



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ
MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES
UNCAM

simphonie

Programme SIMPHONIE Cahier des charges fonctionnel

Description des fonctionnalités attendues du module pilotage de la facturation

Version 0.1.0 du 20/05/2016

Appel à commentaires

L'ASIP Santé publie le 20 Mai 2016 pour concertation publique le cahier des charges fonctionnel décrivant les fonctionnalités attendues du module de pilotage de la facturation.

Dans le cadre de la concertation, toutes les parties prenantes sont invitées à apporter leurs remarques et commentaires via le modèle de fiche de lecture en téléchargement sur le site de l'ASIP Santé, et de les envoyer à l'adresse suivante : Florian.CATTEAU@sante.gouv.fr

Ces éléments feront l'objet d'une note de synthèse et permettront de produire la version définitive du document qui s'appliquera dans le cadre du programme SIMPHONIE.

Date de fin de la période de concertation : 4 juillet 2016

Sommaire

Introduction	4
1 Contexte : besoins exprimés par les établissements de santé	5
1.1 <i>Objet du document</i>	5
1.2 <i>Domaine d'application</i>	5
1.3 <i>Acteurs concernés</i>	6
1.4 <i>Structuration du cahier des charges</i>	6
2 Les prerequis au Pilotage de la facturation	7
2.1 <i>Éléments d'entrée</i>	7
2.1.1 <i>Le dossier administratif</i>	7
2.1.2 <i>La facture-tiers</i>	7
2.2 <i>Diagramme des états de la facture-tiers dans l'environnement AM</i>	8
2.2.1 <i>Les acteurs du dispositif de pilotage</i>	9
2.2.2 <i>Les différents états du dossier</i>	11
2.2.3 <i>Les différents états de la facture-tiers</i>	12
2.2.4 <i>Les différentes sources d'informations extérieures à la GAP venant alimenter le pilotage</i>	14
3 Les fonctionnalités attendues du dispositif de pilotage.....	16
3.1 <i>La production d'indicateurs : les éléments constitutifs</i>	16
3.1.1 <i>Dates</i>	16
3.1.2 <i>Volume</i>	17
3.1.3 <i>Montant</i>	17
3.1.4 <i>Dénominateur</i>	17
3.2 <i>Les dimensions d'analyse</i>	18
3.2.1 <i>Dates</i>	18
3.2.2 <i>Régimes et caisses</i>	18
3.2.3 <i>Structuration de l'établissement</i>	18
3.2.4 <i>Types d'activité</i>	18
3.2.5 <i>Type de prise en charge</i>	19
3.2.6 <i>Responsable de traitement</i>	19
3.3 <i>Les indicateurs du processus de facturation</i>	19
3.3.1 <i>Délais</i>	19
3.3.2 <i>Alertes</i>	20
3.3.3 <i>Facturation et codage</i>	21
3.4 <i>Les marqueurs et la traçabilité des états des dossiers administratifs</i>	22
3.5 <i>Les indicateurs de pilotage de la facturation</i>	23
3.5.1 <i>Détermination du périmètre de facturation directe</i>	23

3.5.2	Totalisation du montant des recettes	23
3.5.3	Suivi du statut des créances émises.....	23
3.5.4	Évaluation des encours pour les dossiers non encore facturés.....	23
3.6	<i>La génération de listes partagées</i>	25
3.6.1	Liste de dossiers « non complets ».....	25
3.6.2	Dans le contexte des ARL.....	25
3.6.3	DGFIP.....	26
3.7	<i>La génération de listes de travail</i>	26
3.7.1	Gestion des rejets des flux dématérialisés.....	26
3.7.2	La logique des listes de travail de ROC	27
4	Annexes	28
4.1	<i>Glossaire</i>	28
4.2	<i>Spécificités de vocabulaire EPS/PNL</i>	29

INTRODUCTION

Le programme SIMPHONIE dans son versant facturation, et en particulier les trois projets de facturation directe à l'Assurance maladie obligatoire (FIDES), facturation directe aux assurances maladies complémentaires (ROC), et paiement du patient avant sa sortie de l'hôpital, visent à améliorer l'efficacité du processus de facturation en améliorant l'exhaustivité de la facture et en augmentant la rapidité de la facturation et du recouvrement.

La mise en œuvre de FIDES actes et consultations externes (ACE) a montré, s'il en était besoin, l'absolue nécessité pour la Direction des affaires financières (DAF) des établissements de disposer d'un environnement de **pilotage de la facturation**, couvrant l'ensemble du périmètre et donc l'ensemble des tiers : Assurance maladie obligatoire (AMO), Assurances maladies complémentaires (AMC), patients et autres tiers (établissements, état, assurances privées...).

