités décrites par le PMSI sont la dialyse, les soins palliatifs et les IVG pour lesquelles il existe plusieurs tarifs pour un même GHM du fait de la

¹⁰ ibid

¹¹ EXPERT P., LERME, Ph. *Zoom sur la tarification à l'activité*, Annecy, éditions Tissot, mars 2004, 32p. Collection les Cahiers Tissot

pluralité des modes de prise en charge. Les activités à ce jour non décrites par le PMSI regroupent les urgences, l'activité de prélèvement d'organe, l'hospitalisation à domicile ainsi que les consultations et actes externes. Les services des urgences bénéficient d'un tarif au passage non cumulable avec un GHS si le patient est hospitalisé après le passage et unique quelle que soit la nature de la prise en charge. Ce tarif n'est pas pour autant exclusif de la facturation des actes cliniques et médico-techniques effectués lors de ce passage. Pour l'activité de prélèvement d'organes, le tarif sera appliqué par donneur, quel que soit le nombre d'organes prélevés. Les actes et consultations externes seront dès que possible facturés sur la base de la nouvelle CCAM tarifaire en remplacement de la NGAP actuelle.

L'idée de départ de la loi du 18 décembre 2003 était de rendre d'ici à 2012 ces activités intégralement financées en fonction de leur activité. Les récentes réflexions autour du débat sur la réforme de l'assurance maladie ont conduit les responsables hospitaliers à revoir leurs ambitions à la baisse en se contentant d'un financement à hauteur de 50% uniquement prévu pour 2008. Les 50% restants continueront d'être financés par une Dotation Annuelle Complémentaire (DAC) en vigueur dès 2004 sans aucun lien avec la mesure de l'activité. C'est en cela que l'on peut aujourd'hui parler de modalité mixte de financement pour les prestations hospitalières du champ MCO.

En complément des deux développements précédents, il convient de préciser cette dernière modalité de financement mixte qu'est le versement de dotations sous forme de forfaits annuels. Pour le fonctionnement des urgences ainsi que pour l'activité de prélèvement d'organes, il a été décidé que la rémunération à l'activité n'était pas suffisante, du fait notamment de l'existence d'importantes charges fixes. Ces dotations forfaitaires sont déterminées sur la base de l'activité de l'année n-1 mais sont assurées quelle que soit l'activité de l'année n. Un « plancher »¹² de ressources est ainsi garanti. L'on peut néanmoins s'interroger sur l'avenir de ces forfaits particuliers dans la mesure où il semble acquis que les prestations d'hospitalisation seront toutes concernées par une part forfaitaire annuelle.

Puisque les modalités de financement sont amenées à évoluer du fait de la valorisation des séjours de MCO, il est nécessaire de s'interroger sur les changements que cela pourra impliquer en termes de circuit de la facturation, ce que nous verrons dans la suite du développement.

¹² *ibid*

- C) Une modalité de financement entièrement liée à l'activité : les paiements en sus des molécules onéreuses et dispositifs médicaux

Seuls les médicaments et dispositifs médicaux onéreux non pris en compte dans la fixation des tarifs des GHS pour des raisons de trop forte hétérogénéité de coût sont aujourd'hui intégralement concernés par une tarification à l'activité. Cette liste est fixée par arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale et comporte quelques 90 produits, qui font l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie en sus des GHS, sur la base du tarif de responsabilité qui est celui du prix de vente déclaré par les fournisseurs.

Le remboursement de ces médicaments concernés par un paiement en sus va néanmoins être conditionné par le respect de « bonnes pratiques » dans le cadre de l'usage des médicaments. Ces « bonnes pratiques » liées à l'encadrement des dépenses seront définies par un contrat signé entre l'ARH et les établissements et conditionneront le taux de remboursement qui pourra descendre à 70% du montant en cas de non-respect, sans pour autant que cette différence puisse alors être opposable au patient. Les établissements hospitaliers sont toujours en attente de ce décret même si un projet a déjà vu le jour. Ce projet de « contrat du bon usage » qui table sur une responsabilisation accrue des professionnels lie également le remboursement des molécules onéreuses et dispositifs médicaux à l'amélioration et à la sécurisation du circuit du médicament. Ceci rejoint le cadre réglementaire de l'accréditation qui insiste sur la sécurisation des flux des produits de santé ainsi que l'arrêté du 31 mars 1999 sur la prescription, la dispensation et l'administration des médicaments qui insiste sur la traçabilité obligatoire jusqu'au patient de ces produits.

Ce dernier point montre que le passage à la T2A n'emporte pas uniquement des conséquences financières puisque des réflexions plus générales sur l'organisation d'ensemble lui sont également liées. Ces réflexions concernent en particulier la capacité des établissements de santé à facturer en sus ces produits avec les moyens, notamment informatiques, dont ils disposent. Nous aborderons ce point dans la suite du développement.

Les modalités du schéma cible sont aujourd'hui précisées et planifiées dans le temps. Au cours de la période de transition, les modalités d'adaptation au nouveau mode de tarification devront être définies pour que tout soit prêt à l'horizon 2007.

1.1.2 le schéma de transition : une démarche progressive et pragmatique

La période de transition entre 2004, date de lancement de la réforme de la T2A, et 2008, date à laquelle le déploiement de la part de financement à l'activité aura atteint son maximum, à savoir 50%, doit permettre d'assurer le passage d'un système à l'autre en garantissant la plus grande cohérence possible. Cette période de transition doit notamment permettre aux établissements de prendre les dispositions nécessaires en termes d'aménagements à apporter à leur organisation et doit également éviter de trop brusques variations de ressources d'une année sur l'autre. Cette phase de transition est composée de trois périodes distinctes¹³.

La première période correspond à l'année 2004, année de lancement de la réforme. Pour 2004, le principe de la dotation globale n'est pas remis en cause en ce qui concerne les enveloppes régionales. C'est au niveau des budgets primitifs des établissements déterminés par les ARH que les premiers changements s'opèrent. Ainsi, l'ATIH a, en premier lieu, déterminé le volume de la dotation MCO, ce à partir des données d'activité 2002 issues du compte administratif retraité. Cette part a été appliquée à la base budgétaire 2003. De ce montant ont été déduites les charges de 2003 qui font l'objet dans le dispositif T2A de financements spécifiques. Les médicaments onéreux et dispositifs médicaux, l'enveloppe enseignement/recherche/innovation/activité de recours (les MIGAC) et les forfaits annuels sont ainsi débasés. A cette base «T2A 2004 » a été appliqué un taux de 90% ce qui a donné la part garantie des ressources pour 2004, à savoir la Dotation Annuelle Complémentaire (DAC). Les 10% manquants correspondent aux 10% de l'activité 2002 valorisés avec les tarifs des GHS pour 2004 : c'est la part de financement à l'activité pour 2004. Les activités hors champ MCO sont financées comme expliqué précédemment. Il s'agit donc d'une entrée très progressive dans la réforme. Ce dispositif n'entraîne pas pour 2004 de changement dans le processus de facturation à proprement parler. Pour assurer les estimations infra-annuelles, les données d'activité 2004 doivent être transmises par trimestre à l'ARH. Les résultats définitifs d'activité pour 2004 seront pris en compte à la fin du premier trimestre 2005 pour un ajustement définitif de la DAC 2004, au risque d'avoir des conséquences pour les ressources 2005. Par ailleurs, trois décisions modificatives au cours de l'année 2004 permettront des ajustements infra-annuels. L'année 2004 constitue l'année test du lancement de la réforme. La détermination de la liste des MIGAC, non financées à

¹³ EXPERT P., LERME, Ph. *Zoom sur la tarification à l'activité*, Annecy, éditions Tissot, mars 2004, 32p. Collection les Cahiers Tissot

l'activité, fait d'ailleurs l'objet de la part des professionnels d'une vigilance très forte pour éviter des pertes de revenu en cas de non comptabilisation dans cette enveloppe de certaines de ces activités dites de service public.

Le deuxième élément est, sur la base des observations pour 2004, la montée en charge entre 2005 et 2008 de la part variable des ressources indexée sur l'activité recueillie. Pour 2005, cette part est prévue à 20%. Contrairement à ce qui avait été prévu, cette part variable sera plafonnée en 2008 à 50%. Il n'y aura donc pas de montée en charge jusqu'en 2012. La seule différence par rapport à l'année 2004 est que les données d'activité prises pour référence pour le financement seront celles de l'année en cours ce qui implique une transmission trimestrielle en temps réel des données d'activité. Parallèlement à cette montée en charge, le régime budgétaire devrait lui aussi évoluer et devrait retenir la notion d'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses, même si les dispositions précises ne sont pas encore connues. Cela reviendrait à gérer des recettes avant des dépenses, ce qui est une logique diamétralement opposée à celle de la DGF.

Le troisième élément à prendre en compte est la capacité technique pour les établissements de facturer directement à l'Assurance maladie, sans l'interface de l'ARH, et ce à partir de 2006/2007. Cela signifie que, techniquement, les données d'activité recueillies seront transmises directement aux caisses primaires. C'est donc à ce niveau-là qu'intervient la nécessaire réflexion sur l'évolution du circuit de la facturation. Cela suppose que, avant même la fin de ces années de transition, les établissements de santé publics devront être en mesure de transmettre à l'Assurance Maladie un système de facturation individuelle identique à ce qui se pratique déjà dans le privé. Le support de cette facturation est double le bordereau 615 pour les GHS et le codage des actes CCAM. Nous nous intéresserons ici à la problématique du bordereau 615 seulement.

1.1.3 le nouveau support de la tarification : la facturation individuelle par le bordereau 615

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés propose aujourd'hui sur son site internet un projet de modèle de bordereau 615¹⁴ tel qu'il pourrait être utilisé dans les établissements privés. En effet, les établissements privés pratiquent depuis déjà un certain temps le principe de la facturation par bordereau ressemblant à une feuille de remboursement délivrée par un médecin de ville. Par extension et puisque les procédures de tarification et de facturation du public et du privé sont en théorie amenées à converger, on peut supposer que ce modèle sera appliqué par extension au secteur public.

Le bordereau 615 devra contenir trois types d'informations. Tout d'abord les renseignements administratifs habituels du patient, puis les GHS couplés aux tarifs correspondant et enfin les sommes dues au titre des molécules et dispositifs médicaux onéreux consommés pendant le séjour du patient.

Les principaux éléments contenus dans les cartouches du bordereau 615 seraient les suivants¹⁵ :

- un premier cadre récapitulant les données administratives concernant le bénéficiaire des soins ainsi que ses conditions de prise en charge
- un deuxième cadre concerne les frais de structure et de soins avec notamment le numéro du GHS concerné, la durée d'hospitalisation, le prix unitaire, la quantité, le coefficient, le montant facturé et éventuellement les codes d'exonération
- un troisième cadre concernant les produits de la Liste des Produits et Prestations facturables et les spécialités pharmaceutiques à payer en sus. Les prescriptions doivent être jointes au bordereau. Ce dernier cadre mentionne le numéro du GHS, le numéro d'identification du prescripteur, la date de prescription ou d'implantation, le libellé, le code du produit, le tarif de référence ou le prix unitaire, la quantité prescrite, le montant facturé et enfin les éventuels codes d'exonération.

¹⁴ Formulaire disponible sous la rubrique «établissements de santé » sur le site de la CNAMTS : www.ameli.fr. Le format du fichier ne permet pas de l'insérer dans un document Word.

¹⁵ Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics ou privés ayant une activité en médecine, chirurgie ou obstétrique et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L.6113-8 du code de la santé publique, publié au Journal Officiel du 11 février 2004

- un quatrième cadre pour les actes

Le bordereau 615 sera ainsi l'élément central d'une facturation individuelle rompant totalement avec les logiques précédentes de dotation globale. Chaque consultation ou séjour devient en soi une source potentielle de recettes pour l'établissement. Les informations exigées par ce document sont précises et abondantes. Elles vont nécessiter une organisation repensée et efficiente du recueil et du traitement de l'information, ainsi qu'une discipline nouvelle pour l'ensemble des acteurs qui vont devoir s'astreindre à renseigner ces rubriques en un temps très court, et de façon sincère et exhaustive.

Le passage à la facturation individuelle n'est cependant pas sans susciter un certain nombre d'interrogations de la part des acteurs hospitaliers, d'où la nécessité d'accompagner cette démarche.

1.1.4 Interrogations liées à ces changements : le nécessaire accompagnement de la démarche

Les modifications qui ne manqueront pas de subvenir au niveau de la chaîne de facturation suscitent dès à présent bon nombre d'interrogations de la part des gestionnaires comme des utilisateurs des différentes applications impliquées dans le processus.

- A) La prise de conscience des changements majeurs portés par cette réforme

L'utilisation à venir du bordereau 615 comme socle du nouveau système de facturation individuelle ne va pas sans soulever un certain nombre de questions quant à l'organisation administrative, financière ou encore informatique à mettre en place dans les délais impartis.

En effet, la facturation individuelle devrait désormais reposer sur le recueil optimal de l'activité médicale dans le champ MCO. La production des Résumés Standardisés de Sortie constituera la preuve que les soins ont bien été dispensés et conditionnera les procédures de remboursement auprès des débiteurs. De la bonne gestion et de l'exhaustivité de cette augmentation du volume de production de données dépendra l'efficacité de ce nouveau système de facturation.

Aujourd'hui, les données issues de l'activité médicale recueillies à travers le PMSI n'ont pas vocation à servir de support à la facturation.

Dans l'optique du bordereau 615, il faudra relier ces informations médico-économiques à l'aspect financier de la facturation. Ceci va impliquer des changements majeurs en termes d'organisation de la facturation et de transmission des données. C'est l'ensemble de la chaîne de facturation soutenue par le Système d'Information Hospitalier (SIH), de l'admission du patient à l'envoi des bordereaux aux débiteurs, qui demande à être repensée. Ce processus demandera la participation de nouveaux acteurs tel que le Service d'Information Médicale ou les pharmacies à usage intérieur (PUI) et le renforcement du rôle de certains autres, les services de soins notamment. La chaîne de facturation va ainsi passer sous la co-responsabilité de tous ces acteurs. C'est ici que se situe le cœur du problème : comment les différents acteurs impliqués dans cette démarche vont-ils communiquer les informations nécessaires à la production des bordereaux 615 ?

On ne peut pas se contenter d'aborder la réforme de la T2A uniquement sous l'aspect financier. Cette réforme marque en effet non seulement le début d'une nouvelle ère financière mais également organisationnelle et culturelle pour les établissements de santé. De nouvelles modalités de gestion sont en train de se mettre en place : elles vont nécessiter l'adaptation de chacun. Pour cela, un accompagnement de cette démarche par l'équipe de direction est nécessaire.

B) le nécessaire accompagnement de la démarche : la gestion du changement

Tout changement est porteur d'incertitudes et questionne nos pratiques, quelle qu'en soit l'ampleur. En ce qui concerne notre problématique, les changements attendus concernent notamment la question du nouveau rôle de chacun des acteurs anciens comme nouveaux, la synergie médico-administrative, la communication interne, l'utilisation partagée du système d'information ou encore les responsabilités respectives des partenaires.

Il appartient en partie au directeur d'hôpital de tout mettre en œuvre pour accompagner l'ensemble des acteurs vers un seul et même but. Dans le cadre précis de la refonte du circuit de la facturation, cet accompagnement s'est traduit par la mise en place de groupes de travail et de comités de pilotage, cela dans une double logique de participation et de communication.

La réforme de la T2A concerne tous les acteurs hospitaliers : les soignants, les médecins, les personnels administratifs des bureaux des entrées, du service de la facturation, les cadres de direction, le département d'information médicale.

A travers des comités de pilotage, des comités techniques et des groupes de travail impulsés par l'équipe de direction, un grand nombre d'acteurs ont ainsi pu être associés à la réflexion en cours. L'on peut citer entre autres le comité de pilotage de la T2A, la Commission du Médicament et des Dispositifs médicaux stériles (COMEDIMS), le comité de pilotage du système d'information, le comité technique PMSI, le comité technique CCAM, ou encore le groupe de travail sur l'identito-vigilance. Groupes pluri-disciplinaires à géométrie variable en fonction de l'ordre du jour, ils apportent leur contribution théorique aussi bien que leur expérience de terrain. Ces groupes et comités se réunissent à des fréquences variables et tous ne sont pas pérennes. Le comité technique PMSI par exemple, puisqu'il est chargé de suivre le recueil de l'activité en temps réel, se réunit tous les mois. Les comités de pilotage, quant à eux, ne se réunissent pas plus d'une fois tous les deux mois environ et sont le lieu d'échanges d'informations.

Pour ne prendre qu'un exemple parmi tous ces groupes de travail, le groupe de travail « comité de coordination et vigilance pour la gestion des patients » a été mis en place pour réfléchir sur les multiples réformes lancées en matière de facturation (T2A, CCAM, bordereau 615, modification des calculs des tickets modérateurs...). Ces réformes nécessitent le renforcement des interactions entre la Direction des Affaires Financières, responsable des méthodes de tarification, et les divers services concernés par la gestion des patients afin de mieux préparer et mieux faire comprendre les décisions et consignes entre la DAF et les bureaux des entrées notamment. Il rassemble donc la DAF, les responsables des bureaux des entrées, la DSI, la direction de la clientèle, le service social. Il se doit d'être vigilant sur les effets induits par les nouvelles réformes et d'apporter des explications pédagogiques sur les choix financiers institutionnels susceptibles de susciter d'éventuels tiraillements éthiques chez certains professionnels. Par ailleurs, ce groupe de travail a également pour mission de réfléchir à la redéfinition de la politique d'accueil de la patientèle en termes juridiques, contentieux et organisationnels. C'est dans ce cadre-là que nous avons pu mener une enquête sur le fonctionnement actuel des bureaux des entrées et présenter les résultats en termes de points forts, points faibles et idées à retenir ou approfondir dans le cadre du passage de la T2A. Les conclusions de cette enquête seront exploitées dans les développements à venir.

L'ensemble des groupes de travail fait part de ses conclusions lors des comités de pilotage de la T2A.

La réflexion menée par les différents groupes de travail ne part pas de zéro. Elle repose en effet sur une connaissance précise du circuit de la facturation tel qu'il est en vigueur en 2004 au CHU de Bordeaux.

Le problème qui nous est soumis est donc désormais clairement identifié : il s'agit de passer d'ici 2007 à la facturation individuelle. Avant d'aborder la phase de réflexion et d'analyse, il convient de faire un état des lieux du fonctionnement actuel du circuit de la facturation.

1.2 Le circuit de la facturation individuelle en 2004 : les éléments préexistants à la production du bordereau 615

De l'analyse du fonctionnement actuel du circuit de la facturation ressort un certain nombre de manques au regard des besoins et des attentes de la T2A. Ces insuffisances servent de base à la réflexion que nous mènerons pour dégager différentes hypothèses de réorganisation de ce circuit.

Cet état des lieux a pu être obtenu suite à une série d'entretiens auprès des acteurs concernés. Il en est notamment ressorti en synthèse, outre la description objective du fonctionnement actuel, la mise en évidence de points sur lesquels réfléchir pour améliorer l'efficacité des circuits concernés, soit sur la base d'insuffisances constatées, soit sur la base d'initiatives prometteuses mais encore embryonnaires, soit pour se joindre aux réflexions en cours au niveau national.

Il faut garder à l'esprit qu'il n'est pas ici question de présenter de manière absolument exhaustive chacune des étapes du circuit. Comprendre l'architecture d'ensemble est le but recherché afin de pouvoir se concentrer sur les éléments qui doivent être aménagés lors du changement du mode de tarification.

Le circuit de la facturation tel qu'il fonctionne au CHU de Bordeaux implique la participation de sept acteurs internes et externes : le bureau de gestion des malades, le service social, les services de soins, le service du traitement et du contentieux, la pharmacie à usage intérieur, les débiteurs (CPAM, mutuelles, patients...) et le Trésor Public.

Ce circuit s'organise autour des six phases suivantes : la gestion du dossier administratif du malade, le traitement de la facturation des hospitalisations et le travail des régies, les relations avec les débiteurs, les relations avec le Trésor Public et enfin les phases de redressement et de contentieux.