Cet environnement, objet du présent cahier des charges, doit permettre quotidiennement à la DAF, de :

- ☒ **Déterminer le périmètre de facturation directe** (FIDES, ROC...) à partir du nombre de dossiers concernés par ce processus ;
- ☒ **Identifier les recettes** à partir des montants facturés par l'établissement ;
- ☒ **Suivre le statut des créances émises, et ce pour chacun des tiers (AMO, AMC, patient...)**, entre les stades de génération la facture et de rapprochement final des paiements, pour initier au mieux les actions correctrices si elles s'avèrent nécessaires ;
- ☒ **Identifier et consolider** les différents montants **recouvrés et non recouvrés** ;
- ☒ **Évaluer les encours** pour les dossiers non encore facturés (incomplets, non contrôlés...).

et *in fine* d'agrèger ces différentes données sous forme de trois indicateurs, déclinables selon le type de dossier (a minima hospitalisations et actes et consultations externes) et par type de tiers (a minima AMO, AMC, patient et autres) :

- ☒ Montants **facturés** ;
- ☒ Montants **recouvrés** ;
- ☒ **Encours**.

Le passage à la facturation individuelle des séjours à l'AMO (FIDES séjours), inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2013, impose enfin d'adjoindre à ce premier environnement un outil de **pilotage de la trésorerie (qui fera l'objet d'un autre cahier des charges)**.

Par ailleurs, le pilotage du déploiement du programme SIMPHONIE, et de ses différents projets constitutifs, nécessite que les établissements concernés fournissent un certain nombre d'indicateurs de fonctionnement de la chaîne de facturation recouvrement ; ces indicateurs doivent être produits automatiquement par ce module.

1 CONTEXTE : BESOINS EXPRIMÉS PAR LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

1.1 Objet du document

Ce document s'adresse :

- aux établissements de santé (ES) pour servir de support aux processus de pilotage ;
- aux éditeurs de logiciel de Gestion Administrative du Patient (GAP) et a de ce fait pour objet de définir les fonctionnalités minimales attendues dans les logiciels de GAP pour gérer le pilotage de la facturation.

Les GAP constituent le niveau support de la recette, ce que montre en particulier le fait que la tenue de la comptabilité client des PNL peut être réalisée dans la GAP ; les dossiers administratifs de venue (DAV) sont de ce fait le seul environnement permettant la synthèse financière nécessaire au pilotage de la facturation, et le retour vers chaque partenaire intérieur ou extérieur à l'ES (Caisse de paiement unique (CPU) pour l'AMO et comptable public pour les EPS) des informations et indicateurs nécessaires au pilotage commun.

Les données des DAV doivent permettre de renvoyer à chaque niveau de responsabilité, du directeur des affaires financières aux agents d'accueil / chargés de clientèle / facturiers, les indicateurs et, le cas échéant, les listes de travail qui lui sont nécessaires.

C'est également à ce niveau que doivent être traités les rejets de factures-tiers.

In fine, la GAP devra être capable de présenter l'ensemble des créances non soldées d'un patient donné lors du processus d'admission ; notons qu'actuellement, le paiement global par le patient de ces créances est :

- possible pour les PNL ;
- impossible à partir de la régie des EPS.

1.2 Domaine d'application

Ce cahier des charges a vocation à couvrir tout le périmètre des recettes gérées dans la GAP et liées à la tarification à l'activité dans un premier temps :

- tout le périmètre de la facturation directe, soit les périmètres des Actes et Consultations Externes (ACE) et des séjours ;
- uniquement les factures-tiers AMO et AMC. La facture-tiers patient sera traitée dans un second temps, après la conception du dispositif d'encaissement automatique par débit carte (EA-DC) ;
- l'ensemble des établissements dits ex-DG, soit les établissements publics de santé (EPS) et les établissements privés à but non lucratif (PNL).

1.3 Acteurs concernés

Éditeurs de logiciels de Gestion Administrative du Malade (GAM) ou du Patient (GAP) ;

En tant que de besoin, éditeurs de logiciels de Gestion Économique et Financière (GEF) ;

1.4 Structuration du cahier des charges

Ce cahier des charges comporte les chapitres suivants :

- Pilotage de la facturation
- Gestion des rejets des flux dématérialisés

2 LES PREREQUIS AU PILOTAGE DE LA FACTURATION

2.1 Éléments d'entrée

2.1.1 Le dossier administratif

Il est l'unité de base pilotée, correspondant à la venue du patient.

Certains dossiers doivent pouvoir être marqués comme non facturables. Il arrive en effet que des venues donnent lieu à création d'un dossier administratif, et ne soient *in fine* pas valorisables :

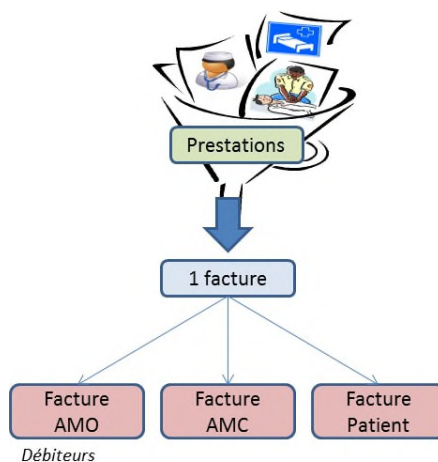
- ☒ Un premier exemple est celui des patients réhospitalisés après une sortie, et dont les règles de valorisation PMSI imposent une « fusion » des deux venues pour production d'un seul GHS. Quand la fusion des deux dossiers dans le SIH n'est pas possible, ou pas souhaitable, ces deux dossiers coexistent, et l'un d'entre eux (généralement le second) doit alors pouvoir être exclu des processus de valorisation – facturation.
- ☒ Un deuxième exemple est celui des actes gratuits (pour suivi d'activité, SE sur activité privée des PH des EPS).

2.1.2 La facture-tiers

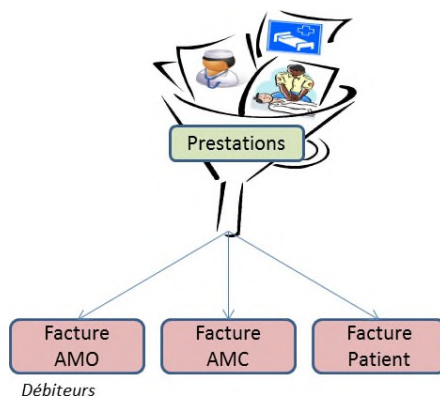
Dans le cadre du pilotage, l'objet suivi est la facture-tiers.

La facturation est mise en œuvre selon deux logiques différentes.

- ☒ Dans certains systèmes, à un dossier est associée une facture unique. Cette facture unique donne lieu à l'émission d'autant de « factures-tiers » et/ou de titres que de tiers ; l'annulation de cette facture unique entraîne donc l'annulation de l'ensemble des "factures-tiers".



- Dans d'autres systèmes, à un dossier est associé autant de « factures-tiers » et/ou de titres que de tiers.



Dans le présent cahier des charges, les marqueurs d'état et les indicateurs de suivi concernent chacun des tiers à titre individuel : le pilotage se conçoit donc au niveau de chaque facture-tiers.

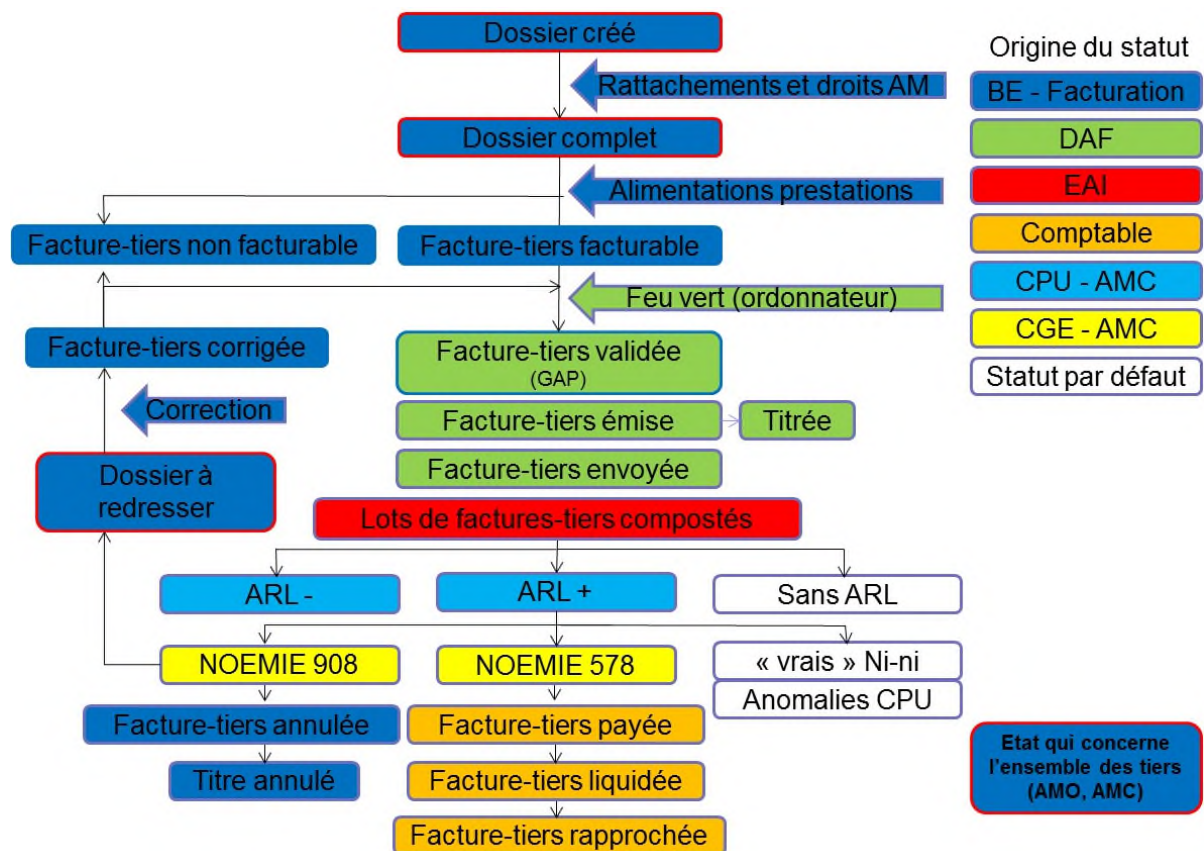
Le suivi des factures-tiers se fait de manière individuelle, et il n'est de ce fait pas nécessaire de reporter au niveau du dossier le statut de chacune des factures-tiers qui lui sont liées. Il apparaît cependant nécessaire de pouvoir suivre un certain nombre d'événements de gestion du dossier lui-même :