Ce circuit peut être synthétisé sous la forme du schéma suivant :

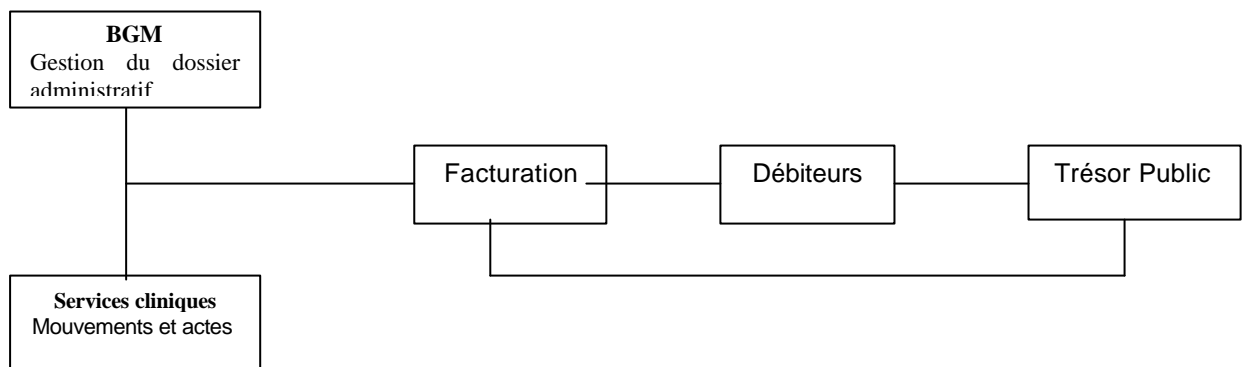


Fig1 Représentation schématique du circuit de la facturation sous DGF

L'état des lieux sur lequel nous allons nous appuyer par la suite pour étayer notre démonstration repose sur deux phases : la phase de la gestion du dossier au cours de l'hospitalisation et la phase du traitement du dossier pour envoi à la facturation et encaissement. Cette présentation permettra de synthétiser l'actuel circuit de la facturation sous la forme d'un schéma récapitulatif.

1.2.1 La gestion du dossier pendant l'hospitalisation du malade : de l'admission à la sortie du patient

Au cours de l'hospitalisation du malade, le Bureau de Gestion des Malades (BGM), les services de soins ainsi que la Pharmacie à Usage Intérieur (PUI) interviennent dans la gestion du dossier en termes de préparation pour la facturation.

Le BGM suit le patient de son admission jusqu'à sa sortie. Son activité se partage entre la constitution des dossiers lors de l'admission (certification de l'identité notamment) de et la

gestion des dossiers pour envoi à la facturation. Il fait l'interface entre les services de soins et le service du traitement de la facturation situé à la Direction Générale.

Il s'agit dès cette première phase de description de l'état existant de mettre en évidence les points forts et les points faibles d'un tel mode de fonctionnement, ce qui servira de base à la réflexion à mener autour de la production des bordereaux 615.

A) L'admission du patient

Le circuit débute au niveau du bureau de la gestion des malades (BGM), également appelé bureau des entrées. Que ce soit pour une hospitalisation ou une admission en externe, l'agent administratif du BGM ouvre un dossier administratif au vu des informations qui lui sont données par le patient : renseignements administratifs, informations sur les débiteurs, situation vis à vis d'une éventuelle mutuelle. La présentation de la carte d'identité est désormais obligatoire, au même titre que la carte vitale et la carte de mutuelle. Chaque dossier ouvert se voit attribuer un numéro¹⁶ valable pour toute la durée du séjour, même si des mouvements entre services surviennent. A chaque venue, un nouveau dossier doit être ouvert et les mêmes informations ressaisies puisqu'il n'existe pas à ce jour de lien entre la carte vitale et le dossier du patient. Il est possible de procéder cependant à des « recopies » de dossiers, mais il faut dans ce cas-là être extrêmement vigilant à l'actualité des données, notamment concernant les débiteurs. Toutes les précautions doivent être prises en ce qui concerne la certification de l'identité des patients et la validité des informations apportées sur les débiteurs. La constitution de ce dossier est en effet la pierre d'angle du processus de facturation. Le support informatique utilisé est GESMAL (GESTion des MALades), dérivé d'un produit commercialisé et adapté par la Direction du système d'information aux besoins du CHU de Bordeaux.

Pour éviter les trop longues files d'attente aux guichets des admissions, le CHU de Bordeaux fonctionne de plus en plus suivant le système des « admissions programmées » en fonction des rendez-vous dans les services. Ceci permet de préparer le dossier administratif avant l'arrivée du patient au guichet et de gagner ainsi du temps. Cependant, cela ne dispense pas d'un certain nombre de vérifications concernant les données administratives.

¹⁶ Ce numéro se décompose de la façon suivante : numéro de l'établissement/code produit (entrée par hospitalisation, urgences ou externes)/numéro de dossier/clef

A partir de là, deux cas de figure peuvent se présenter : le patient vient soit pour une hospitalisation, soit pour une consultation externe.

Si le patient est hospitalisé, il lui est remis lors de son passage au BGM un dossier composé de trois fiches individuelles (deux pour le service de soins et une pour la gestion) ainsi que des étiquettes à code barre pour tous les examens reprenant son nom, sa date de naissance ainsi que son numéro d'admission.

Si le patient vient pour une consultation externe, une « fiche de liaison » lui est remise. Dans un cas comme dans l'autre, ces deux supports papier doivent être remis au BGM lors de la sortie du patient.

B) Le séjour du patient

Au cours du séjour du patient, le BGM, les services de soins et les PUI alimentent le dossier en données nécessaires à sa gestion.

La première tâche du service de soins quand il reçoit le malade est de « confirmer » son admission auprès du BGM.

Le BGM est par la suite chargé de compléter les dossiers lorsque des informations sont manquantes au moment de l'admission. C'est fréquemment le cas lors d'admissions prononcées aux urgences puis suivies d'une hospitalisation ou alors face à des patients mineurs. Dans ces cas là, les agents partent « en enquête » auprès des patients dans les services, ou auprès des proches lors de démarches téléphoniques. Une personne est affectée quotidiennement à cette tâche tant il est primordial que les dossiers administratifs soient complets. Par ailleurs, le BGM est chargé de procéder à des recoupements d'identité et de « recoller » les dossiers pour des patients admis aux urgences sous un premier dossier puis hospitalisé sous un second.

Le BGM gère également les mouvements en relation avec les services de soins. Les mouvements ne sont pas nécessairement passés en temps réel mais la règle veut qu'ils le soient dans les 24 heures. Cette gestion se fait également par le logiciel GESMAL dont l'interface BGM/services de soins permet un partage des données administratives concernant les malades et évite ainsi les ressaisies inutiles et chronophages.

Les services de soins et médico-techniques sont chargés de la saisie de tous les actes techniques dans le cadre des consultations externes et des hospitalisations. Ces actes sont recensés sur la fiche de liaison remise au patient ou bien par l'intermédiaire de logiciels

spécifiques : « sysrad » pour la radiothérapie, « radiap » pour la radiologie ou encore « oasis » pour les actes de réanimation.

En hospitalisation, les actes de blocs sont saisis par les infirmières sur support informatique, puis validés par les médecins.

Cette saisie des actes au cours du séjour emporte des conséquences majeures en termes de facturation. En effet, si, selon la nomenclature en vigueur, l'acte est classé comme un acte supérieur à K50, il exonère le patient de frais de séjour et de ticket modérateur. Dans le cas contraire, le ticket est supporté soit par la mutuelle soit par le patient lui-même. Il est donc primordial que ces données soient bien renseignées par les services, et cela dans un délai assez court afin de pouvoir poursuivre en aval la procédure de facturation. Ceci préfigure ce que seront à terme les modalités de recueil de l'information en vue de la facturation individuelle. Cette culture de la transmission des données d'activité sera à renforcer et à systématiser en insistant bien sur les conséquences financières qu'une éventuelle négligence ou lenteur injustifiée dans le renseignement ne manqueraient pas de provoquer.

De leur côté, les PUI sont concernées par le circuit de la facturation dans le cadre de la DGF à travers la vente de médicaments rétrocedés dont la vente exclusive exercée par le CHU est facturée à l'assurance maladie hors budget global avec 15% de marge possible. Les données sur les ventes de médicaments rétrocedés sont transmises par les PUI au service du traitement et du contentieux de la facturation, qui fait l'interface avec les débiteurs, CPAM et mutuelles.

C) La sortie du patient

Le BGM établit une première prévision de sortie lorsque le patient repasse au guichet rendre soit sa fiche de liaison soit sa fiche individuelle. Il faut néanmoins que le service de soins confirme cette sortie dans les 24 heures pour que le dossier soit considéré comme complet et puisse passer en phase de gestion, dernière étape avant l'envoi à la facturation.

La phase de gestion au niveau du BGM consiste à clôturer le dossier en s'assurant que toutes les données nécessaires à la facturation sont présentes. Cela peut consister en l'attente de la validation d'actes de bloc, de bactériologie ou d'anatomie pathologique, d'accord de prises en charge par les mutuelles ou en la recherche de renseignements encore manquants concernant le malade ou ses débiteurs. Même quand le dossier est complet dès la sortie du patient, le délai minimum de facturation reste de quinze jours. Ceci laisse le temps aux services de compléter le cas échéant la saisie de leurs actes.

Pendant toute la durée du séjour et avant la sortie du patient, les services sociaux sont présents au niveau des guichets d'admission. Ils sont très souvent sollicités pour des recherches de solutions pour des patients démunis ne possédant pas de mutuelle et dans l'incapacité de s'acquitter des sommes dont ils sont redevables. De nombreux cas concernent des patients victimes de « l'effet de seuil » de la CMU complémentaire. Environ un quart de l'activité du service social du CHU est aujourd'hui consacré à la résolution de difficultés de ce type : ils constituent en cela l'interface entre les services de soins et les services administratifs.

1.2.2 Le traitement de la facturation

La rapidité et la qualité du traitement de la facturation aujourd'hui nous renseigne sur ce qu'il faudra renforcer et améliorer par la suite avec le passage à la facturation individuelle. On cherche ici à optimiser les transmissions d'informations entre le CHU et les débiteurs.

- Le premier traitement en interne

Le recueil de l'information une fois opéré dans GESMAL (admissions/sorties, saisie des actes dans les services, informations relatives au séjour), le logiciel fournit les données nécessaires à la facturation. Il existe en effet un interface informatique entre GESMAL et le logiciel de facturation CASH qui permet, une fois tous les contrôles préalables exercés par GESMAL, de déterminer les tarifs associés à chaque séjour ainsi que les éléments d'exonération.

Suite à cela, le service du traitement de la facturation et du contentieux se met en relation avec les divers débiteurs.

- Les relations avec les débiteurs

Les relations avec les débiteurs sont de cinq natures différentes, ce qui fait autant de procédures à analyser. Il faut tout d'abord faire la différence entre les transmissions papier sous forme de factures et les transmissions par voie électronique. Globalement, les relations avec les Caisses primaires d'assurance maladie et avec les mutuelles sont informatisées. Les émissions de papier ne concernent plus que les patients pour lesquels des factures restent à payer et quelques autres cas particuliers.

Il n'y a pas émission de facture dans le cadre des relations avec la Sécurité Sociale pour la part d'activité incluse dans le budget global puisque des versements par douzième sont opérés chaque mois. Les informations sont transmises aux CPAM sous forme de cassettes, suite aux demandes de prise en charge formulées lors de l'admission des patients, sont que informations séjour. Elles ne conditionnent donc pas les montants perçus dans le cadre de la DGF.

Par ailleurs, la télétransmission est en passe de devenir le mode de communication le plus efficace : on parle alors de la dématérialisation des titres avec l'arrivée sur le marché de logiciels tels que NOE, IRIS-B2 et NOEMIE qui suppriment les envois de factures papier et diminuent les délais de paiement.

Le logiciel IRIS-B2 est utilisé pour toutes les relations avec les CPAM concernant les activités hors budget global. Cela regroupe les produits pharmaceutiques rétrocedés, les paiements de tickets modérateurs du régime général, les procédures dans le cadre de l'Aide Médicale d'Etat (AME) ou encore les bénéficiaires de la CMU.

De son côté, le logiciel NOE est utilisé pour une partie des relations avec les mutuelles en ce qui concerne la prise en charge des médicaments rétrocedés, le forfait journalier et le ticket modérateur. Les autres mutuelles continuent de traiter par factures papier avec le CHU.

Le recours à des procédures de télétransmission est reconnu comme un gain de temps par le CHU. Les efforts d'optimisation dans la transmission de l'information entre le CHU et les débiteurs devra se poursuivre dans le cadre de la T2A, où une part importante du financement dépendra des capacités de réaction des acteurs concernés par le circuit de la facturation. C'est pourquoi il est intéressant de voir dès à présent ce qu'il en est en termes de télétransmissions.

Enfin, l'usage du papier perdure lors de l'émission de factures par le service du traitement de la facturation, à la fois en ce qui concerne les hospitalisations et en ce qui concerne les actes externes. Elles peuvent être à destination du patient lui-même dans le cadre d'un ticket modérateur ou forfait journalier à acquitter, ou dans le cadre de recettes subsidiaires à percevoir (téléphone notamment). Elles peuvent également être à destination de ce que nous avons qualifié de « divers » et qui regroupe les autres établissements hospitaliers, les anciens combattants et victimes de guerre, les assurances, les CPAM pour les prises en charge hors budget global ainsi que les régimes autres que le régime général.

- La gestion du redressement et du contentieux

La gestion du contentieux se fait au niveau du service du traitement de la facturation et du contentieux sur la base de rejets effectués par les débiteurs. Ces rejets sont uniquement des rejets papier.

- Les procédures d'encaissement

L'encaissement des sommes dues est effectué par le Trésor Public et par les régies. Le Trésor Public recouvre la Dotation Globale par douzième, les tickets modérateurs et les factures diverses. La part budget global est perçue par télétransmission en utilisant le logiciel NOEMIE. Les mutuelles, quant à elles, s'acquittent des sommes dues par virement. Enfin, en ce qui concerne les factures, elles parviennent au Trésor Public sous forme de chèque bancaire. Il existe une procédure de relance automatique pour les factures non payées au delà de soixante jours dans un premier temps, puis dans un second temps au delà de trente jours : c'est le «commandement à payer ». Les poursuites engagées sont fonction des montants à recouvrer mais souvent les factures qui ne sont pas recouvrées passent en « créances admises en non valeur » et sont donc supportées par l'établissement.

Les régies de leur côté encaissent les avances sur hospitalisation lors de devis prévisionnels pour des étrangers, les recettes diverses et les tickets modérateurs des consultations externes quand ils sont payés au comptant au moment de la sortie du malade. Le fait est que ce système de paiement au comptant est peu utilisé. En effet, bien souvent les actes issus des consultations externes n'étant pas saisis en temps réel, il est difficile de connaître les cas d'exonération. Les régies reversent par la suite les sommes perçues au Trésor Public.

Une fois ces éléments posés et commentés, il est possible de synthétiser l'ensemble de ces informations sous la forme d'un schéma récapitulatif.

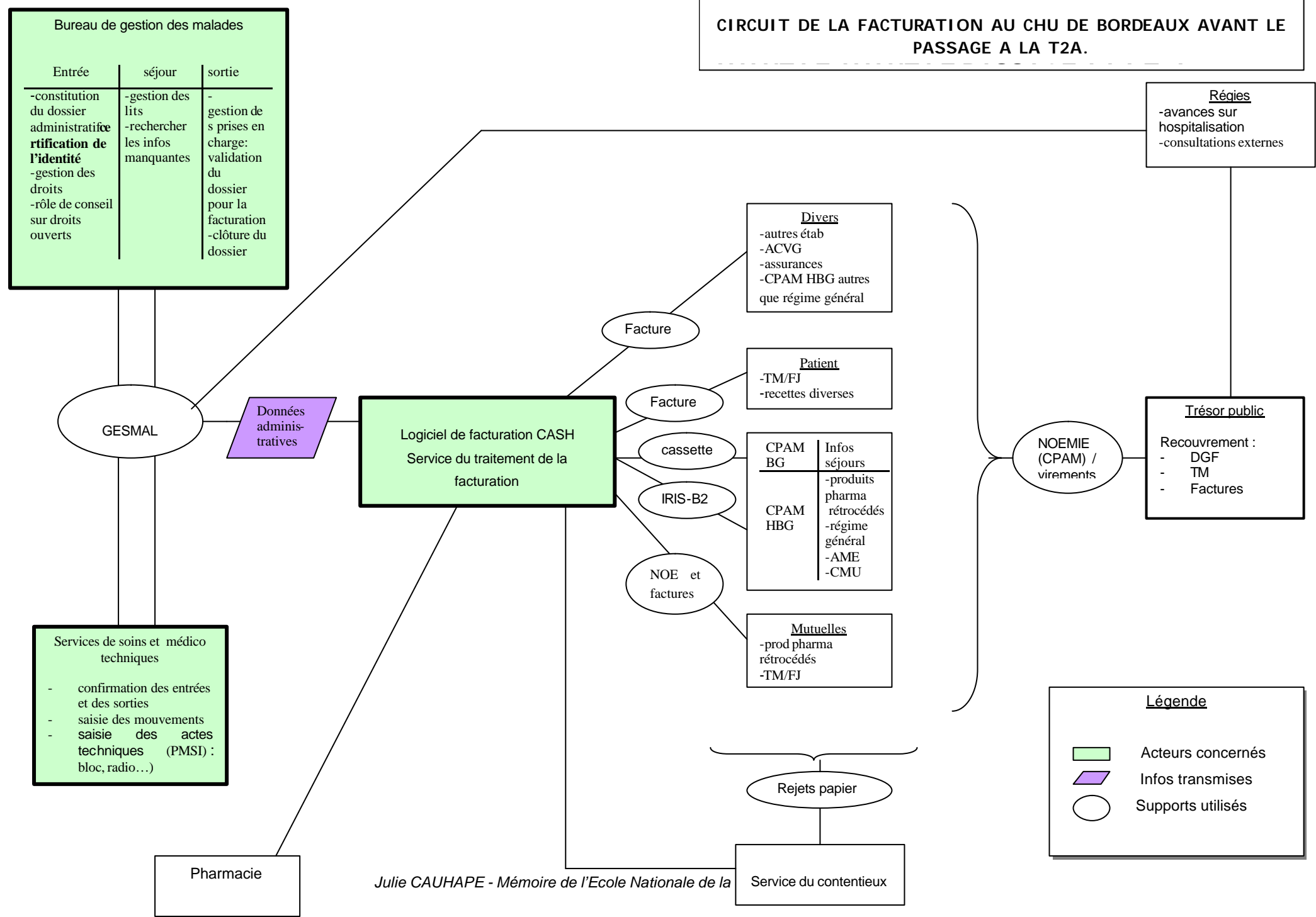
1.2.3 Représentation schématique du circuit de la facturation en 2004

Pour récapituler toutes les informations exposées précédemment, il est possible de représenter le circuit de la facturation en vigueur au CHU de Bordeaux pour le financement par dotation globale à partir du schéma suivant.

Dans le cadre strict du circuit de la facturation, les seules informations transmises par les acteurs de la chaîne sont des informations administratives concernant les différentes modalités de prises en charge. L'activité n'est à aucun moment incluse dans les relations financement / tarification que la mise en place de la T2A laisse entrevoir. C'est pourquoi il

sera intéressant de partir du schéma suivant pour le faire évoluer, au gré des différentes hypothèses dont nous disposerons, vers le schéma le mieux à même de refléter les besoins de la T2A.

CIRCUIT DE LA FACTURATION AU CHU DE BORDEAUX AVANT LE PASSAGE A LA T2A.



Bureau de gestion des malades

Entrée	séjour	sortie
-constitution du dossier administratif rtification de l'identité -gestion des droits -rôle de conseil sur droits ouverts	-gestion des lits -rechercher les infos manquantes	- gestion de s prises en charge: validation du dossier pour la facturation -clôture du dossier

- Services de soins et médico techniques**
- confirmation des entrées et des sorties
 - saisie des mouvements
 - saisie des actes techniques (PMSI) : bloc, radio...)