- le nombre de factures-tiers rejetées pour le dossier ;
- nombre d'annulations à l'initiative de l'ES.

2.2 Diagramme des états de la facture-tiers dans l'environnement AM

Entre le moment de sa création, et celui de sa clôture définitive, une facture-tiers passe par un certain nombre d'états. Les modalités de dématérialisation aller et retour des échanges de facturation du projet ROC sont suffisamment proches de celles de FIDES pour qu'il n'apparaisse pas nécessaire, à ce stade, de distinguer AMO et AMC.

Nous proposons ainsi la synthèse suivante des états pris par chaque facture-tiers à destination des assurances maladie (AM) au cours de son processus de facturation / valorisation, formalisant les situations communes aux ACE et aux séjours :

Figure 1 – Diagramme des états de la facture-tiers à destination des AM


Dans le cadre de FIDES séjour, l'environnement MOCA déterminera si un dossier est facturable. Le feu vert pour la facturation sera donc issu, *a minima*, pour partie, du DIM. Il est nécessaire de réfléchir aux modalités d'implémentation de cette validation dans ce contexte, que l'environnement soit homogène GAP PMSI MOCA, ou que l'environnement MOCA ou PMSI ne fasse pas appel au même éditeur que la GAP.

2.2.1 Les acteurs du dispositif de pilotage

Les utilisateurs

2.2.1.1 Bureau d'entrée (BE) et service de facturation

Un gestionnaire est responsable du dossier administratif, *a minima* à partir du début de la venue et de l'accueil du patient. Le processus de facturation dans son ensemble est géré soit par le même responsable, soit par une unité « facturation », soit par les deux.

L'existence de différentes organisations au sein des établissements doit permettre d'identifier plusieurs responsables.

Une succession de gestionnaires pouvant intervenir sur un même dossier administratif, il est important que les informations puissent être historisées.

Fonctions du gestionnaire et fonctionnalités du système assurées dans ce contexte :

- création du dossier administratif, ou validation lors de l'arrivée du patient ;
- gestion des caractéristiques du patient, de ses droits et de ses modalités de couverture AMO et AMC ;
- agrégation ou saisie ou topage des actes concernant les prises en charge et pouvant être inclus dans le dossier, à visée de facturation directe ou de détermination d'une exonération TM liée au seuil ;
- annulation des dossiers, factures-tiers et des titres ;
- éventuellement, correction des factures-tiers rejetées et mise au statut « complet » ou « corrigé » afin qu'il reparte en validation DAF.
- complétude par domaine : rattachement à une CGE (CDRi), gestion des droits (CDRi + personnel), prestations à inclure dans la facturation (le seul élément « testable » est l'existence d'au moins une ligne d'acte facturable).

2.2.1.1.2 Direction des affaires financières (DAF)

La DAF est responsable de la validation formelle de la facture-tiers puis de leur émission et transmission à chacun des tiers.

Dans les EPS, elle est également responsable de l'émission du titre, parallèle à l'émission de la facture-tiers.

Les ressources

2.2.1.1.3 Automatismes SIH

Les automatismes du SIH sont responsables de la transmission des lots à leur destinataire. La première étape de ce processus est le compostage.

Dans un certain nombre de cas, cette fonction est assurée par un EAI (Enterprise application integration), terme « généricisé » et repris dans le schéma.

2.2.1.1.4 Caisse de paiement unique (CPU)

Le frontal :

- le frontal réceptionne les envois des ES ;

La CPU :

- dégerbe les lots contenus par les envois pour les adresser aux différentes caisses gestionnaires ;
- gerbe les retours NOEMIE xx8 pour les adresser aux ES (ou au SNN qui les enverra aux ES) ;
- gère les paiements.

Focus ROC

Pour les AMC il n'est à ce stade pas prévu d'intermédiaire entre l'ES et l'AMC du patient, cette dernière recevant donc l'envoi et générant les ARL.

2.2.1.1.5 Caisse gestionnaire (CGE)

La CGE traite les factures-tiers, et en fonction du résultat conforme ou non conforme génère pour chaque facture-tiers un NOEMIE 578 ou 908.

Focus ROC

Dans l'environnement ROC l'AMC assure cette fonction.

2.2.1.1.6 Comptable

Le comptable, qu'il soit public au non, liquide des flux financiers de paiement et rapproche les factures-tiers.

Les responsables de l'action qui, à l'intérieur de l'établissement, auront permis à un dossier / une facture-tiers de changer d'état, devront être associés à l'état d'arrivée, au même titre que la date de passage dans cet état. Ainsi, à **chacun** de ces états **doit** correspondre un attribut dédié de la facture-tiers ; il est caractérisé par la date (et le cas échéant l'heure, en particulier pour les actions réalisées à l'intérieur du SIH) de l'action ayant amené le changement de statut de la facture-tiers. Quand l'action aboutissant au changement de statut est réalisée par un personnel de l'établissement, l'acteur **doit** être rattaché au changement d'état.

2.2.2 Les différents états du dossier

Dans la suite de ce document nous considérerons que tous les dossiers administratifs disposent des dates, en général horodatées :

- de création, générée par la GAP lors de la création de l'objet informatique ;
- de début de (ou de première) venue ;
- de fin de (ou de dernière) venue.

Un certain nombre d'opérations, et les marqueurs qui y sont liés, concernent l'ensemble du dossier. Les états correspondants sont bordés de rouge dans le schéma.

Complet

Un dossier complet est un dossier dont les données de couverture sont complétées. Cette notion de complétude administrative recouvre l'acquisition :

- des éléments de rattachement et de droits AMO ;
- des éléments de rattachement (existence d'un contrat entre un patient et un AMC) et des garanties de l'AMC, y compris celles concernant les prestations hors soin
- des conditions de facturation (validation de l'absence de situation d'exonération) permettant de définir les modalités de prise en charge.

A redresser

Quand une facture-tiers a été rejetée par l'AM, le dossier doit être réévalué ; il passe alors au statut « **à redresser** ». Les factures-tiers seront éventuellement **corrigées** avant de repartir dans le circuit de validation. L'alternative est un passage au statut **non facturable** quand le motif du rejet amène à aboutir à cette conclusion.

Il est nécessaire de mettre en place une logique de contrôle systématique de tous les dossiers, avec une logique de contrôle par sous ensemble du dossier, sauf exception définie sous forme de règles permettant de sélectionner les dossiers concernés.

2.2.3 Les différents états de la facture-tiers

Ce diagramme commence au moment où les prestations sont facturables et se termine lorsque le rapprochement bancaire a été réalisé, ou lorsque la facture-tiers a été annulée.

Facturable

Une facture-tiers passe au statut facturable quand on considère qu'elle contient l'ensemble des prestations facturables ; notons que cette alimentation concerne l'ensemble des tiers, puisque à la fois la liste des prestations et leurs modalités de prise en charge par l'un des tiers influe sur les montants facturés aux autres.

Validée

La facture-tiers facturable est ensuite validée par la DAF dans la GAP en amont de son émission et son intégration dans un flux dématérialisé à l'attention de l'AM concernée.

Émise

Le processus d'émission consiste en la création du fichier de la facture-tiers validée, et en son intégration dans un lot de factures-tiers dématérialisées.

Notons que la validation d'une facture-tiers n'entraîne pas systématiquement la possibilité de son émission ; cette situation se rencontrera en particulier en cible ROC ACE, contexte dans lequel l'émission de la facture-tiers AMC n'aura lieu qu'après réception de l'acceptation de l'AMO pour limiter le nombre de retraitement de factures-tiers déjà émises.

Titrée

Dans les EPS, l'émission de la facture-tiers s'accompagne de l'émission du titre correspondant qui sera transmis au comptable par l'intermédiaire d'un flux PESV2.

Envoyée

La facture-tiers, au sein de son lot, est ensuite mise à disposition de l'EAI pour envoi à l'AM concernée.