Pharmacie

Logiciel de facturation CASH
Service du traitement de la facturation

- Facture**
 - Divers
 - autres étab
 - ACVG
 - assurances
 - CPAM HBG autres que régime général
 - Patient
 - TM/FJ
 - recettes diverses
 - CPAM BG
 - produits pharma
 - régime général
 - AME
 - CMU
 - CPAM HBG
 - Mutuelles
 - prod pharma rétrocedés
 - TM/FJ
- cassette
- IRIS-B2
- NOE et factures

Rejets papier

Service du contentieux

Régies

- avances sur hospitalisation
- consultations externes

Trésor public

Recouvrement :

- DGF
- TM
- Factures

Légende

- Acteurs concernés
- Infos transmises
- Supports utilisés

1.2.4 Les éléments du circuit qui demanderont à être revus

Le circuit de la facturation, tel que nous venons de le présenter, est reconnu par les acteurs comme un circuit qui fonctionne correctement. Néanmoins, la vigilance doit être de mise au cours de chacune des étapes décrites précédemment. Il ressort de cette première présentation du circuit actuel de la facturation au CHU de Bordeaux un certain nombre de points qui nécessitent déjà aujourd'hui une attention toute particulière et plus largement dans une optique de passage à la T2A. Parallèlement, certaines étapes de la chaîne demandent manifestement à être revues de façon approfondie. La combinaison des deux devrait permettre de déboucher sur une chaîne de facturation optimale.

Le point majeur sur lequel l'ensemble des acteurs de cette chaîne de facturation s'accorde dès aujourd'hui est la nécessité de s'assurer de la bonne identité du patient admis. En effet, l'identité du patient est le support de toutes les démarches à venir en termes de recherche de débiteurs et de relations avec les organismes de sécurité sociale. L'obligation récente de produire une pièce d'identité lors de toute constitution de dossier n'a pas pour autant résolu la question des identités multiples pour une même personne, notamment dans le cas de personnes étrangères. Toute absence d'information sur l'identité d'un patient retarde d'autant l'envoi du dossier définitif en facturation. Ce qui est déjà handicapant dans le cadre de la dotation globale le sera d'autant plus quand l'établissement sera passé en facturation individuelle. Le fait qu'il n'existe pas encore de lien entre la carte vitale et le dossier du patient ne rend évidemment pas la procédure aisée.

En ce qui concerne la gestion pure du dossier, il nous a été souvent indiqué que les délais de transmission de l'information sont très souvent beaucoup trop longs. Ceci concerne aussi bien les transmissions de données des services de soins vers le BGM que les relations avec les CPAM et les mutuelles lors de demandes de prises en charge. Dans le cas des données à transmettre par les services, cela pose encore une fois la question de la saisie des actes en temps réel et du temps nécessaire pour le faire. Dans le cadre du passage à la T2A, il est évident que ce qui, aujourd'hui, n'est finalement qu'un allongement des délais de règlement d'un petit nombre de situations risque de devenir un frein majeur à la tarification si le début de la chaîne est ainsi ralenti.

Le circuit de la facturation tel qu'il existe aujourd'hui va servir de base aux réadaptations à mettre en place pour le passage à la T2A. L'identification dès à présent des points majeurs à surveiller (l'identification du patient ainsi que la vitesse du recueil et du transfert des données) va permettre de se concentrer d'autant mieux sur les rouages à améliorer et à suivre de près dans la nouvelle organisation.

A l'issue de cette première partie, la question à traiter est clairement identifiée : il s'agit de mettre en place un circuit de la facturation, s'appuyant sur ce qui existe aujourd'hui, cela pour répondre aux exigences de la facturation individuelle.

Après avoir identifié les raisons de ces réadaptations ainsi que leur périmètre principal, il s'agit de se pencher sur les étapes à modifier ou à compléter dans le circuit pour être en mesure de répondre aux besoins d'ici 2007.

2 LE RECUEIL DE L'ACTIVITE AU CŒUR DU PASSAGE A LA FACTURATION INDIVIDUELLE

En mettant en parallèle les informations qui devraient probablement être contenues le bordereau 615 et l'architecture actuelle du circuit de la facturation, plusieurs pistes de réflexion se dégagent :

- Le recueil de l'activité devient la base de la facturation pour la part T2A. Le rôle du bureau de gestion des malades s'en trouve ainsi remis en question.
- Le paiement en sus des médicaments et dispositifs médicaux implantables doit être intégré dans la chaîne de facturation.

Ceci introduit deux nouveaux acteurs dans le processus de facturation : le SIM et les pharmacies.

Nous verrons dans cette partie en quoi les modalités de recueil de l'activité devront faire l'objet d'une attention toute particulière et de quelle manière introduire progressivement la consommation des médicaments onéreux dans le suivi budgétaire.

Il s'agit, au cours de la période de transition, de réfléchir sur les modalités d'évolution de ces différents points.

Il faut également garder à l'esprit que le passage à la facturation individuelle ne peut être uniquement le fait de changements purement techniques. Le passage à la T2A implique des restructurations d'ensemble, relayé en cela par de nouvelles exigences de sécurité et de traçabilité. Le rôle des modifications périphériques au strict processus financier est donc inévitable pour comprendre la problématique d'ensemble.

Tous les éléments qui sont étudiés dans cette partie tendent vers un but commun : permettre à terme une facturation individuelle optimale, c'est à dire juste, rapide et non redondante avec le système d'information. Une fois ces éléments identifiés et analysés, une proposition de circuit réadapté aux nouvelles exigences sera faite en troisième partie.

2.1 le recueil de l'activité MCO : développer le système actuel pour le rendre plus réactif

Les modalités du recueil de l'activité restent dans l'ensemble les mêmes avec le passage à la T2A. Elles sont revues à la marge avec la publication du nouveau format du RUM dans sa version 11. C'est l'exploitation de ces données disponibles qui prend une nouvelle finalité et sur laquelle il est donc nécessaire de se pencher. Le principe du recueil de l'activité en vigueur depuis l'introduction du PMSI reste inchangé. Il est donc primordial de prendre appui sur ce qui existe déjà afin de l'orienter vers ce dont nous aurons vraisemblablement besoin dans le cadre de la production du bordereau 615.

2.1.1 Les modalités de recueil de l'activité au CHU de Bordeaux

Le système d'information hospitalier peut se définir comme un « réseau d'échanges et de traitement des différentes données médicales ou administratives qui circulent dans l'hôpital »¹⁷. Grâce à l'utilisation de supports informatiques, il permet aujourd'hui de produire et de recueillir deux types d'informations : celles concernant le processus de facturation tel que nous l'avons décrit dans la première partie et celles concernant le recueil de l'activité.

C'est donc le circuit du recueil de l'activité fondé sur le PMSI qui nous intéresse maintenant. En effet, si le PMSI et la production de données d'activité que cela suppose n'ont pas vocation à servir de base à la tarification dans le contexte de la DGF, les modalités de recueil de l'activité médicale s'avèrent de la première importance avec le passage à la T2A. Il importe donc de connaître précisément les différentes étapes de ce circuit pour pouvoir les renforcer et les repenser lors de la mise en place de la facturation individuelle par le bordereau 615.

A) l'organisation du recueil de l'activité

Avant le passage au budget global en 1983, le recueil des informations concernant les actes et les séjours était nécessaire pour percevoir le prix de journée. Les actes devaient être rattachés au bon patient et au bon numéro de venue. Avec le passage au budget global en

¹⁷ livre Duru, p. 77

1983 et l'introduction du PMSI généralisée en 1989, le recueil de l'activité a été systématisé afin de servir de base dans la négociation des budgets. Ceci a constitué une avancée intéressante dans la mesure où, jusqu'en 1983, les durées de séjour constituaient le principal indicateur d'activité. Avec le PMSI, il s'agit de savoir non plus combien de temps le malade est resté mais pour quoi et comment il a été traité¹⁸.

Le recueil de l'information au CHU de Bordeaux se fait à partir du logiciel GESMAL. A chaque admission, une interface alimente le PMSI en données séjours à partir du parcours administratif du patient : c'est le recueil du Résumé d'Unité Médicale (RUM). Ces données sont contenues dans le logiciel OASIS, chargé du traitement du PMSI.

Le RUM est composé de deux parties : une administrative et une médicale. A chaque séjour MCO dans une unité de soins correspond un RUM médical. Si le patient passe dans plusieurs services, son séjour sera récapitulé par plusieurs RUM médicaux.

Le RUM administratif est composé du numéro de séjour, des renseignements administratifs sur le patient, des codes FINESS de l'établissement, du code de l'unité médicale, des dates d'entrée et de sortie ainsi que des modes de ces entrées et sorties. Il est complété par le codage des mouvements effectué par le service. Il est donc nécessaire que les infirmières soient formées à cette saisie afin de produire une information qui soit la plus fiable possible : le CHU de Bordeaux a en effet opté pour une décentralisation du codage.

Le RUM médical repose, quant à lui, sur la liste des diagnostics portés sur le patient en précisant quel est le diagnostic principal ainsi que la liste des actes lourds pratiqués. La difficulté d'un tel codage réside dans la capacité à exprimer au plus juste les cas traités et à hiérarchiser les diagnostics. Les médecins s'appuient pour cela sur la classification internationale des maladies (CIM 10). Pour le codage des actes, ils utilisent pour le moment la CdAM dans l'attente de la CCAM tarifaire. Au CHU de Bordeaux, les actes d'anesthésie, d'imagerie médicale, de radiothérapie et de réanimation sont saisis de façon autonome sur les logiciels suivants : RADIAP pour la radiologie, SYSRAD pour la radiothérapie, OASIS pour les actes de réanimation. L'une des particularités actuelles du SIH bordelais est l'absence d'uniformité des référentiels utilisés sur l'ensemble du CHU. Les données relatives aux actes externes sont, elles, saisies dans GESMAL. Et même s'il existe des liens forts entre ces différents référentiels par le biais d'interfaces informatiques ou de procédures de ressaisies, la mesure de l'activité en interne ne peut être véritablement efficiente que si les mêmes référentiels sont utilisés en même temps en tous points du CHU, ce afin d'obtenir en temps réel toutes les informations relatives à un même séjour.

¹⁸ Beresniak A. et Duru G., Economie de la santé, 5^{ème} édition, Masson, 2001, 216p, p. 76

Une fois le RUM produit par l'unité médicale (UM), le circuit est le suivant : le SIM reçoit l'ensemble de ces RUM et est chargé de la fonction groupage pour déterminer, pour chaque patient, le « séjour-hôpital » constitué de tous les RUM qui résument son séjour. La somme de tous ces RUM donne le Résumé Standardisé de Sortie (RSS) suite à une série de contrôles de qualité et de cohérence propres au SIM et réalisés par le logiciel NESTOR. Parallèlement, chaque RSS est anonymisé en un Résumé de Sortie Anonymisé (RSA) qui est transmis aux tutelles et à la direction de l'établissement pour une exploitation statistique des données qui soit respectueuse du secret médical.

L'intérêt premier du PMSI est de pouvoir disposer d'une série d'indicateurs médico-administratifs sur la production hospitalière, permettant ainsi de mieux adapter la dotation budgétaire globale de chaque hôpital. Les RSS sont utiles en interne pour faire une analyse de l'activité.

Au CHU de Bordeaux, le DIM réalise une simulation quotidienne « mono-RUM » et une fois par mois un traitement qui intègre les actes de radiologie afin de générer les GHM, les actes de radiologie étant des actes classant qui ne sont récupérés dans le logiciel RADIAP qu'une seule fois par mois. Les GHM sont donc le résultat du traitement des variables médico-administratives contenues dans le RSS¹⁹.

B) Identification des points stratégiques

On a donc vu que le système d'information hospitalière permet de produire deux types d'informations complémentaires mais pour autant indépendantes : celles relatives à la facturation et celles relatives à l'activité sous la forme finale des GHM.

Le schéma suivant reprend les différentes étapes de la production des GHM.

¹⁹ Analyser l'activité médicale d'un établissement hospitalier, document disponible sur le site de l'atih sur la page www.le-pmsi.org/mco/presentation

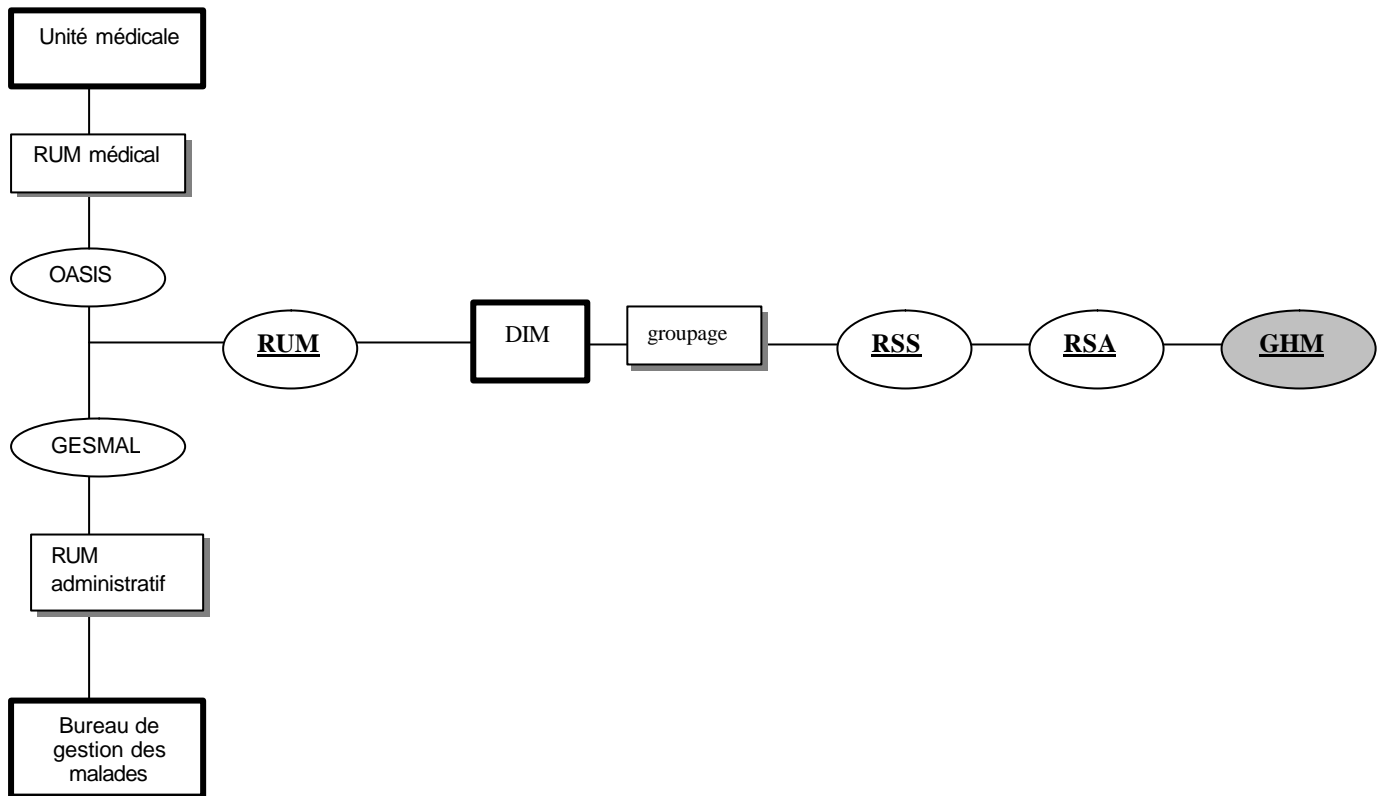


Fig.2 Circuit de production des GHM avant le passage à la T2A

Le point crucial de ce circuit de production est dès aujourd'hui la remontée des informations au DIM par l'intermédiaire des RUM en termes de qualité et de délai.

Les deux circuits qui correspondent à la facturation et au recueil de l'activité sont par conséquent deux circuits complètement parallèles si l'on excepte la partie administrative du RUM récupérée dans GESMAL. L'équilibre entre les deux se fait en comparant le nombre d'entrées au nombre de RSS produits : si la comparaison entre les deux résultats est supérieure à 100%, l'exhaustivité du recueil peut être considérée comme satisfaisante.

Le passage à la T2A constitue une révolution en ce qui concerne l'organisation du système d'information hospitalier. En effet, le PMSI, et donc le recueil de l'activité, devient la base de la facturation. Il devient donc nécessaire de faire communiquer les deux circuits du recueil de l'activité et de la facturation pour que le premier alimente en temps réel et de façon exhaustive le second. Si l'on ajoute à cela la nécessité de connaître la consommation de médicaments onéreux et de dispositifs médicaux stériles à rattacher à chaque GHS, il faut également prévoir des jonctions entre le circuit de la facturation et le circuit du médicament.

La nouvelle philosophie du SIH avec le passage à la T2A est que tout doit, désormais, communiquer pour produire quasiment en temps réel des GHS retraçant les séjours MCO

facturables à l'activité : il faut établir une liaison entre le recueil de l'activité PMSI, les données des médicaments onéreux et le processus de facturation.

Telle est la réflexion à mener maintenant afin de proposer une nouvelle architecture pour le circuit de la facturation.

2.1.2 Les réadaptations du recueil de l'activité engendrées par le passage à la facturation individuelle : une production des RUM plus rapide et un élargissement du champ considéré

Du fait du passage à la T2A, les éléments nécessaires à l'élaboration de la facturation sont appelés à évoluer. Si l'architecture du circuit reste globalement la même, l'introduction du Département d'Information Médicale comme pierre angulaire du processus permet, à juste titre, de parler de révolution concernant la manière d'appréhender ce circuit ainsi que les nouvelles responsabilités de chacun des acteurs. Le but du processus de facturation est désormais d'émettre les bordereaux 615 afférents à chaque séjour en un temps minimal, ce afin de garantir la part de financement reposant sur l'activité et d'éviter des écarts de trésorerie trop importants.

La période de transition est consacrée à l'étude des deux nouvelles contraintes suivantes :

- l'accélération de la production des RUM
- le suivi de la consommation des médicaments onéreux et des dispositifs médicaux implantables

Même si certains médicaments font l'objet d'un remboursement, la question de l'intégration des données du médicament dans la chaîne de facturation n'est pas à l'ordre du jour en 2004.

Dans ce contexte, il est intéressant de réfléchir au rôle probable des acteurs impliqués dans chacune des étapes et de s'interroger sur les modalités de transmission des informations.

Cette étude s'intègre dans la réflexion de la Direction des Affaires Financières sur le sujet. Elle vise à montrer les partages de responsabilités et de compétences entre la DAF, le DIM, les BGM et la Direction du Système d'Information (DSI) dans le cadre du passage à la T2A.

La DAF édicte les règles de facturation et veille à la coordination des différents acteurs concernés. La DSI est chargée du dossier de la refonte du SIH dont l'un des axes est l'adaptation aux nouvelles exigences tarifaires. Le DIM, de son côté, voit s'accroître son rôle d'interface entre les services de soins et la DAF. En effet, il doit s'assurer que les services cliniques remplissent, en temps et en heure, les RUM, en leur apportant le cas échéant une aide ponctuelle et doit, en parallèle, répondre aux attentes administratives en termes de calendrier et de contraintes de gestion.

Cette réflexion reposera sur des démonstrations théoriques et sur la formulation d'hypothèses concernant l'architecture idéale des circuits dans une optique de facturation optimale par le bordereau 615 à l'horizon 2006 en théorie, 2007/2008 en réalité. Elle intégrera par ailleurs des réflexions sur ce qu'il semble réaliste de mettre en place au niveau du CHU de Bordeaux en fonction du calendrier, de l'inscription de cette thématique dans le cadre plus général d'un ensemble de réformes ambitieuses et des moyens propres disponibles.

C'est en cela que cette étude est une étude de terrain qui n'entend pas se présenter comme un modèle susceptible de pouvoir être appliqué de façon uniforme dans n'importe quel hôpital.

A) Le premier élément à prendre en compte : la production accélérée des RUM sous le contrôle du DIM

➤ des services davantage sollicités

Il est dorénavant demandé aux services de produire les RUM plus rapidement puisqu'ils deviennent les supports de la part du financement qui dépend de l'activité. Un nouveau logiciel de saisie, SIM MILLENIUM, sera progressivement mis en place en remplacement d'OASIS. Cela suppose plus de temps passé à rentrer les données sans nécessairement plus de personnel pour faire une tâche auparavant souvent repoussée en l'attente de plages horaires disponibles. Un certain nombre de services optent, en effet, non pour une production des RUM au fil de l'eau, mais pour une production de masse lorsque le personnel parvenait à libérer suffisamment de temps pour cela. Or, avec le passage à la T2A, et les médecins l'ont dans l'ensemble bien compris, la production des données ne peut plus se

contenter d'être trimestrielle et son utilité ne se résume plus à fournir des statistiques d'activité.

Ainsi, l'objectif de remplissage des RUM, appelé « taux de complétude », a été fixé conjointement par la DAF et le SIM à 80% sous huit jours et à 100% sous quinze jours pour la fin 2004.

Le recueil de l'activité repose sur un codage précis des actes et des diagnostics. Seuls les médecins seraient donc, en théorie, habilités à le faire puisque les cotations doivent être validées. Le codage au CHU de Bordeaux est décentralisé, chaque unité médicale renseignant ses propres données d'activité. Un tel choix a des conséquences en termes de qualité et d'optimisation.

Dans les faits, l'option décentralisée reste la plus fréquente : le service procède à l'extraction de l'information, à sa hiérarchisation et au codage des données. Le DIM en contrôle l'exhaustivité. Les avantages qui en ressortent sont les suivants : une plus forte implication des médecins et une meilleure répartition de la charge de travail. Mais les points suivants peuvent jouer en sa défaveur : la nécessité de former beaucoup plus de monde en formation initiale et continue, la difficulté à choisir le diagnostic principal, un contrôle qualité plus difficile car plus aléatoire, font courir le risque d'obtenir un codage relativement hétérogène.

Le choix du codage centralisé est le plus souvent le fait de petits ou de très gros hôpitaux. Il permet un codage plus homogène et limite les problématiques de formation. En revanche, il est extrêmement consommateur de personnel et certaines informations peuvent manquer. En d'autres termes, le service décrit son activité en langage libre et le DIM assure la traduction en langage PMSI.

Dans le cadre de la réflexion sur les pôles, on pourrait s'interroger sur la pertinence d'opérer une décentralisation du codage par pôle, solution intermédiaire entre les deux options actuellement en vigueur. Investir un médecin référent par pôle de la mission d'assurer la saisie de l'activité soulagerait probablement les services et garantirait peut-être une organisation plus fluide.

➤ Le rôle majeur du SIM : aboutir à une production des RUM quasiment en temps réel

La facturation par le bordereau 615 ambitionne d'être une facturation au fil de l'eau. Ceci implique un changement majeur dans les habitudes de traitement de l'activité et de remplissage des RUM par les services. Il est donc primordial que le SIM suive attentivement ce taux de remplissage par les services pour s'assurer à la fois qu'ils sont dans les temps et que les RUM sont d'excellente qualité, à savoir exhaustifs et sincères. Ce suivi peut éventuellement déboucher sur des mesures d'aide ponctuelles en termes de secrétariat pour

aider à rattraper du codage en retard, mais seulement si le diagnostic porté par le SIM fait état de réelles difficultés dans le service et non pas seulement d'une mauvaise volonté manifeste. Parallèlement, le DIM doit effectuer des ressaisies d'activités lorsque des données sont manquantes.

Le cœur du nouveau système de facturation doit donc faire l'objet d'un suivi particulièrement performant, et ce dès 2004 afin de favoriser l'acculturation de l'ensemble des acteurs hospitaliers à ce nouveau mode de fonctionnement. Cette période de transition doit permettre de déboucher sur une organisation fluide et bien rodée.

Le suivi de l'activité est notamment réalisé par le Comité technique PMSI regroupant la DAF, le DIM, la direction du contrôle de gestion et la DSI. Il est chargé de veiller sur la production du CHU et de tirer si nécessaire la sonnette d'alarme. Ce Comité technique est relayé par une initiative originale sur le Groupe Hospitalier Sud qui consiste en la création d'un Comité local de suivi du PMSI. Cette démarche institutionnelle ne peut qu'avoir un impact favorable sur les comportements de chacun. Il s'agit à la fois de suivre la production des RUM par CDR et l'évolution générale de la production dans une optique de simulation des 10% du financement conditionnés par l'activité constatée.

A cet effet, le SIM produit tous les mois des graphiques reprenant les taux de complétude par établissement pour chaque CDR en comparaison à la fois de la moyenne de l'établissement et du taux théorique de remplissage escompté à huit puis quinze jours. La moyenne de remplissage des RUM pour le CHU à la fin du deuxième trimestre 2004 était de 40,6% à huit jours, 64% à 15 jours et de 81,4% à trente jours (ce dernier indicateur étant à manier avec précaution puisque les RUM du dernier mois ne peuvent pas rentrer dans cette catégorie). Ces graphiques auront rapidement vocation à être diffusés aux services et servent d'indicateurs en interne pour identifier les services les plus en difficulté ou les plus « réfractaires ». Dans un cas comme dans l'autre, le Comité technique étudie les moyens de leur venir en aide quand les procédures de rappel et de relance restent sans effet. Ce rôle de vigilance tenu par le SIM est primordial pour le respect des délais. Les données d'activité devant en effet être transmises par trimestre à l'ARH, il faut que les RUM soient remplis suffisamment vite par les services pour que le SIM ait le temps de consolider les données avant envoi. Cependant, l'envoi étant cumulé chaque trimestre, il reste possible de rectifier les données. Les graphiques réalisés s'appuient sur des tableaux de bord de remplissage des RUM qui comportent les données suivantes : le nombre de RUM remplis/la vitesse de remplissage/le nombre de RUM restants à compléter/le taux de complétude. A terme, les graphiques seront vraisemblablement publiés sous l'onglet Pilotage du site intranet.

Tout ceci pose la question majeure de la vitesse de remplissage des RUM. La réflexion du Comité technique s'est orientée vers les diverses modalités de relance à mettre en place pour les retardataires. L'ensemble des participants s'est accordé à dire que ces modalités de relance devaient pour l'instant rester exceptionnelles sous peine de montrer l'échec de la fonction de production. En effet, la question du recensement de l'activité étant encore plutôt sensible, il convient de procéder avec prudence pour ne pas générer de phénomène de blocage. Cependant, il a été évoqué la possibilité à terme d'inclure dans le SIH un principe de rappel automatique généré pour chaque séjour à partir du dossier du patient et non plus de façon globale par CDR comme c'est le cas actuellement. Ce qui n'est pour le moment que le rodage du recueil de l'activité au fil de l'eau ne pourra plus souffrir à terme de retards injustifiés.

Une autre hypothèse avancée a été celle du pré-remplissage des RUM à l'entrée du patient et non plus à sa sortie. Avec l'aide d'un serveur patient solide et une sensibilisation des services, cela vaudrait vraisemblablement la peine d'être testé.

En ce qui concerne le suivi de la production par la DAF, il s'appuie sur la valorisation en euros des tableaux de complétude des RUM du premier trimestre 2004. Le SIM attire néanmoins l'attention sur le fait qu'un certain nombre de données étaient encore manquantes et devaient être rattrapées, notamment les données de radiothérapie ou de dialyse fournies au semestre ou encore les multi-séjours à double codage CdAM/CCAM puisque le lancement de la CCAM n'a pas été déployé en même temps dans tous les services. Cependant, les données devaient être complètes lors de l'envoi à l'ARH en vue de la première estimation donnée par l'ARH fin août 2004 concernant la Décision Modificative numéro 1 fondée sur les données d'activité.

Il devient donc évident qu'avec l'introduction de la T2A la préoccupation principale n'est plus seulement d'identifier les patients et de gérer leurs droits, mais bien de recueillir en temps réel les données d'activité associées à chaque séjour, afin de pouvoir déterminer les GHS correspondant à chaque RSS ainsi constitué.

Le lancement de la T2A n'apporte pas de modification majeure en termes d'organisation du recueil : ce que les établissements connaissent déjà à travers le PMSI perdure. C'est en revanche l'organisation du travail et la gestion du temps autour de ce recueil qui doit être appréhendée différemment par l'ensemble des acteurs.

Ceci constitue une révolution culturelle majeure pour l'hôpital. Les fonctions de soins et de gestion s'en trouvent rapprochées et doivent apprendre à travailler ensemble dans un but commun : valoriser au plus juste la production de l'hôpital.

- B) Le second élément à prendre en compte : la nécessité de suivre dès 2004 les consommations de médicaments onéreux et de DMI

L'intégration des médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables dans le processus de facturation est le second élément de réadaptation du circuit. Il s'agit de voir ici ce qui est mis en place pendant la période de transition et de réfléchir à un moyen de rattacher automatiquement ces données à la chaîne de facturation.

La facturation par la T2A prévoit le paiement en sus de certains médicaments onéreux et dispositifs médicaux stériles afin de garantir un meilleur accès des patients aux innovations thérapeutiques. Les médicaments onéreux concernés comprennent les médicaments dérivés du sang, les cytostatiques et une liste d'autres molécules onéreuses. Ce sont des médicaments qui, par leur coût ou par la variabilité de prescription au sein d'un même GHS, risquent d'introduire une certaine hétérogénéité dans les GHS. Cette liste limitativement fixée par arrêté ministériel assure leur prise en charge par la Sécurité Sociale en supplément des GHS auxquels ils doivent néanmoins être rattachés pour la réalisation du bordereau 615. Ces dispositions ne concernent que les produits sous AMM. Les autres médicaments sont compris dans le calcul des GHS.

Il est prévu que le paiement en sus de ces médicaments soit soumis au respect de bonnes pratiques définies par un contrat signé conjointement par l'ARH et l'établissement concerné. Ce contrat doit garantir un bon usage des médicaments et s'inscrire ainsi dans une régulation macro-économique de la dépense.

La possibilité de facturer des médicaments en sus est réservée aux seuls séjours (avec ou sans hébergement) réalisés dans le champ MCO. L'inscription d'un médicament sur la liste fixée par arrêté n'est donc pas suffisante pour permettre une facturation en sus. Encore faut-il le rattacher au séjour correspondant dans l'optique de la fabrication du bordereau 615. Il faut pour cela réfléchir au moyen de mettre en place une traçabilité de ces produits.

Le comité de pilotage T2A, le comité technique T2A ainsi que la commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles ont travaillé sur la question. Leurs réflexions et conclusions servent de base aux développements qui suivent.

Pour pouvoir facturer en sus les molécules onéreuses et dispositifs, il est indispensable, parallèlement à la fabrication des GHS par le DIM, de connaître leur consommation. La règle veut que seuls les médicaments effectivement administrés sont remboursables. Dans l'idéal,

il ne suffirait donc pas de mettre en place un suivi de stocks au niveau de la pharmacie mais il faudrait encore apporter la preuve que le médicament a bien été administré au patient dans le service.

Cette recherche de preuve implique un suivi très précis au niveau du service et implique d'avoir les moyens techniques de faire redescendre l'information sur cette consommation soit à la pharmacie soit directement vers le logiciel de facturation CASH par une interface informatique en liaison avec les prix fournis par le logiciel de gestion économique et financière. Par ailleurs, afin de pouvoir répondre à toute procédure de contrôle de la part des tutelles, il est impératif de conserver en archive les preuves de ces administrations.

La première étape de ce processus en 2004 est de mettre en place au niveau des pharmacies des modalités de suivi :

- pour les MDS
- pour les DMI
- pour les cytostatiques
- pour les autres molécules onéreuses concernées par le paiement en sus

La seconde étape dans l'optique de constitution du bordereau 615 sera de valoriser ces données et de les relier par informatique à la GEF ainsi qu'à CASH.

En 2004 au niveau des trois PUI du CHU, les modalités de suivi et de recueil de l'information ne sont pas toutes avancées au même stade, mais les données sont néanmoins renseignées en temps et en heure pour pouvoir être transmises aux tutelles. En effet, dans le cadre du lancement de la T2A et de la phase de transition, les données T2A concernant les médicaments doivent être transmises trimestriellement à l'ARH par FICHSUP, fichier électronique conçu pour l'envoi de toutes les données supplémentaires qui ne sont pas incluses dans les RUM. Les données du médicament sont aujourd'hui transmises en global et sans valorisation financière mais c'est une première étape importante pour le recueil de cette activité qui jusque là ne faisait pas l'objet d'un suivi aussi précis.

Le suivi des médicaments dérivés du sang (MDS) est à ce jour le circuit le plus abouti dans une optique T2A. Chaque boîte dispensée par la pharmacie fait l'objet d'une traçabilité. L'ordonnance de prescription (indication devenue obligatoire) se fait sur papier dans le service. Le préparateur à la pharmacie entre la demande dans le logiciel TRACELINE qui suit la consommation de MDS. Il émet par la suite un bordereau de délivrance nominatif ainsi qu'une étiquette à code barre liée à un numéro de lot et à un flacon. Cette étiquette est

collée sur le produit qui part dans le service. Une fois la dispensation effectuée dans le service, l'étiquette du flacon est collée sur la feuille d'administration thérapeutique qui revient à la pharmacie comme preuve de sa consommation. La gestion actuelle des MDS s'inscrit tout à fait dans l'optique T2A même si TRACELINE n'est pas interfacé avec le logiciel de Gestion économique et financière et que les prix ne sont ainsi pas reliés directement au produit consommé. Le rattachement des coûts au bordereau 615 ne pourra donc se faire que si TRACELINE est doté d'un module financier.

Les dispositifs médicaux implantables utilisés dans les services sont suivis par le logiciel PRIMA ACTIVITE nouvellement acquis. Jusqu'en 2003, les DMI étaient gérés manuellement par les PUI. Pour le premier semestre 2004, l'objectif était de fournir les montants des dispositifs posés par trimestre avec conservation de la preuve (le numéro de dossier du patient). Pour cela, le lancement du logiciel PRIMA ACTIVITE cohabite avec une gestion manuelle. L'idée est de parvenir à utiliser des codes barres pour suivre les DMI en fonction des patients tout en développant les liens fonctionnels entre les différents intervenants que sont les blocs, le SIM et la pharmacie. Au cours du deuxième trimestre 2004, le déploiement de PRIMA ACTIVITE devra être achevé pour aboutir courant 2005 à une traçabilité informatisée en liaison avec la facturation. Au niveau des DMI se pose actuellement la question de leur bonne imputation aux UF qui les demandent et non à celles qui les posent, ce afin de pouvoir les rattacher au bon séjour.

De son côté, le suivi des cytostatiques permettait déjà avant 2004 une traçabilité pharmaceutique manuelle fondée sur une dispensation nominative sur support papier pour Pellegrin et St André et sur le logiciel CYTOPHAR au Sud. Ainsi, dès le premier semestre 2004, les montants des consommations par trimestre pouvaient être fournis par produits avec en support la conservation de preuves (le numéro du dossier patient notamment). Parallèlement, une réflexion autour de l'acquisition d'un logiciel pour les chimiothérapies anti-cancéreuses est en cours. Ce logiciel, appelé CHIMIO, contiendra l'ensemble des protocoles de chimiothérapies uniformisé pour l'ensemble du CHU suite au travail des pharmaciens et cliniciens. Il est remarquable de noter que cette réflexion a pu aboutir sous l'impulsion de la réforme. Il devrait être doté d'un module financier permettant à l'horizon 2008 de transmettre les données financières vers l'outil de facturation CASH. Ce logiciel, qui sera opérationnel en janvier 2005, permettra de fournir une valorisation manuelle des montants par trimestre et par patient des consommations de cytostatiques avant de déboucher dans l'idéal sur une traçabilité informatisée permettant le rattachement de ces coûts au bordereau 615.

Le suivi des autres molécules onéreuses se fait manuellement sur des fichiers Excel. Les PUI sont capables aujourd'hui de produire les données de consommation globale par trimestre. Le suivi se fait de la façon suivante : pour chaque malade qui consomme une des molécules onéreuses répertoriées sur la liste, il est rempli une feuille indiquant la date et la quantité. Cette feuille spécifique au suivi T2A est gérée par le cadre de santé du service. Elle comporte une étiquette d'identification du malade ainsi que des indications thérapeutiques renseignées par le médecin. Quand ces fiches sont retournées à la pharmacie, les données sont réparties dans l'un des cinq fichiers informatiques créés pour le suivi. Ce suivi est fastidieux et chronophage mais il n'existe pas encore de logiciel permettant le recueil des données de façon moins artisanale.

Les PUI du CHU sont aujourd'hui capables de suivre en global les consommations liées à la T2A. L'étape suivante sera de suivre ces consommations nominativement, de les rattacher à un séjour et donc de les grouper à un GHS en vue de constituer le bordereau 615.

L'idée à terme est de parvenir à faire communiquer l'ensemble de ces bases de données à la fois avec la GEF pour en extraire les prix moyens pondérés de chaque produit et avec le logiciel de facturation CASH pour générer le bordereau 615. Ceci nécessite de repenser l'architecture globale du SIH notamment en y incluant un logiciel de prescription qui fasse le lien entre les services de soins, les blocs, la PUI et le système générant la facturation individuelle. Nous verrons ceci par la suite.

L'organisation du recueil de l'activité est donc la suivante en 2004 : d'un côté les données PMSI rassemblées par le DIM, de l'autre les données de médicament rassemblées par les PUI via le Contrôle de gestion. L'envoi à l'ARH de ces données se fait trimestriellement pour un suivi de l'évolution de l'activité au regard des objectifs affichés par l'établissement. Ceci nécessite l'évolution du SIH : certaines adaptations ont déjà été réalisées, mais les plus importantes, à savoir la convergence de toutes les données pour la constitution du bordereau 615, restent encore à finaliser.

2.1.3 Médicalisation et simplification du SIH à la base du recueil de l'activité

Le changement de logique en termes de facturation implique de réorienter le SIH pour répondre aux besoins de la T2A.

Plusieurs questions se posent :

- la gestion des flux d'informations
- la fiabilité, la rapidité et l'exhaustivité des données recueillies
- la problématique des interfaces entre logiciels pour produire en temps et en heure le bordereau 615 et pour lier les différentes bases de données

Les adaptations rendues nécessaires par le passage à la T2A s'intègrent dans une réflexion plus générale sur l'architecture du SIH concernant l'ensemble des acteurs hospitaliers.

Ces projets concernent principalement le recueil de l'activité. Ils ont été initiés soit dans le cadre de la T2A, soit dans le cadre du projet DMC (SERVICE PATIENT, dossier médical partagé, outils pour la gestion du PMSI), soit dans le cadre du plan Hôpital 2007 (prescriptions médicales informatisées, système d'information radiologique). Ces projets participent de la médicalisation du système d'information du CHU de Bordeaux avec pour pierre angulaire le DMC.

Le schéma directeur du SIH comporte un volet financier dont les projets sont essentiellement ciblés sur la tarification à l'activité. Différentes catégories peuvent être recensées selon leur degré d'avancement :

- les projets qui ont déjà été initiés pour la T2A (le traitement des cytotoxiques et des médicaments dérivés du sang)
- les projets déjà positionnés dans le schéma directeur et en attente de réalisation (le suivi des dispositifs médicaux implantables par exemple)
- les thématiques restant à explorer

Concernant la facturation, les travaux d'analyse sont en cours au niveau de la DSI. Les évolutions du logiciel de facturation CASH doivent débuter au premier semestre 2005 pour pouvoir tenir les délais impartis pour le lancement de la facturation individuelle. Un groupe de travail doit d'ailleurs être créé à ce sujet.

A la fin du troisième trimestre 2004, l'avancement général du projet est le suivant. Le logiciel de prescription des cytostatiques est disponible et le module de valorisation financière doit

être déployé avant la fin 2004. Il est à noter que les cytotoxiques représentent 35% des produits onéreux T2A.