Compostée

L'EAI réalise l'envoi à l'AM concernée.

Au cours de la première étape l'EAI va vérifier la clé publique du certificat sur le site ad hoc pour « composer » le flux.

Accusés de réception logique (ARL)

L'environnement de réception de l'AM (le Frontal pour l'AMO) va traiter l'envoi et accuser réception de celui-ci à l'émetteur sous forme d'envoi d'un accusé de réception logique ou ARL :

- Dans l'attente de l'ARL de l'AM, le marqueur d'état correspondant de facture-tiers est considéré par défaut comme étant dans l'état « sans ARL ».
- Si l'envoi est conforme aux spécifications, et donc lisible par les systèmes informatiques de l'AM, l'ARL est positif (ARL+).
- Si l'envoi n'est pas conforme aux spécifications il est rejeté et l'ARL est négatif (ARL-).

La date associée aux statuts ARL+ et ARL- est celle de réception de l'envoi par l'AM.

Cette information n'est actuellement pas systématiquement reportée au niveau des factures-tiers composant les lots envoyés à l'AM ; cette intégration est absolument nécessaire à leur suivi d'aval et en particulier à la relance des caisses gestionnaires.

Retours NOEMIE

La caisse gestionnaire AM (CGE) responsable du dossier du patient traite la facture-tiers :

- Dans l'attente du retour de la CGE, la facture-tiers n'est au vu de l'ES émetteur ni acceptée, ni rejetée, situation communément dénommée « ni-ni ».
- Quand la facture est acceptée, un retour positif est envoyé à l'ES sous forme d'un NOEMIE 578.
- Quand la facture est rejetée, un retour négatif est envoyé à l'ES sous forme d'un NOEMIE 908.

Les factures-tiers restant au statut de ni-ni au-delà d'un délai raisonnable de traitement du dossier par la CGE doivent faire l'objet d'une relance de cette dernière par l'ES émetteur. Soulignons l'importance de l'information d'un ARL+ pour les factures-tiers concernées, seul marqueur de leur bonne réception par l'environnement AM.

En ce qui concerne l'AMO, notons qu'un certain nombre, limité mais non nul, de factures-tiers acceptées par la CGE est retenu par la caisse de paiement unique (CPU) lors du retour vers l'ES. Aucune information n'est envoyée de manière automatique vers l'ES, qui assimile donc ce contingent aux ni-ni.

Annulée

Une facture-tiers refusée par la CGE doit être réexaminée par l'ES émetteur. À l'exception des rares cas où ce refus a été émis à tort, la facture-tiers correspondante doit être annulée.

Titre annulé

Dans le cadre des EPS, le titre correspondant devra être annulé, et cette information transmise au comptable public dans le cadre d'un flux PESV2.

Recouvrement

Les factures-tiers acceptées seront alors payées par l'AM concernée, puis liquidées et rapprochées au sein de la comptabilité de l'ES.

Une facture-tiers est dite « *payée* » lorsque le règlement est constaté sur le compte bancaire (date de valeur du règlement dans le relevé bancaire).

Une facture-tiers est dite « *liquidée* » au moment où le comptable a l'information du règlement d'une facture-tiers et l'enregistre dans les comptes (date de saisie de l'écriture de liquidation de la facture-tiers). Cette étape est aussi appelée émargement des factures-tiers ou imputation des règlements aux factures-tiers.

Deux termes sont envisagés pour cet état de la facture-tiers : « liquidée » ou « imputée ». Nous vous invitons à nous faire parvenir vos commentaires.

Une facture-tiers est dite « *rapprochée* » quand l'information du rapprochement bancaire, dernière étape de la vie de la facture-tiers, est transmise par la comptabilité à la GAP (date de réception de l'information du rapprochement bancaire dans la GAP).

Le processus comptable de rapprochement bancaire, également appelé émargement de la facture-tiers, consiste à rapprocher l'écriture comptable de liquidation de la facture-tiers à l'opération d'encaissement figurant sur le relevé bancaire.

À *chacun* de ces états *doit* correspondre un attribut dédié de la facture-tiers ; il est caractérisé par la date (et le cas échéant l'heure, en particulier pour les actions réalisées à l'intérieur du SIH) de l'action ayant amené le changement de statut de la facture. Quand l'action aboutissant au changement de statut est réalisée par un personnel de l'établissement, l'acteur *doit* être rattaché au changement d'état.

2.2.4 Les différentes sources d'informations extérieures à la GAP venant alimenter le pilotage

Le statut vis-à-vis de la facturation du dossier dépend pour partie de données extérieures à la GAP.

AM

Dans le cadre de FIDES les flux concernés sont les :

- ARL
- NOEMIE 578
- NOEMIE 908

ROC

Dans le cadre de ROC des flux similaires, voire identiques, sont envisagés ; ce contexte sera précisé dans le cadre des cahiers des charges en cours de rédaction.

DGFIP

Dans le cadre des échanges des EPS avec leur comptable public, la GAP est destinataire des flux HREREC, avant que ne se mettent en place les flux PESV2 retour dont le contenu est en cours de définition.

Les flux en provenance du poste comptable doivent être quotidiens, aussi bien à l'export d'Hélios qu'à l'import dans la GAP.

ATIH

L'ATIH retourne aux ES, pour chaque dossier envoyé, la valorisation réalisée dans le cadre des remontées ePMSI, sous la forme d'un jeu d'indicateurs, par l'intermédiaire des deux flux ;

- VisualValoACE
- VisualValoSej

Le moteur de facturation DEFIS pourrait, à terme, constituer une source d'information sur la valorisation des dossiers séjour. Cette fonction sera en effet disponible à la demande, et retournera le montant correspondant aux données présentes dans DEFIS.

Au vu de l'évolution des flux entrants d'anomalies CPU d'ici la fin du premier trimestre 2016, il pourra être pertinent de définir un format d'entrée permettant de marquer « automatiquement » dans la GAP les factures en anomalie CPU.

3 LES FONCTIONNALITES ATTENDUES DU DISPOSITIF DE PILOTAGE

3.1 La production d'indicateurs : les éléments constitutifs

3.1.1 Dates

Les dates produites par le SIH s'entendent horodatées.

Tableau 1 – Dates attachées aux dossiers et aux factures-tiers

Dossier				
Indicateur	Contexte	Date de	Origine	Construction
D1	Créé	Création	GAP	Purement informatique
D2	Entrée	Entrée	GAP	Début de la venue
D3	Sortie	Sortie	GAP	Fin de la venue
D4	Complet	Complétude administrative	GAP	Marqueur dans la GAP
D5	A redresser	Mise en redressement	GAP	Marqueur dans la GAP

Facture-tiers				
Indicateur	Contexte	Date de	Origine	Construction
F01	Facturable	Complétude des prestations facturables	GAP	Marqueur dans la GAP
F02	Non facturable	Complétude des prestations facturables	GAP	Marqueur dans la GAP
F03	Validé	Validation	GAP	Marqueur dans la GAP
F04	Emise	Emission	GAP	Horodatage automatique - Date d'émission de la facturation
F05	Envoyée	Envoi	GAP	Date d'envoi à l'EAI
F06	Attente retour NOEMIE avant envoi AMC	Envoi	GAP	
F07	Titrée	Titration	GAP	Horodatage automatique - Date émission facturation
F08	Compostée	Compostage	EAI	Horodatage automatique
F09	"Transférée"	L'ARL	CPU	Date de l'ARL
F10	"Traitée CGE"	Païement	CGE	Date idem du compagnon flux tiers
F11	"Traitée CGE"	Rejet	CGE	Date idem du compagnon flux tiers
F12	Annulée	Annulation facture	GAP	Horodatage automatique
F13	Titre annulé	Annulation titre	GAP	Horodatage automatique
F14	Corrigé	Correction	GAP	Marqueur dans la GAP
F15	Payée	Païement	GAP - HELIOS	Date de valeur du règlement dans le relevé bancaire
F16	Liquidée	Liquidation / Imputation / Emargement	GAP - HELIOS	Date de saisie de l'écriture de liquidation de la facture-tiers (pour les EPS, cette information est transmise à la GAP dans le flux PESV2 retour)
F17	Rapprochée	Rapprochement	GAP - HELIOS	Date de réception de l'information du rapprochement bancaire dans la GAP (pour les EPS, cette information est transmise à la GAP dans le flux PESV2 retour)

Pour un dossier d'externe, la date de début correspond en théorie à celle de l'arrivée du patient ou d'entrée, et celle de fin à celle de départ du patient ou de sortie. Pour une venue en externe « normale », il devrait s'agir de la même date. Pour les urgences, la date de fin peut être ultérieure à la date de début. Il peut exister actuellement des cas particuliers de dossiers d'externe ouverts au long cours, comme par exemple pour les détenus ou pour un certain nombre de prises en charge externes récurrentes ; la logique de FIDES ACE voudrait que ce type de dossiers disparaisse. À terme, la facturation ne devrait couvrir qu'une venue et une seule.

Pour les séjours, la date de gestion est la date d'entrée, la date prise en compte pour la facturation est la date de sortie.

Les dossiers de type séance peuvent couvrir plusieurs venues. Dans le cadre de FIDES séjour ils pourront faire l'objet de plusieurs périodes de facturation, jointives et exclusives, et donc de plusieurs factures-tiers.