En ce qui concerne les médicaments dérivés du sang, si le logiciel TRACELINE permet un suivi nominatif fiable, le module financier n'est toujours pas disponible, ce qui conduit à des ressaisies systématiques de données.

Le logiciel de saisie de DMI, PRIMA ACTIVITE, commence à être déployé dans les services utilisateurs. L'étape suivante sera de le faire communiquer avec le recueil du séjour patient.

A l'heure actuelle, il n'existe pas encore d'interface avec le logiciel de Gestion économique et financière (le nouveau déployé sera le logiciel Cpage) pour en extraire en routine le prix des produits onéreux entrant dans le cadre de la T2A.

Parallèlement aux questions financières, le SIH lance en 2004 le nouveau logiciel de gestion administrative des patients, SERVICE PATIENT, en remplacement de GESMAL et poursuit sa réflexion sur le Dossier Médical Commun (DMC). La problématique de la gestion des informations nominatives du patient est au cœur de la tarification individuelle. En effet, la certification de l'identité à toutes les étapes du séjour du malade, et par là du recueil des données le concernant est un préalable indispensable à une facturation de qualité. Le logiciel SERVICE PATIENT devrait être totalement déployé d'ici la fin 2004 et les services utilisateurs attendent de cette application plus de fonctionnalités pour la gestion administrative du patient.

Par ailleurs, la DSI a prévu un système de suivi du recueil de l'information traitant de la facturation en temps et en heure. Ce schéma est en cours d'élaboration et participe de la volonté d'optimiser le processus de facturation individuelle.

De multiples chantiers sont lancés en même temps au niveau du CHU de Bordeaux : remplacement de logiciels, adaptations d'applications aux nouveaux besoins tarifaires, refonte de la GEF, le tout avec la volonté de moderniser et de médicaliser le SIH. Cette évolution montre que les différents blocs du SIH vont être amenés à communiquer de plus en plus : recueil de l'activité et facturation ; gestion des malades et DMC ; consommation de médicaments et extraction de données financières dans la GEF. Multiplier les logiciels et les applications pour répondre tous les jours à de nouveaux besoins implique en même temps de parvenir à les faire communiquer. Or, la multiplicité des interfaces existants ne favorise pas la rapidité des échanges d'informations et s'inscrit en porte à faux avec la nécessité de produire toujours plus vite des données d'activité toujours plus complexes. C'est pourquoi il pourra être intéressant de réfléchir, au-delà des besoins spécifiques à satisfaire, à une nouvelle architecture du SIH qui soit plus fluide.

Le recueil des informations concernant l'activité est donc désormais au cœur du processus de facturation et de valorisation de la production. Ce recueil de l'information peut être favorisé, au-delà des réadaptations techniques, par le développement de projets périphériques à la T2A mais dont les finalités pourront servir notre réflexion.

2.2 Le recueil de la consommation de médicaments onéreux : initier une réflexion autour de la sécurisation du circuit du médicament

Les nouvelles modalités de financement des établissements de santé intègrent un volet médicaments dans le cadre des paiements en sus. Ce volet est aujourd'hui complété par un projet de décret de « bon usage du médicament » s'appuyant sur la traçabilité et la sécurisation du circuit du médicament, ce qui actuellement n'est pas le cas. Le lien avec la T2A est inévitable : qui dit traçabilité dit suivi de la consommation, mais surtout de l'administration du médicament au patient.

C'est pourquoi il convient de faire dès à présent un état des lieux du circuit du médicament au CHU de Bordeaux en parallèle de celui de la facturation. Cet état des lieux doit en effet permettre de mettre l'accent sur les étapes de ce circuit à aménager de manière à extraire, d'ici 2008, les données nécessaires à la facturation par le bordereau 615. Le but de ce développement est d'identifier d'ores et déjà les éléments qui, a priori, pourraient se révéler soit dynamisants pour la réalisation du bordereau 615, soit bloquants si le circuit n'est pas modifié.

Nous prendrons comme base de travail deux rapports rendus par le groupe SECURIMED²⁰ dans le cadre d'une visite de risques menée en janvier 2004 dans l'une des trois pharmacies et dans un service de soins de l'établissement ainsi que le projet de décret sur le bon usage du médicament. Ces deux rapports étudient les étapes les unes après les autres, de la prescription dans le service à la dispensation au malade. L'étude de ces différentes étapes va nous amener à identifier les points qui, au sein du circuit actuel, n'apportent pas entière satisfaction, que ce soit en termes de qualité ou en termes de suivi économique et financier.

²⁰ Projet SECURIMED, Rapport de visite de risques, Service pharmacie, mai 2004, 22p

Ceci nous permettra alors de formuler des hypothèses d'amélioration et de proposer, au vu du projet de décret, une nouvelle architecture de circuit qui réponde mieux aux attentes et besoins de la nouvelle tarification. Ces hypothèses de travail demanderont à être confrontées à ce qui a déjà été réalisé en pratique ou pourrait l'être au niveau du CHU de Bordeaux, et ce dans les délais qui nous sont impartis pour mettre en place la facturation individuelle.

2.2.1 Prévalence de la prescription globale et de la distribution collective en 2004 : mise en évidence des imperfections au regard des besoins de la T2A

Il existe actuellement au CHU de Bordeaux deux circuits du médicament :

- le premier pour les commandes informatisées (dotation pour les services) ou pour les urgences passées par informatique
- le second pour les bons de dérogation et autres prescriptions nominatives. Il concerne les chimiothérapies, les médicaments dérivés du sang et les stupéfiants.

Dans les deux cas, le circuit du médicament suit les étapes suivantes :



Les acteurs concernés par le circuit du médicament sont en premier lieu les PUI et les services prescripteurs. La gestion des stocks ainsi que la transmission de l'information sur ce qui est délivré par la pharmacie au vu des commandes effectuées dans les services, sur ce qui est consommé ou encore sur ce qui est stocké dans les services viennent s'ajouter à la problématique d'ensemble.

Le but de ce développement n'est pas de décrire de façon exhaustive chaque étape du circuit, mais plutôt de s'intéresser à son architecture globale ainsi qu'à ses possibilités d'évolution dans le cadre de la T2A. C'est pourquoi, nous pouvons résumer par le schéma suivant le circuit qui concerne la majeure partie des produits dispensés : celui des commandes globales par informatique et des demandes en urgence.

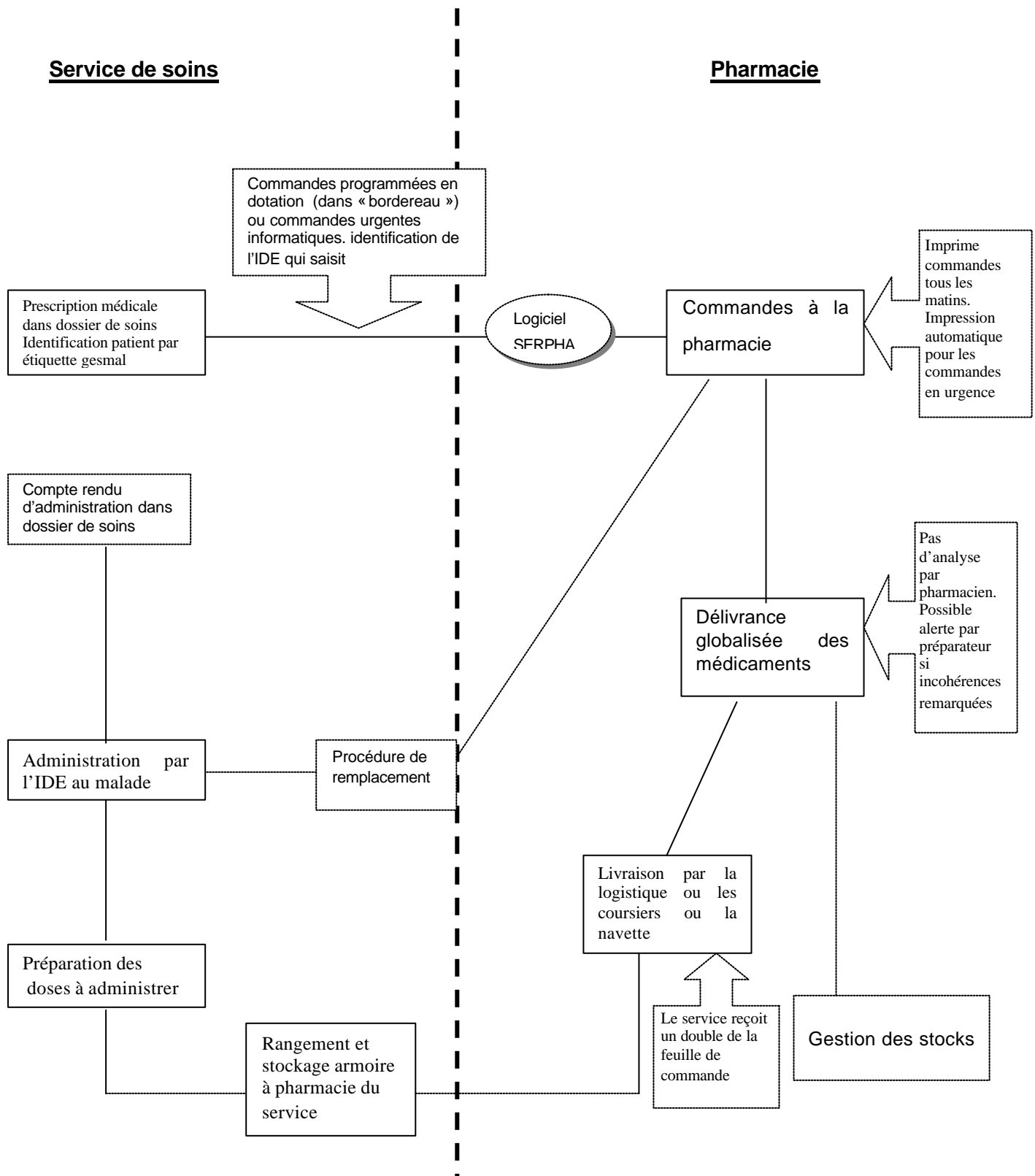


Fig. 3 le circuit du médicament par commande globale en 2004

Les commandes en routine sont passées deux fois par semaine par les infirmières sur la base d'une dotation négociée entre le pharmacien et le service. Les commandes sont alors stockées dans les armoires à pharmacie du service. Les dispensations sont consignées dans les dossiers de soins : c'est la seule étape du circuit pour laquelle l'identité du patient est prise en compte.

En effet, aucune information sur le patient ou sur les possibles interactions avec d'autres prescriptions ne parviennent au pharmacien. Les transactions s'effectuent par informatique grâce au logiciel SERPHA et avec la possibilité de consulter en parallèle le livret thérapeutique du CHU récapitulant l'ensemble des produits disponibles mais sans qu'aucun véritable contrôle d'opportunité ou de coût ne s'effectue en routine à la pharmacie, faute d'outils de suivi adapté.

En conséquence, des pertes économiques non négligeables résultent de cette organisation. Il est ressorti des entretiens que nous avons menés que environ 20% des produits dispensés en routine par les trois pharmacies de l'établissement ne sont pas consommés et sont donc perdus. Il n'existe pas encore de suivi économique et financier fin de ce qui entre et surtout de ce qui sort de la pharmacie. Les armoires qui abritent les stocks dans les services ne font l'objet d'aucun contrôle et sont le lieu de gaspillage majeur. Quand on sait que le budget consacré aux médicaments s'élève à environ 4,2% du budget global du CHU, cela mérite réflexion.

Or, dans l'optique T2A, il s'agit d'être à même de suivre nominativement les dispensations des médicaments concernés pour pouvoir les facturer en relation avec le séjour auquel ils correspondent.

C'est en cela que le second circuit qui retrace les étapes de la dispensation nominative de certains produits onéreux ou dangereux peut offrir des pistes de réflexion intéressantes. Il se présente de la manière suivante :

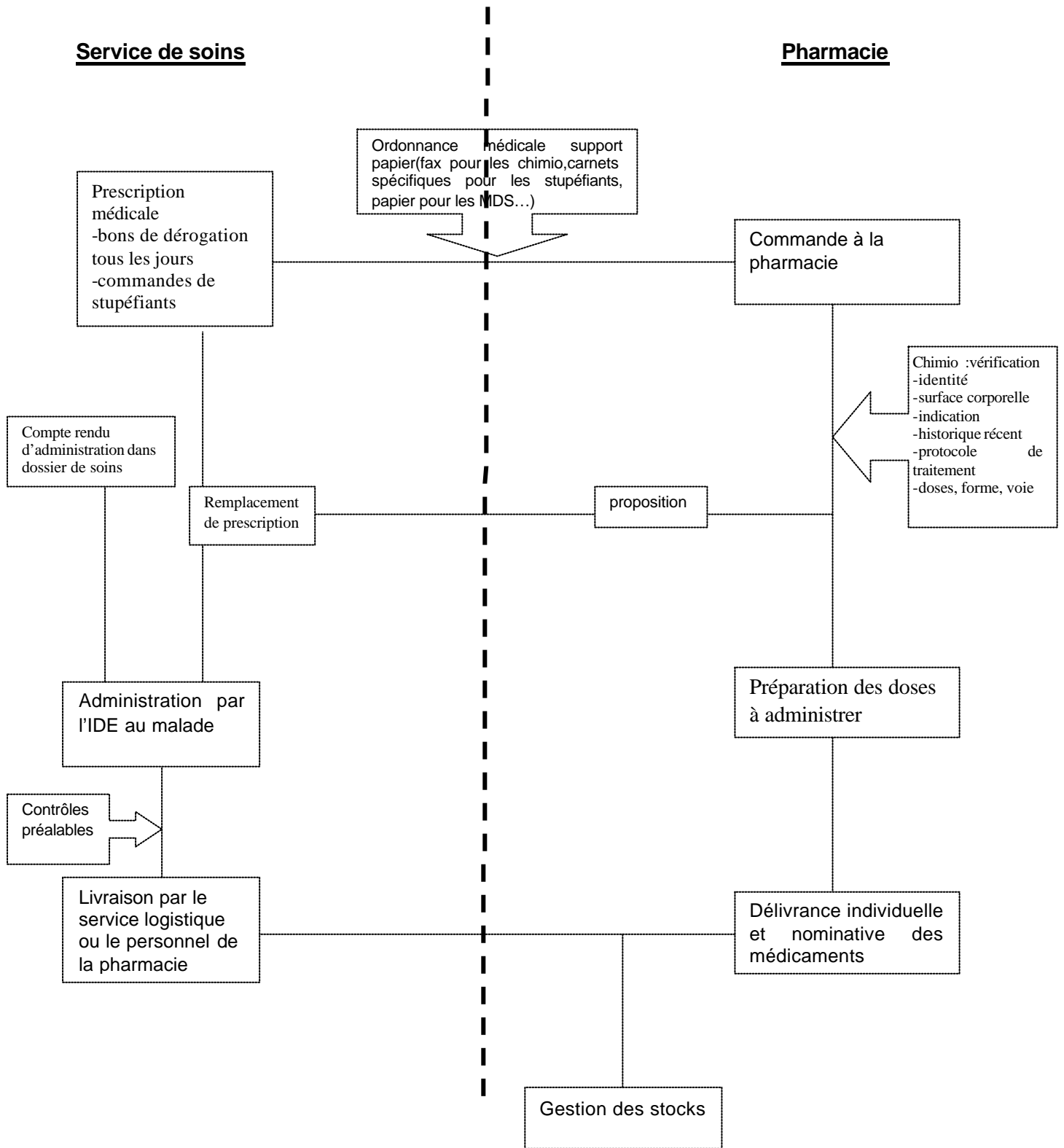


Fig. Le circuit du médicament pour les dispensations nominatives : l'état des lieux en 2004

Plusieurs éléments intéressants sont d'ores et déjà à souligner dans ce schéma. Les prescriptions se font par ordonnance nominative sur support papier. La pharmacie contrôle l'opportunité de la prescription et délivre nominativement les produits. Enfin, un ultime contrôle est effectué dans le service avant l'administration. En termes de sécurité et de traçabilité, ce second circuit est bien plus performant que celui de la dispensation en routine. Le suivi économique et financier de ces produits coûteux ou dangereux s'en trouve ainsi facilité. Le phénomène de « coulage »²¹ et péremption dû aux stocks dans les services est minimisé. Ce second circuit dispose de tous les éléments propices à un suivi nominatif au niveau de la pharmacie des molécules onéreuses et les produits dangereux dispensés. Ceci constitue donc un socle pour la réflexion à nourrir dans le cadre du recueil de l'activité T2A.

La théorie voudrait que le circuit du médicament permette de fournir des informations nominatives sur la consommation mais également la preuve de l'administration du médicament au patient pour servir de base au remboursement par la Sécurité Sociale. La preuve de l'administration ne peut s'obtenir avec le circuit actuel puisqu'il n'est ni informatisé ni formaté pour une dispensation nominative généralisée à l'ensemble des produits sortant de la pharmacie. La traçabilité et la sécurisation du circuit vont devenir les préalables incontournables au bon usage du médicament et au recueil exhaustif et rapide des données de consommation T2A.

La suite de notre étude s'attachera dans un premier temps à formuler, en se fondant sur les attentes en termes de traçabilité et de sécurisation des hypothèses d'évolution de ces circuits puis dans un second temps à démontrer jusqu'à quel point il est possible de satisfaire à ces exigences au CHU de Bordeaux dans les délais impartis et avec les moyens disponibles.

²¹ les pertes

2.2.2 De nouvelles exigences qualitatives et financières incitent aujourd'hui à réfléchir sur l'évolution du circuit du médicament : parvenir à tracer les médicaments dispensés et consommés

A) Les bases théoriques de la réflexion

Le circuit du médicament est aujourd'hui soumis à deux courants de réflexion nationaux :

- celui concernant sa sécurisation et sa traçabilité dont les enjeux sont consignés dans un rapport de la DHOS²²
- celui concernant le recueil de l'information T2A

Ces deux courants de réflexion sont étroitement liés puisque le recueil de l'information T2A ne peut se faire que sur la base d'un circuit qui permette la production de données nominatives.

L'ensemble de ces réflexions se trouve aujourd'hui rassemblé sous le projet d'un « contrat de bon usage du médicament » qui serait signé pour une durée de trois à cinq ans entre l'ARH et l'établissement et concernerait les médicaments répondant à une AMM. Le respect de ce contrat par l'établissement conditionnerait le taux de remboursement des molécules onéreuses concernées par la T2A. C'est ici que l'imbrication totale entre exigences de qualité et impératifs financiers prend tout son sens et justifie que l'on s'arrête sur les modalités d'évolution du circuit du médicament. De cette évolution dépendra l'efficacité de l'alimentation du bordereau 615.

Ce contrat de bon usage n'est à l'heure où nous écrivons qu'à l'état d'ébauche et se résume en un projet de décret mentionné à l'article L. 162-22-7 du Code de la Sécurité Sociale²³. Il insiste néanmoins sur les points à respecter pour prétendre à un remboursement à 100% des produits T2A consommés par l'hôpital. Ce contrat fixe le calendrier d'exécution et

²² L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : approche par la valeur : quels projets pour quels objectifs ? , Rapport DHOS mai 2001, 131p

²³ Projet de décret relatif au contrat de bon usage du médicament et produits et prestations mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale, document de travail, août 2004

mentionne les objectifs quantifiés ainsi que les indicateurs de suivi et de résultats attendus. Un projet de contrat type est proposé en annexe du projet de décret.

Le but premier de ce contrat est l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament.

Les points concernés sont les suivants :

- la rédaction de protocoles et la vérification de leur respect
- l'informatisation du circuit
- le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative ainsi que sa traçabilité
- le développement du système d'assurance de la qualité
- la centralisation de la préparation des traitements des cytostatiques

Le respect de ces dispositions assorties d'un échancier dans le contrat de bon usage, conditionnera donc le remboursement à 100% des produits T2A avec néanmoins la garantie d'un remboursement minimal de 70% sur présentation des factures et sur la base d'un tarif de responsabilité.

Ce projet de contrat lie donc bien les exigences de qualité et de sécurisation avec les exigences financières portées par la T2A. Il omet néanmoins d'aborder un élément important: il ne précise pas de quelle manière apporter la preuve que le médicament classé dans la liste T2A a bien été administré au patient, sachant que c'est ce retour d'information sur la consommation qui est censé déclencher la facturation à l'assurance maladie. Or l'un des atouts majeurs d'un circuit informatisé et nominatif est de permettre l'adéquation entre la prescription et l'adéquation²⁴. La prescription et la dispensation nominatives ne permettent pas en effet de répondre intégralement aux attentes en termes de facturation.

En croisant les informations délivrées par ce projet de bon usage du médicament, les remarques des professionnels interrogés sur l'efficacité du circuit du médicament aujourd'hui et des articles questionnant l'évolution des pratiques en termes de prescription et de dispensation nominatives, nous sommes en mesure de présenter une hypothèse de circuit du médicament sécurisé, informatisé et de qualité.

Cette hypothèse intègre les exigences de suivi des prescriptions, dispensations et administrations ainsi que les contrôles de conformité à la réglementation et à la pathologie

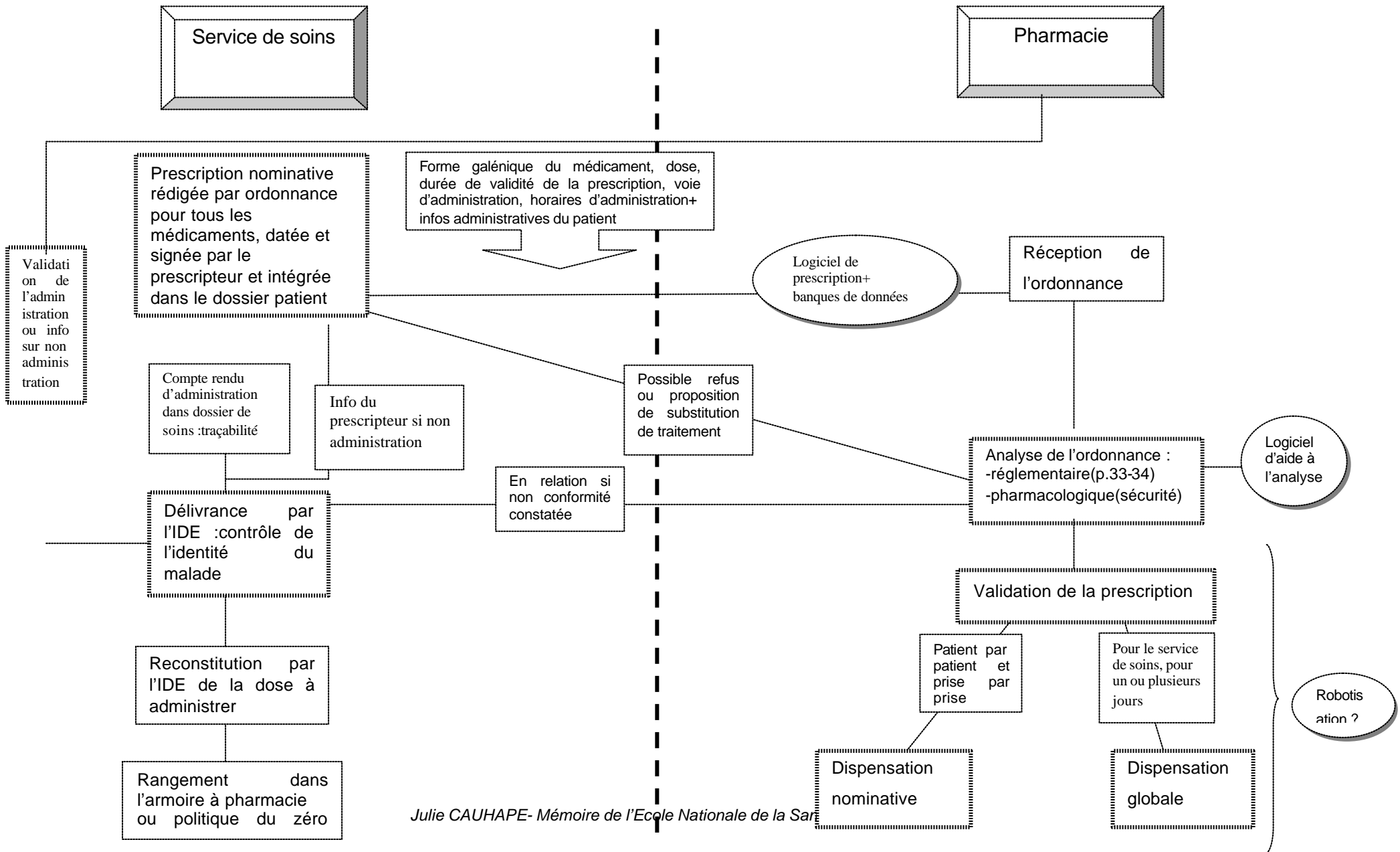
²⁴ L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : approche par la valeur : quels projets pour quels objectifs ? , Rapport DHOS mai 2001, 131p

du malade à effectuer tout au long du processus. Contrairement aux circuits actuels, elle constitue une véritable boucle puisque le retour de la consommation effective du médicament vers la PUI est assuré par le service. Les relations entre le prescripteur, le pharmacien et le service sont également renforcées pour une gestion économique mieux maîtrisée.

Il convient de garder à l'esprit que cette hypothèse n'a d'autre vocation que de permettre d'étayer par la suite une réflexion locale sur l'évolution du circuit de la facturation.

Ce circuit peut se représenter de la façon suivante :

Circuit du médicament informatisé, sécurisé et de qualité : hypothèse de prescription et dispensation nominatives



Cette hypothèse de travail intègre les données liées à l'amélioration de la qualité ainsi que les exigences en termes de facturation puisque la possibilité d'un retour d'information sur la consommation des produits T2A vers la PUI est envisagée. Ce retour d'information est possible uniquement parce que l'ensemble du processus est nominatif.

Ce circuit est une présentation idéale dans la mesure où il est intégralement informatisé par le biais d'un logiciel de facturation qui permet d'assurer la traçabilité de l'ensemble. Les étapes du circuit sont sécurisées par une série de contrôles et les vérifications effectuées par la pharmacie devraient permettre de limiter les abus.

Au-delà de la problématique financière liée à la T2A, les enjeux économiques d'une telle organisation sont présentés comme non négligeables²⁵ : gains de productivité du fait de l'informatisation, diminution des dépenses de médicaments et diminution des coûts du fait des erreurs de dispensation qui allongent la durée moyenne de séjour.

Le CHU de Bordeaux s'est engagé dans une réflexion autour de la nécessaire évolution du circuit du médicament. Si le consensus, porté par la COMEDIMS, se fait autour de la nécessité de le sécuriser et de le réadapter dans le cadre de la T2A, ce qu'il est possible de réaliser en pratique et dans les délais impartis d'ici à la mise en œuvre de la facturation individuelle demande à être nuancé.

B) Ce qu'il est possible de mettre en place dans l'immédiat au CHU de Bordeaux

La réflexion sur le circuit du médicament s'effectue sous l'égide du COMEDIMS et en partenariat avec la Direction du Système d'Information pour les aspects techniques. Elle a débuté par l'examen des modalités de prescriptions nominatives. Il est en effet impossible dans l'état actuel des faits d'envisager un passage direct à une informatisation complète du circuit du médicament. Cette réflexion doit être menée par étapes en fonction des moyens disponibles et surtout de la faculté d'adaptabilité du SIH.

Le groupe de travail désigné par la COMEDIMS recherche donc actuellement un logiciel de prescription qui convienne ainsi qu'un moyen de l'utiliser au lit du malade. Prenant exemple

²⁵ *ibid*

sur le Centre Hospitalier de Longjumeau ou celui de Dax, le recours à des tablettes mobiles de prescription pourrait être envisagé. En ce qui concerne le logiciel de prescription, des phases de test pour différents produits ont été organisées par la Direction du Système d'Information. Le but est de parvenir à mettre en place une traçabilité répondant aux attentes de la T2A. Les trois pharmacies du CHU ont bien intégré cette problématique financière et entendent étendre ce suivi à des molécules onéreuses non incluses dans la liste T2A. Cela montre la prise de conscience de la nécessité du bon usage des produits à disposition.

Le groupe de travail insiste notamment sur la nécessité d'acquérir parallèlement au logiciel de prescription un logiciel pharmacie qui permettrait la gestion des armoires dans les pharmacies. Le surcoût induit par cette acquisition devrait être compensé par la diminution du coulage. Les stocks indus dans les services sont en effet l'une des préoccupations actuelles majeures du CHU. Une expérience de « zéro stocks » d'antibiotiques dans les armoires à pharmacie doit être menée d'ici la fin 2004. L'ensemble des commandes passerait en urgence et serait ainsi contrôlé.

Les membres de ce groupe entendent prendre des décisions « raisonnables et concrètes »²⁶. La première étape sera d'harmoniser les pratiques de prescription entre les trois pharmacies. Le comité du médicament du 1^{er} septembre 2004 a d'ores et déjà adopté l'harmonisation des protocoles de chimiothérapies pour les trois sites.

La seconde étape sera de déterminer les modalités de dispensation des médicaments. Il semble en effet peu réaliste de préparer chaque jour les prescriptions individuelles. Plusieurs hypothèses sont néanmoins envisagées²⁷ : une dispensation nominative par patient pour n jours, une dispensation cumulée par services sur la base de prescriptions nominatives ou un réapprovisionnement en dotation au vu des prescriptions nominatives. Toutes prennent en compte la contrainte de l'identification du patient donc pourront être utilisées pour le suivi T2A dès que les modalités de recueil de l'information auront été définies et systématisées.

La réflexion est lancée autour de la réfection du circuit du médicament. La prise de conscience est bien réelle. Reste maintenant à établir un échancier autour du circuit du médicament idéal, réflexion provoquée par le passage à la T2A mais concernant pourtant l'ensemble des médicaments dispensés. La COMEDIMS a bien précisé qu'il ne pourrait y avoir de situation unique pour l'ensemble du CHU et qu'il faudrait adapter le fonctionnement en fonction des services et autour d'un schéma commun.

²⁶ CR groupe circuit du médicament du 25-05-04 - CHU de Bordeaux

²⁷ CR groupe circuit du médicament du 02-07-04 – CHU de Bordeaux

Les réadaptations techniques rendues nécessaires par la mise en place de la nouvelle tarification sont donc en cours de réflexion au niveau du CHU de Bordeaux. Au delà de ces contingences techniques, ce sont les habitudes de travail de chacun qui sont concernées, comme en témoignent notamment les projets périphériques à la facturation tels que la mise aux normes du circuit du médicament ou la réflexion autour de l'évolution du bureau de gestion des malades.

A l'issue de cette réflexion préliminaire sur les besoins induits par le changement de mode de tarification, il nous est possible au regard de l'ensemble des éléments dont nous disposons maintenant de proposer une nouvelle architecture pour le circuit de la facturation individuelle. Il convient dans cette nouvelle étape de déterminer les modalités de transmission des informations par les différents acteurs, ce pour permettre une production optimale des bordereaux 615. De l'analyse des différentes hypothèses découlera celle qui nous paraît la plus probable au regard des moyens disponibles et du calendrier imparti.

3 LE CIRCUIT DE LA FACTURATION : PROPOSITION POUR UNE ARCHITECTURE NOUVELLE

Au terme des réflexions conduites autour des réadaptations à assurer au niveau du circuit de la facturation dans l'optique du passage à la facturation individuelle, il nous est désormais possible de proposer en conclusion de notre étude une hypothèse de processus modifié pour répondre aux nouveaux besoins. Cette proposition tient compte du rôle redéfini de chacun des acteurs ainsi que des modalités de transmission des différentes informations nécessaires à la constitution du bordereau 615.

Parallèlement à la présentation de nos conclusions, nous prolongerons la réflexion en aval du strict processus de facturation pour nous pencher sur les éventuelles implications stratégiques qui peuvent être portées par ce changement majeur de philosophie et de gestion qu'est l'introduction d'un mode de financement fondé sur la valorisation financière des séjours.

3.1 Aboutir à une production optimale du bordereau 615 : étude des différentes hypothèses à notre disposition

Il est nécessaire de définir précisément le rôle de chacun, notamment en ce qui concerne le rattachement des données du médicament au processus d'ensemble, cette étape étant en effet la seule entièrement nouvelle.

Suite aux réflexions menées précédemment, les différentes étapes concernées par la réalisation du bordereau 615, et donc par les changements introduits au cours du processus de facturation, peuvent être récapitulées de la façon suivante :

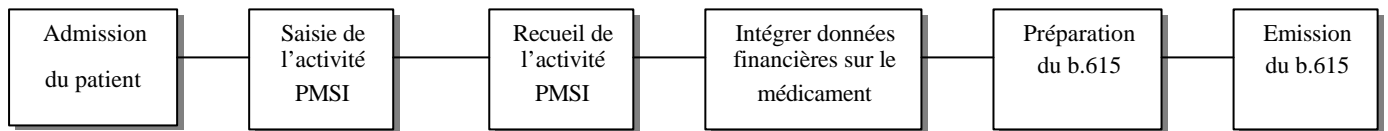


Fig.7 les étapes de production du bordereau 615

En ce qui concerne le début de la chaîne de facturation, le rôle du bureau de la gestion des malades ne semble pas être appelé à évoluer dans l'immédiat, la constitution du CHU en pôles n'en étant qu'à la toute première étape de la réflexion. Si cette hypothèse d'intégration des bureaux des entrées dans les pôles est stratégiquement intéressante, elle n'est pas réaliste dans l'immédiat. Le début de la chaîne de facturation restera donc inchangé.

En revanche se pose la question du rattachement des données du médicament. Sa résolution est l'un des points sensibles du nouveau circuit. Plusieurs hypothèses sont à notre disposition.

3.1.1 Quel avenir pour le bureau de gestion des malades au sein de la chaîne de facturation ?

La réflexion autour du circuit de la facturation individuelle a fait apparaître une modification majeure : les bureaux des entrées, s'ils conservent le même rôle de renseignement du dossier administratif et de gestion des droits sociaux, ne sont plus au centre de la chaîne de facturation. Le cœur du processus s'est en effet déplacé au niveau du DIM chargé du recueil de l'activité et de la préparation du bordereau 615.

Parallèlement à ce constat, la réflexion autour de la nouvelle gouvernance et de la constitution des pôles conduit à s'interroger sur une éventuelle redéfinition des missions qui sont imparties aux bureaux des entrées.

Dans cette optique, nous avons réalisé, dans le cadre du groupe de travail « comité de coordination et vigilance pour la gestion des patients », une enquête sur le fonctionnement des trois bureaux des entrées du CHU de Bordeaux sous la forme d'un questionnaire unique articulé autour de deux problématiques :

- le fonctionnement actuel du bureau des entrées en termes de points forts et de points faibles, avec en filigrane le passage à la T2A et les modifications qui vont intervenir
- le découpage du CHU en pôles et l'avenir du bureau des entrées en conséquence

La synthèse que nous avons réalisée suite à ces entretiens situe le fonctionnement du bureau des entrées dans le processus d'ensemble, afin d'opérer une distinction entre les éléments qui peuvent ralentir la facturation et ceux susceptibles de l'améliorer.

- A) comment réorganiser le fonctionnement des bureaux des entrées pour les rendre plus efficaces en début de chaîne de facturation ?

Les bureaux des entrées sont aujourd'hui en charge de la gestion administrative des dossiers. Cette activité se partage entre l'accueil des patients et la gestion des dossiers pour envoi à la facturation. Sur deux sites sur trois, ces deux activités sont géographiquement distinctes et les agents affectés sur ces deux tâches ne tournent donc pas sur les postes.

Ceci conduit à une spécialisation des agents non compatible avec une vision d'ensemble du dossier. Or, un dossier bien renseigné lors de l'admission est un dossier qui part rapidement en facturation. Ceci se vérifie si un même agent suit le dossier du début à la fin ou si les agents tournent régulièrement sur les postes. Sur le groupe hospitalier St André, les agents occupent successivement les deux postes : cette organisation est reconnue comme efficiente par la responsable du bureaux des entrées. Sur l'un des bâtiments du groupe hospitalier Haut Lévêque, les agents du bureau des entrées cumulent les fonctions d'admission en hospitalisation, d'admission en consultations, de gestion des dossiers pour envoi à la facturation et de régisseur. Cette polyvalence des fonctions permet de mieux adapter la présence administrative aux flux des patients. Par ailleurs, l'éclatement des bureaux des entrées sur chaque bâtiment rend inévitable la constitution de petites équipes très sensibles à l'absentéisme ce qui rend plus difficile la couverture des besoins notamment en fin de journée et début de soirée. Il résulte de ces éléments que la facturation peut se trouver ralentie au début de la chaîne.

Parmi les points forts identifiés par nos interlocuteurs, le mode d'organisation au plus près des patients a été souvent mentionné. Il repose sur une implantation décentralisée des bureaux des admissions sur les sites dont les bâtiments sont éclatés. Cette organisation décentralisée ne semble donc pas devoir être remise en cause. Par ailleurs, en termes de rapidité dans la gestion des dossiers, les initiatives de pré-admissions et de pré-programmé

dans certains services permettent des gains de temps non négligeables et une meilleure organisation du travail.

Ainsi, il ressort de cette enquête que l'amélioration du fonctionnement des bureaux des entrées dans l'optique du passage à la T2A pourrait passer par une plus grande polyvalence des agents qui permettrait ainsi de mieux adapter la présence administrative aux flux des patients et de produire in fine des dossiers complets dans des délais moindres.

L'éclatement des bureaux des entrées est également critiqué, essentiellement parce que les équipes présentes sur chaque point comprennent peu d'agents. Il s'agit de voir si cette question de l'éclatement des bureaux d'admission couplée avec celle du nécessaire développement de la polyvalence des agents ne pourrait pas conduire à une réorganisation plus poussée de cette fonction.

- B) peut-on aller jusqu'à envisager de ce fait une intégration des bureaux des entrées dans les pôles ?

La CME du CHU de Bordeaux a validé une première proposition du découpage du CHU en pôles qui reposerait sur une vingtaine de pôles cliniques. Le lancement de la réflexion sur la mise en place de la nouvelle gouvernance conduit à s'interroger sur l'avenir des bureaux des entrées : faut-il et peut-on prévoir un bureau de gestion des malades par pôle ?

Cette hypothèse est séduisante dans la mesure où elle permettrait de rassembler autour de chaque bureau d'entrée l'ensemble des fonctions concernées et où l'accueil se ferait véritablement au plus près des patients. Une expérimentation²⁸ de ce type est en cours au Centre Hospitalier de Blois depuis 1999 dans le service de pneumologie. Les évaluations indiquent que ces expériences sont positives tant pour les patients que pour les personnels.

Lors de nos entretiens réalisés auprès des trois responsables des bureaux des entrées, l'hypothèse d'un redéploiement des bureaux des entrées n'a pas rencontré d'opposition de

²⁸ MALLET D. Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen, Mémoire ENSP, décembre 2003

principe. Il faut néanmoins conserver à l'esprit que cette proposition reste pour le moment à l'état d'hypothèse et qu'une telle réorganisation impliquerait des réadaptations majeures non prévues à ce jour et encore difficilement quantifiables.

Néanmoins, nous avons procédé à une première simulation de redéploiement des agents par pôle. Pour ce faire, nous avons relevé pour chaque service constitutif d'un pôle le nombre d'admissions directes, le nombre d'entrées en soins externes ainsi que le nombre d'entrées en hôpital de jour. Nous avons ainsi obtenu un nombre total de dossiers par pôles et au niveau du CHU. Parallèlement, nous avons fait la somme de tous les agents du CHU affectés aux bureaux des entrées, indépendamment de leur fonction. Par un simple calcul de proportionnalité, nous avons obtenu un première réaffectation des agents par pôle en fonction de l'activité constatée en nombre d'entrées.

Le tableau ci-dessous présente, à titre d'exemple, les résultats pour quatre pôles du groupe hospitalier Pellegrin afin d'illustrer la démarche. Sur la base des 150 ETP affectés à l'ensemble du CHU, nous avons procédé à une répartition des ETP au prorata des dossiers traités par pôle au regard de l'ensemble des dossiers du CHU.

n°pôle	nom pôle	spécialité	situation géo actuelle	nb d'admissions directes	nb entrées soins externes	hôpital de jour	total	nb d'ETP
1	neurosciences cliniques	neurologie	tripode	1631	3878		5509	4.32
		explo fonctionnelles syst nerveux	tripode		4671		4671	
		explo fonctionnelle respiratoire			1280		1280	
		méd physique et réadaptation	USN pell	866	1513		2379	
				2497	11342		13839	
2	orthopédie traumatolo	orthopédie	tripode	1268	8935		10203	11
			tripode	1278	12772		14050	
		chir ambulatoire	tripode	1755	7644		9399	
						1578	1578	
				4301	29351	1578	35230	
3	chir. tripode	urologie	tondu	860	1305		2165	8.13
			tondu	2141	4540		6681	
		chir vasculaire	tripode	1486	2849		4335	
		neurochir	tripode	773	2598		3371	
			tripode	1005	1986		2991	
		imagerie médicale			6486		6486	
				6265	19764		26029	
4	méd. tripode	médecine interne	tripode	540	773		1313	9.96
		maladies infectieuses	tripode	792	3025		3817	
			tripode	719	2093		2812	
		néphro	(st andré)hv bat tripode	692	841		1533	
			tripode	1546	4847		6393	
		hémodialyse	(st andré)pell	8953			8953	
		rhumato	tondu	2370	4699		7069	
				15612	16278		31890	
TOTAL PELLEGRIN				66473	208 469	3289	278 231	86.89
Total CHU				123 467	343 880	3289	470 636	149.94

Ce premier tableau demanderait néanmoins par la suite à être précisé en prenant en compte le temps passé en moyenne par chaque agent pour chaque type de dossier (hospitalisation, soins externes) et en se penchant sur la problématique géographique. En effet, il ressort de

ce tableau que les pôles sont le plus souvent constitués de services installés dans des bâtiments distincts, ce qui n'est pas sans soulever des questions majeures d'organisation.

Indépendamment de cela, cette première réflexion montre bien que l'hypothèse d'intégration des bureaux d'entrées dans les pôles peut être techniquement envisagée, sans nécessairement nécessiter plus de personnel.

3.1.2 La problématique du rattachement des données du médicament pour la constitution du bordereau 615

La période de transition doit permettre de déterminer précisément où et de quelle manière sont transmises les informations concernant les paiements en sus des GHS des médicaments onéreux et dispositifs médicaux implantables.

Le suivi T2A des molécules et dispositifs concernés est pour le moment effectué par les PUI selon le schéma suivant :

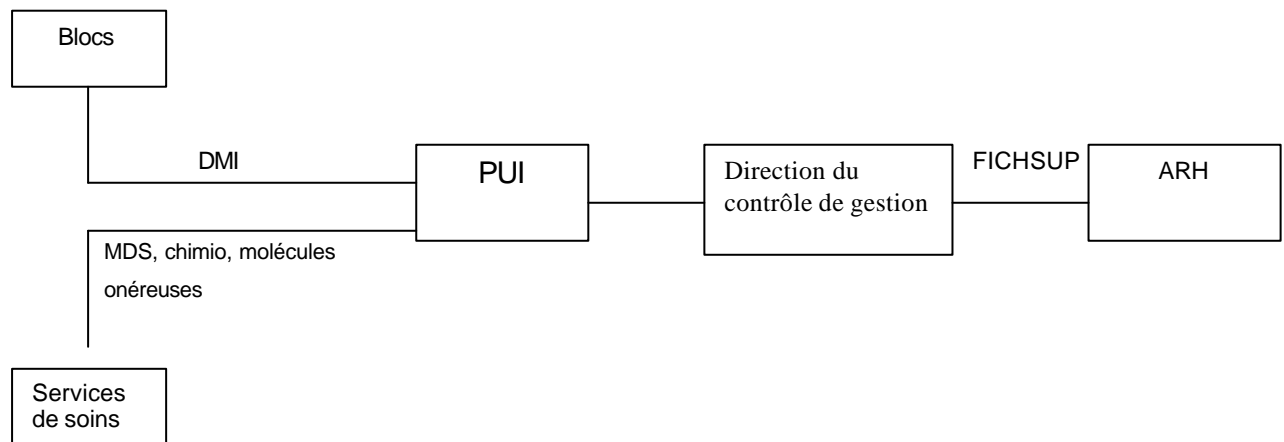


Fig.8 La transmission des données T2A concernant les molécules onéreuses en 2004

C'est un fonctionnement logique dans la mesure où les données à transmettre ne sont ni valorisées, ni individuelles.

Dans l'optique du passage à la T2A, on peut se poser la question suivante : qui doit récupérer cette information qui servira à compléter le bordereau 615 ? Plusieurs hypothèses s'offrent à nous :

- Le DIM afin d'associer après groupage des GHS les médicaments à rattacher au séjour concerné ?
- Le logiciel de facturation CASH qui rassemblerait ainsi directement toutes les informations administratives et médico-économiques concernant la constitution du bordereau 615, sans encombrer le DIM d'informations inutiles pour la seule constitution des GHS ?

Dans un cas comme dans l'autre une seconde question se pose : ces données doivent-elles transiter par la PUI ou peuvent-elles être envoyées directement sur l'application de facturation concernée ?

A) Intéressons nous tout d'abord au rôle de la PUI.

Dans la mesure où le schéma cible ambitionne de fonder les remboursements de médicaments en sus sur la preuve de l'administration effective de ces produits et non seulement sur la validation de sortie de stock par la PUI, l'on peut légitimement s'interroger sur la possibilité de récupérer ces informations directement dans le dossier patient qui devrait à terme être informatisé. Ceci éviterait des flux d'information inutiles et ferait gagner du temps dans une optique de facturation au fil de l'eau. La PUI ne serait donc plus le passage obligé de toutes les informations concernant le médicament. Si cette hypothèse n'est pas à exclure dans l'absolu, il convient néanmoins de revenir à l'hypothèse suivante, plus réaliste. Dans l'attente d'un schéma informatique entièrement rénové, il faut tenir compte des réalités de terrain du CHU : dans un premier temps, la validation par la PUI de l'ordonnance et donc de la sortie du médicament vaudra validation pour le remboursement. Il n'est donc pas possible de faire l'impasse sur le rôle de la PUI dans cette chaîne de transmission de l'information. Ainsi, à chaque validation d'ordonnance à destination des services, la PUI transmet en parallèle les informations correspondantes en matière de consommation T2A.

Se pose maintenant la question du destinataire des informations émises par la PUI concernant la consommation de molécules onéreuses à rattacher à un séjour donné.

La première hypothèse part du principe que l'on pourrait transmettre directement les informations recueillies par les PUI dans CASH qui s'occuperait alors de rassembler les données administratives issues de GESMAL, le GHS correspondant au séjour et les consommations de médicaments valorisés qui sont facturés en sus du GHS afin de constituer le bordereau 615. En effet, si l'on considère que le SIM est chargé de la constitution du GHS, il n'a aucun intérêt à recueillir des informations qui ne lui servent pas directement. Il participe à la préparation du bordereau 615 en apportant le GHS, à charge pour le logiciel de facturation d'émettre le titre au complet.

Cette première hypothèse peut se représenter de la façon suivante :

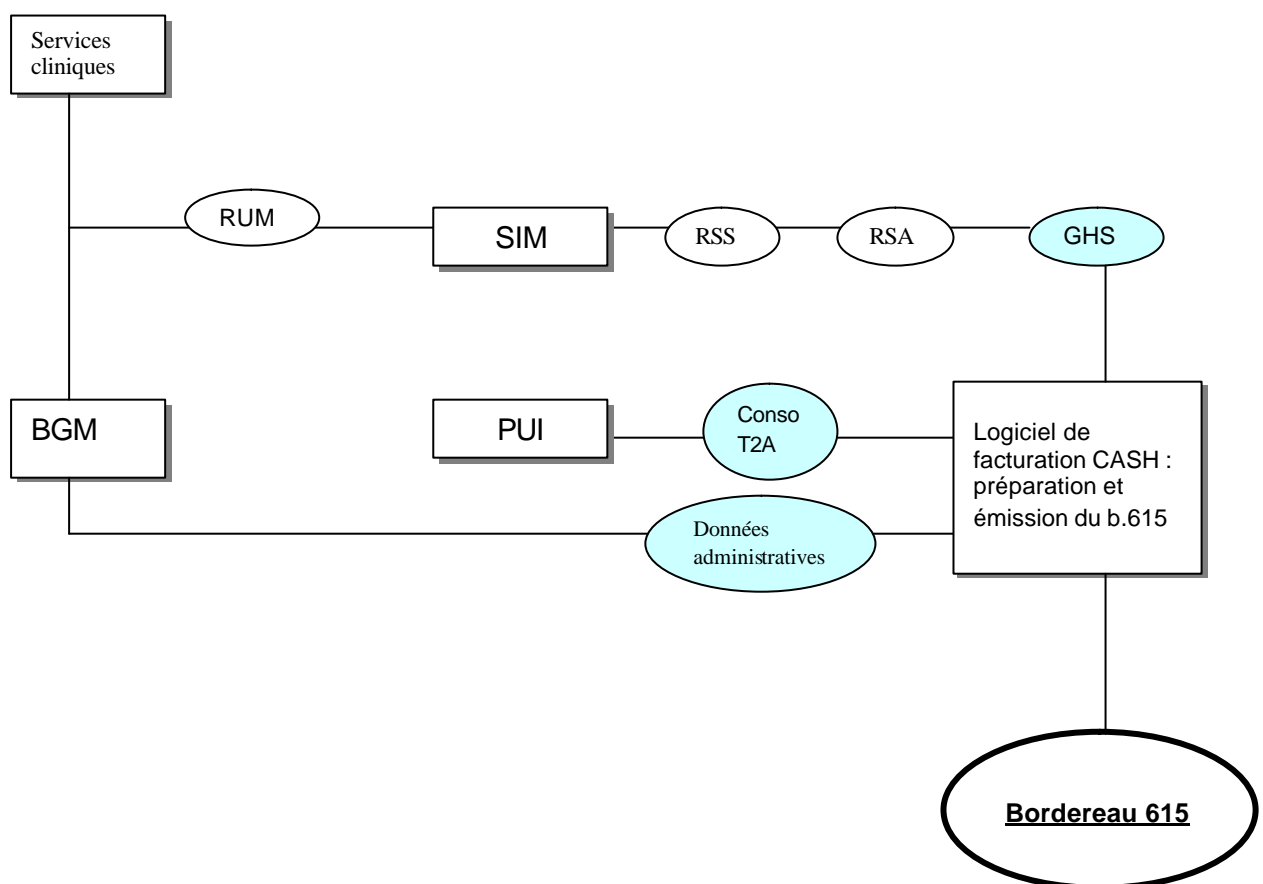


Fig.9 Processus de réalisation du bordereau 615 : hypothèse 1

Cette première hypothèse, si elle est cohérente d'un point de vue organisationnel, pose néanmoins la question de la confidentialité des données transmises par la PUI directement dans CASH. En effet, le DIM est aujourd'hui théoriquement le seul habilité à manier des données personnelles concernant les pathologies et il est le seul à pouvoir les anonymiser pour pouvoir ensuite les exploiter. Par ailleurs, il est bien précisé que c'est le SIM qui est

chargé de la préparation du bordereau 615, le logiciel de facturation n'étant chargé que de son émission. Or ici, la préparation et l'émission du bordereau seraient dans ce cas effectués au même niveau de la chaîne. Cette première hypothèse n'est pas satisfaisante, il convient donc d'en étudier une seconde.

La seconde hypothèse, représentée par le schéma suivant, part du principe que les données concernant la consommation de médicaments et dispositifs facturables en sus sont transmises par la PUI au SIM qui bascule ensuite l'information vers le logiciel CASH. Ces données sont rattachées au bon GHS à la sortie du groupeur.

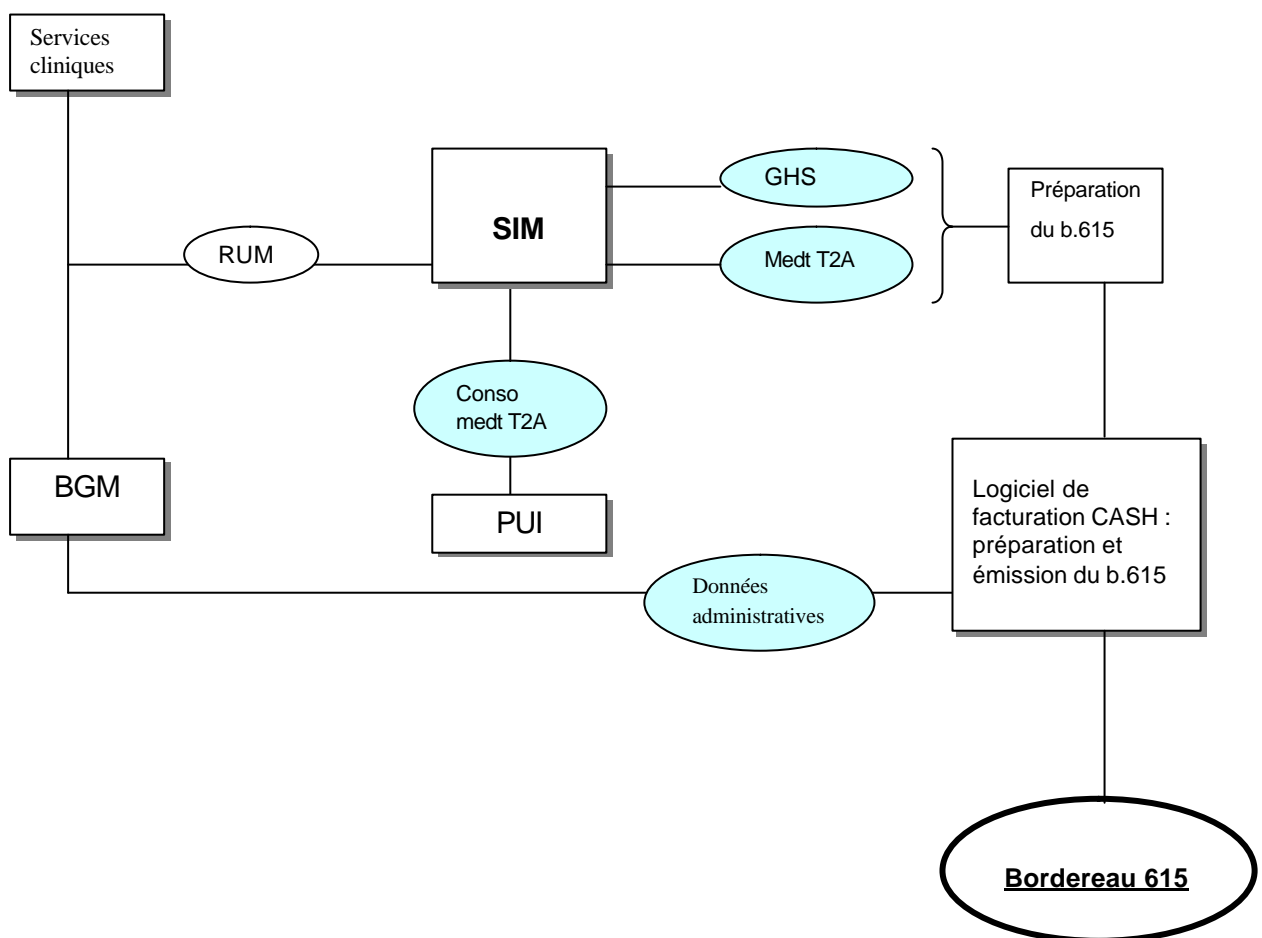


Fig.10 Processus de réalisation du bordereau 615 : hypothèse 2

Le respect de l'anonymisation des données est ainsi respecté. Cette seconde hypothèse est donc celle que nous retiendrons dans le cadre de notre schéma global et final de circuit de la facturation.

Une fois la question du rattachement des données résolue, il faut s'accorder sur les modalités de leur valorisation financière.

B) La détermination des prix de remboursement de ces médicaments

Les textes prévoient que les médicaments et dispositifs implantables soient remboursés aux établissements à concurrence d'un tarif de responsabilité égal à un prix de vente plafond fixé au plan national pour les médicaments et au prix LPP pour les dispositifs (Liste des Produits et des Prestations). La facturation s'effectue néanmoins sur la base du prix payé par l'établissement majoré d'une marge d'intéressement égale à une fraction de l'écart entre le prix payé par l'établissement et le tarif de responsabilité fixé par les pouvoirs publics. Ceci constitue une incitation à la négociation.

Il reste donc à déterminer les modalités de fixation des prix pour les remboursements. Quand un médicament présent sur la liste T2A est consommé comment estime-t-on sa valeur ? Trois possibilités existent : se fonder sur le prix d'achat, se fonder sur le prix de vente au jour j ou alors utiliser la méthode du prix moyen pondéré qui permet de tenir compte de toutes les variations de prix à la hausse comme à la baisse sur l'ensemble de la période de stockage du produit ainsi que des coûts de stockage et destockage. Cette dernière solution est retenue par le CHU de Bordeaux, en l'absence de précision réglementaire supplémentaire.

Pour permettre de transmettre des informations valorisées à la facturation, il faudra prévoir au niveau du SIH une interface entre le ou les logiciels de prescription et le logiciel de Gestion Economique et Financière qui gère les stocks et indique les prix de vente.

Une fois la préparation du bordereau 615 achevée par le SIM, il reste à assurer son émission.

Il apparaît donc que pour produire le bordereau 615 le SIH jouera un rôle majeur en termes de recueil de l'information et de sa transmission ainsi qu'en termes de complémentarités entre les différents acteurs et outils métiers. Le SIH devra pour cela être lui aussi réadapté lors du passage à la T2A et ce au-delà des changements particuliers à chaque service ou utilisateur. Le SIH va ainsi être confronté à une réforme globale mais progressive de son architecture.

3.2 Au-delà de l'aspect technique, l'évolution tarifaire peut-elle s'accompagner d'une réflexion plus générale sur le fonctionnement actuel de l'hôpital ?

La réflexion menée sur l'évolution du circuit de la facturation a fait apparaître que de nouveaux acteurs sont appelés à intervenir au cours du processus. Ceci implique de repenser les relations entre ces différents acteurs qui doivent définir des règles de communication et de travail en commun. Par ailleurs, l'élément qui soutient le projet dans son ensemble est le SIH, qui doit pour cela faire preuve de faculté d'adaptation.

C'est ainsi que des contraintes techniques peuvent avoir un impact qui dépasse le strict champ de la réforme considéré. Dans ce cas précis, les ébauches de changements initiées dans le cadre de la refonte du circuit de la facturation semblent être les prémisses d'évolutions plus générales du fonctionnement hospitalier.

3.2.1 La redéfinition des relations entre les acteurs du circuit de la facturation : le précurseur la nouvelle gouvernance ?

Pour parvenir à produire le bordereau 615 de façon optimale, un nouveau dialogue va devoir s'instaurer entre les différentes parties prenantes à qui l'on demande aujourd'hui de travailler ensemble pour être plus efficaces. En effet, du fait de la masse des informations à transmettre en temps réel et de façon précise, ce sont les relations entre les services concernés elles-mêmes qui vont devoir s'adapter aux exigences nouvelles.

On peut prendre comme exemple pour illustrer ce processus les relations des PUI avec les services cliniques. Du fait de la rénovation prévue du circuit du médicament et des exigences de la T2A, les manières de communiquer et ainsi de travailler ensemble des deux protagonistes vont nécessairement être repensées. Pour étayer cette démonstration, nous nous appuyerons sur la théorie des contrats présentée par A. Beresniak et G. Duru dans *Economie de la santé*²⁹.

²⁹ BERESNIAK A., DURU G. *Economie de la santé 5^{ème} édition.*, Paris : Masson, 2001, 216p

Cette théorie repose sur la notion de « relation d'agence » qui, en économie de la santé, met en scène un « principal » qui donne un ordre et un « agent » qui le reçoit. Cette relation est redéfinie à chaque contrat mais le principal reste celui qui détient une part de pouvoir et l'agent celui qui détient des informations individuelles concernant la plupart du temps leurs propres préférences. Le plus souvent, l'agent n'est pas unique mais appartient à un groupe. Lorsque deux partenaires sont engagés dans une « relation d'agence », c'est dans le but de déboucher sur une prise de position commune. Chacun affiche une position et défend des intérêts qui lui sont propres, et le succès de la relation dépendra de la façon dont se répartira le pouvoir et dont circulera l'information.

Cette situation se retrouve notamment dans le cadre du suivi et du bon usage du médicament. La PUI remplit ici la fonction de principal et les services de soins celle d'agent. En effet, les protocoles de soins établis par la PUI, notamment pour les chimiothérapies, sont autant d'ordres donnés aux agents pour les amener à respecter les bonnes pratiques dans le cadre de la sécurisation du circuit du médicament et, par extension, dans le cadre du passage à la T2A. Ceci montre bien que les relations de contrat ne sont pas uniquement des relations de régulation par l'autorité selon le schéma direction / services exécutants. La « relation d'agence » montre que la régulation peut se faire entre services de même niveau qui tendent vers un but commun. La validation des protocoles de chimiothérapies par le COMEDIMS, composé de médecins et de pharmaciens, marque le début de relations revisitées entre les différents acteurs, notamment dans le cadre de la chaîne de facturation.

Les relations des PUI avec les services de soins évoluent très vite et questionnent la nature des échanges. Si l'un des deux acteurs ne joue pas le jeu et dissimule sciemment des informations, le but commun supposé fonder la « relation d'agence » ne peut pas être atteint. Pour éviter de se retrouver dans cette situation, A. Beresniak et G. Duru proposent de mettre en place des « procédures incitatives » qui précisent de quelle façon principal et agent doivent se comporter pour atteindre le but défini par le contrat commun. On se rapproche ainsi de plus en plus d'une relation de contractualisation, voire de « gagnant-gagnant ». C'est le cas notamment en ce qui concerne certains médicaments très coûteux dont la PUI parvient à limiter l'usage en accordant en échange d'autres produits dont les services sont demandeurs.

Ce format de relations est-il le précurseur de la nouvelle gouvernance actuellement en phase d'expérimentation ? D'une « relation d'agence » passée pour atteindre un but commun (le respect des bonnes pratiques et la remontée des informations concernant la T2A), on glisse peu à peu vers une relation de « donnant – donnant ».

Il est néanmoins certain qu'on ne peut rester insensible à une telle évolution des relations entre acteurs de même niveau. Le cadre strict de la réforme de la facturation est ici dépassé et cette constatation nous invite à réfléchir sur l'avenir des relations de travail au sein de l'hôpital, que ce soit de près ou de loin en lien avec la nouvelle gouvernance.

Si l'on poursuit la réflexion autour des pôles, on pourrait envisager de créer sur chaque pôle une ligne bureau des entrées-RUM-DIM-facturation qui soit à l'image du circuit global de la facturation. Cette organisation pourrait être sous l'égide d'un assistant de gestion

Un second élément est à prendre en compte en parallèle : il s'agit de la question de l'évolution du SIH sous l'effet du passage à la T2A.

3.2.2 Repenser à terme l'architecture du SIH : la création d'une base de données globale

On a vu au cours des développements précédents que les différentes étapes du circuit de la facturation sont toutes conditionnées par des modifications de plus ou moins grande ampleur du SIH. Des informations aussi diverses que des données administratives, des données d'activité, de gestion des stocks, de consommation ou de facturation vont être amenées à communiquer. Or, dans l'état actuel des choses, ces données ne communiquent, pour la plupart, que parce que des ressaisies sont opérées manuellement ou parce que des interfaces sont créées à la demande pour permettre de faire travailler ensemble des bases de données à l'origine non compatibles.

L'idée pourrait être de créer à terme autour du DMC une base de données globale vers laquelle toutes les données convergeraient et de laquelle on pourrait extraire les informations nécessaires suivant les besoins. Cela supprimerait les interfaces inutiles et permettrait une communication de l'information plus rapide.

Le schéma suivant résume cette proposition :

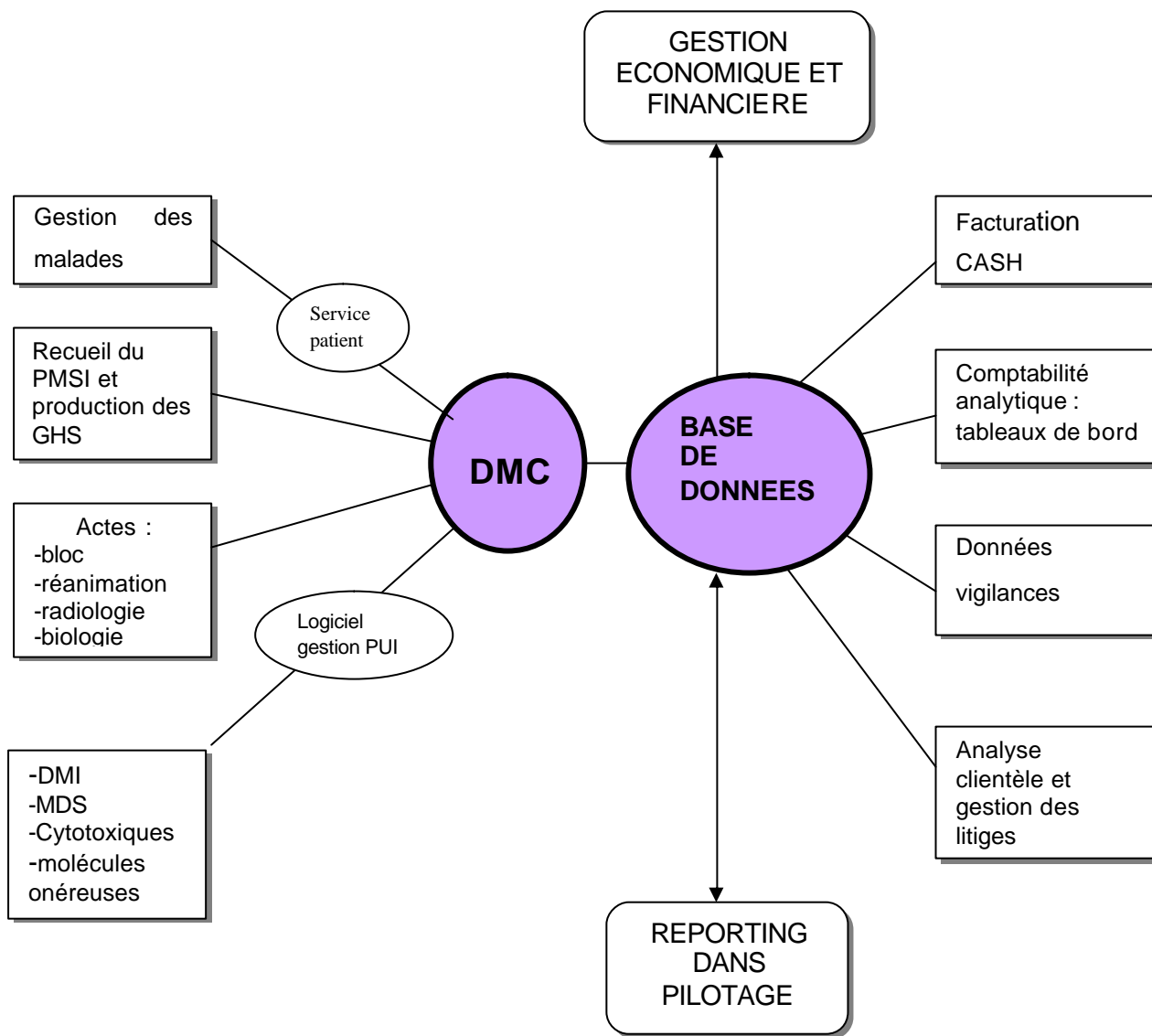


Fig.11 Vers une médicalisation du SIH : le DMC comme base de données centralisatrice

Cette hypothèse de travail n'est pas envisageable à court terme puisqu'elle nécessiterait des modifications majeures au niveau du SIH. Elle peut néanmoins constituer une piste de réflexion innovante à l'horizon 2009-2010.

Le projet DMC devient le socle du SIH. Il regroupe le dossier médical, le dossier spécialisé et le dossier administratif. Toutes les données relatives à un séjour donné se retrouvent donc rassemblées sous la même base de données, ce qui rend leur exploitation plus aisée. Centraliser l'ensemble des données dans le DMC éviterait les interfaces et les ressaisies

d'information, hypothèse envisageable à la seule condition que la confidentialité des données soit respectée. Homogénéiser les modalités de recueil de l'information serait l'un des objectifs de ce fonctionnement.

Le processus de facturation individuelle aurait tout à gagner à être soutenu par une telle organisation, notamment en ce qui concerne la question non résolue à ce jour de la valorisation des médicaments onéreux. L'utilisation du DMC pourrait permettre à la fois d'obtenir la preuve de l'administration du médicament au patient et sa valorisation financière grâce à la liaison DMC-GEF indiquant le prix moyen pondéré du produit.

Au-delà du processus de facturation, il est possible d'imaginer toutes sortes d'exploitation des données patient contenues dans le DMC. De la gestion de la clientèle aux procédures qualité en matière de vigilance, le DMC pourrait être amené à fournir des informations en fonction de requêtes spécifiques.

L'accumulation de données à recueillir et à exploiter redessine les contours du SIH qui s'oriente alors vers un double processus de médicalisation et de simplification. L'exploitation des données devient la base de la facturation et leur suivi en termes de tableaux de bord permet de définir la politique de l'établissement. Le circuit de la facturation change de fonction : de support budgétaire il devient le socle financier de l'établissement. Du bon fonctionnement de la chaîne de l'information et de la valorisation de l'activité dépendront donc les recettes de l'établissement.

3.3 Proposition d'un circuit adapté à la production des bordereaux 615 : l'hypothèse retenue à l'issue de cette étude

Il ressort donc de l'étude des différentes hypothèses à notre disposition que la solution qui paraît la plus adéquate aujourd'hui est la suivante : le fonctionnement du bureau des entrées reste inchangé et les données concernant la consommation de molécules onéreuses et de médicaments coûteux seront transmises au DIM par les PUI pour rattachement au bordereau 615 après constitution des GHS. L'on considère que, lors de la mise en place de la facturation individuelle, les services de soins seront capables d'apporter la preuve aux PUI de l'administration des molécules onéreuses à leurs patients via un logiciel de prescription.

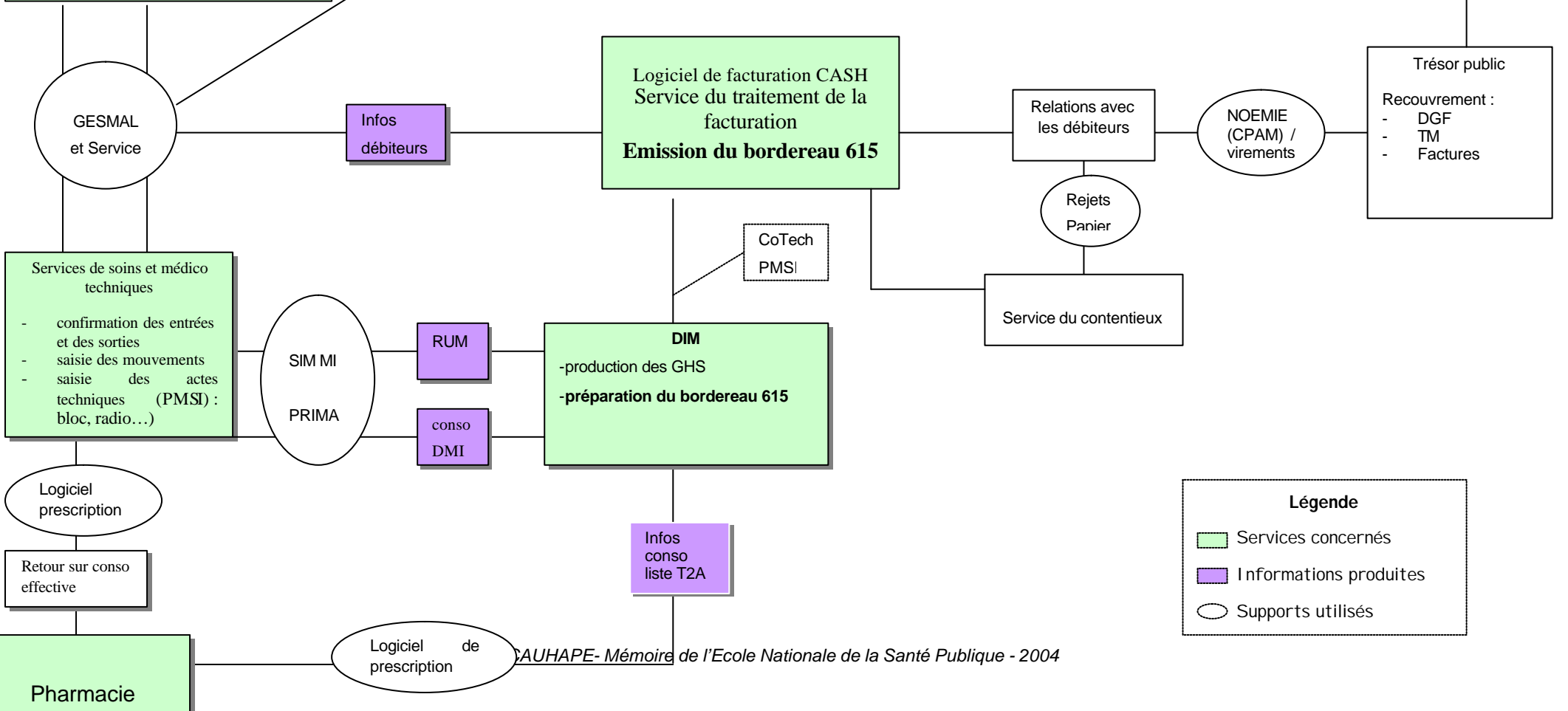
Le schéma suivant présente donc le résultat de notre étude sur la réadaptation du circuit de la facturation :

Hypothèse de circuit dans le cadre du passage à la facturation individuelle - horizon 2007

Bureau de gestion des malades		
Entrée	séjour	sortie
-const itution du dossier administratif certification de l'identité -gestion des droits -rôle de conseil sur droits ouverts	-gestion des lits -rechercher les infos manquantes	-gestion des prises en charge: validation du dossier pour la facturation -clôture du dossier

Régies sur hospitalisation
-consultations externes

Trésor public
Recouvrement :
- DGF
- TM
- Factures



Légende

- Services concernés
- Informations produites
- Supports utilisés

CONCLUSION

Cette étude sur le circuit de la facturation au CHU de Bordeaux a permis de mettre en évidence les éléments appelés à être modifiés pour répondre aux exigences de la montée en charge de la tarification à l'activité. Autour des modifications techniques à apporter, ce sont les habitudes de travail de chacun qui vont s'en trouver ainsi remises en question.

La chaîne de facturation intégrera deux nouveaux acteurs majeurs que sont le DIM et les pharmacies à usage intérieur et reposera d'autant plus sur l'architecture revue du système d'information que le recouvrement des recettes dépendra de la rapidité et de la qualité de la transmission des données d'activité valorisées.

Au delà des modifications techniques, la réadaptation du circuit de la facturation va également concerner l'organisation du travail au quotidien ainsi que la façon de penser la gestion à l'hôpital. Changement majeur de philosophie, le passage à la T2A invite à plus de rigueur et de qualité de la part de chacun, au service du patient et au service de l'établissement. L'un des enseignements majeurs de cette évolution est l'accent mis sur la responsabilisation des différents acteurs hospitaliers et sur le développement des relations médico-administratives.

La proposition qui est ici faite pour un renouvellement de l'architecture du circuit de la facturation est bien évidemment encore théorique. Mais sa dimension prospective permet de penser l'évolution étape par étape : d'abord l'amélioration du codage et du recueil de l'activité, puis la sécurisation du circuit du médicament et le suivi des administrations de médicaments et enfin une refonte globale du SIH autour d'une base de données commune pouvant répondre aux demandes d'informations toujours plus nombreuses et plus précises.

L'articulation entre observations de terrain et dimension prospective a été l'un des intérêts de cette étude. L'année 2004 a vu se mettre en place l'accélération de la production des RUM ainsi que le contrôle accru de leur qualité. Il est prévu pour 2005 de lancer le projet de sécurisation du circuit du médicament à travers l'acquisition d'un logiciel de prescription. La réadaptation du circuit de la facturation est donc aujourd'hui lancée.

Bibliographie

OUVRAGES

- BERESNIAK A., DURU G. *Economie de la santé 5^{ème} édition.*, Paris : Masson, 2001, 216p
- COCA E. *L'ISA et le PMSI : comment mieux gérer les établissements de santé.* Paris : Berger-Levrard, 1998
- EXPERT P., LERME, Ph. *Zoom sur la tarification à l'activité*, Annecy, éditions Tissot, mars 2004, 32p. Collection les Cahiers Tissot
- MALLET D. *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP, Décembre 2003, 86p.

DOCUMENTS OFFICIELS

- MATTEI JF, Plan Hôpital 2007 : un pacte de modernité avec l'hôpital, novembre 2002
- Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées, Mission T2A, *La tarification à l'activité : modèle d'allocation des ressources et modalités de mise en œuvre*, document de travail, Août 2003, 45p
- Arrêté du 31 décembre 2003 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale des établissements de santé publics et privés, B.O. n°2004-7
- Circulaire DHOS/E3 du 26 février 2004 relative à l'organisation des droits d'accès à la plate forme e-PMSI
- Arrêté du 2 août 2004 fixant les tarifs de référence nationaux par activité, J.O. n°195 du 22 août 2004 p.15042
- Projet de décret relatif au contrat de bon usage du médicament et produits et prestations mentionnées à l'article L.162-22-7 du code de la sécurité sociale, document de travail, août 2004

RAPPORTS

- L'informatisation du circuit du médicament dans les établissements de santé : approche par la valeur : quels projets pour quels objectifs ? , Rapport DHOS mai 2001, 131p
- Les bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, Rapport DHOS juin 2001, 63p

- WORONOFF-LENSI MC, GRALL JY, MONIER B et alii. Le médicament à l'hôpital, Rapport de Mai 2003, 80p
- COUANAU R. *L'organisation interne de l'hôpital*, Rapport d'information à l'Assemblée Nationale, Commission des affaires culturelles, familiales et sociales, 19 mars 2003, 81 pages.

ARTICLES

- BRUGERON JM. Hôpital : du bon usage des aumônes...à la tarification à l'activité, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2004, p. 425
- LAUNAY G. Tarification à l'activité : le nouveau système d'incitations, *Gestions Hospitalières*, juin-juillet 2004, p. 426-427
- LECLERC C., LAHET JJ. Maladies et prestations pharmaceutiques à l'hôpital : vers une plus forte intégration du médicament dans le processus de soins, *Gestions Hospitalières*, mars 2004, p.200-203
- PEYRET Ph. Hôpital 2007 : avantages et limites d'une tarification à l'activité, *Entreprise Santé*, n°49, janvier-février 2004, p. 14-19

DOCUMENTS INTERNES AU CHU DE BORDEAUX

- Projet SECURIMED, Rapport de visite de risques, Service pharmacie, mai 2004, 22p
- Projet SECURIMED, Rapport de visite de risques, Service de médecine interne et maladies infectieuses45

SITES WEB

www.sante.gouv.fr

www.fhf.fr

www.ameli.fr

www.atih.fr