3.1.2 Volume

Divers types d'entités peuvent faire l'objet de dénombrements :

- les patients ;
- les dossiers au sens DAV ;
- les factures-tiers ;
- les rejets.

3.1.3 Montant

Plusieurs types de montants peuvent être associés aux factures-tiers :

- les montants facturés ;
- les montants « valorisés » ;
- les montants rejetés dans une vision historique, par rapport au nombre de dossiers ;
- les montants annulés ;
- une évaluation des encours ;
- les montants facturés non recouverts :
 - La valeur d'une facture-tiers rejetée est le montant de la facture rejetée avant son retraitement, et est non recouverte pour cause de rejet, au même niveau que les ni-ni,
 - La facture-tiers rejetée redevient encours quand elle est retraitée.
- les montants recouverts

3.1.4 Dénominateur

Soulignons que les dates de référence varient en fonction des acteurs :

- pour l'établissement :
 - date du début de la venue
 - date de réalisation de l'acte / de la prestation
 - date de fin de la venue
- Pour la CPU : date des actes et date de réception (ARL)
- Pour le comptable : date d'émission du titre et date des actes

En ce qui concerne les dossiers d'externe, la date prise en compte :

- pour la gestion de l'établissement est la date d'entrée ;
- pour la facturation AMO est la date d'entrée ;
- pour la facturation AMC, un engagement de paiement ne pouvant être pris que pour une journée donnée, il y aura autant de factures-tiers que de journées dans la ou les factures-tiers AMO du dossier.

L'étude d'une période se fonde sur une date qui diffère donc potentiellement selon l'acteur concerné. Le rapatriement de l'ensemble des dates au sein de la GAP doit permettre de

renvoyer à chaque interlocuteur de l'établissement des effectifs comparables aux siens en utilisant la même date que lui pour réaliser les agrégats temporels.

Pour chaque période étudiée, seront agrégés

- soit des nombre d'occurrences ;
- soit des montants.

3.2 Les dimensions d'analyse

3.2.1 Dates

Les dates doivent pouvoir être regroupées selon les dimensions suivantes :

- Jour / semaine / année ;
- Jour / mois / trimestre / semestre / année ;
- Jour / mois / quadrimestre / années ;
- Jour / regroupement jour de la semaine – WE – férié ;
- Jour / Exercice en comparaison inter annuelle et inter exercice ;

Les regroupements doivent pouvoir être réalisés :

- soit sur des périodes calendaires ;
- soit sur des périodes glissantes (par exemple du 10 janvier au 10 avril).

3.2.2 Régimes et caisses

Les factures doivent pouvoir être regroupées par :

- Grand régime et le cas échéant par caisse et par centre de gestion pour l'AMO
- Par débiteur juridique et donc par n°AMC en ROC

3.2.3 Structuration de l'établissement

Au sein d'une entité juridique, la facturation doit *a minima* pouvoir être regroupée par établissement (FINESS EG).

Le fichier structure décrivant l'organisation de l'établissement doit pouvoir servir de base à la création de dimensions d'analyse. Dans ce cadre, les notions d'UF d'hébergement et d'UF de traitement doivent pouvoir être utilisées.

3.2.4 Types d'activité

Dans le cadre du MCO, les types d'activité suivants doivent pouvoir être distingués :

- Actes et consultations externes (ACE)
 - activités dites à forfait (prestations d'hospitalisation sans hospitalisation) ;
 - autres consultations externes.
- Séjours :
 - Chirurgie ambulatoire
 - Hôpital de jour
 - Classiques
- Hospitalisation à domicile (HAD)
- Séances

- Rétrocession

3.2.5 Type de prise en charge

Les contextes suivants devront pouvoir être distingués

- AMO
- AMC
- AME
- AMU
- Migrants
- Pharmacie – Rétrocession
- Prestations inter établissement (PIE)
- Prise en charge à 100% par le patient en dehors du contexte migrant (chirurgie esthétique...)
- Ambassades et autres débiteurs
- Assurances étrangères au sens européen et extra UE du terme

3.2.6 Responsable de traitement

Les analyses devront pouvoir être réalisées par acteur responsable du passage d'un dossier dans un état donné (voir en particulier le paragraphe 2.2.1).

3.3 Les indicateurs du processus de facturation

3.3.1 Délais

À partir des dates correspondant aux états des dossiers et factures-tiers, les délais suivants sont calculés :

Tableau 2 – Délais associés à la facturation (extrait)

Thématique	Référence	Indicateurs	Mode de calcul	Construction
Gestion du dossier administratif	ID-01	Délai de complétude administrative	Date de dossier complet – date de sortie	D4 - D3
	ID-02	Délai de complétude des prestations facturables	Date de facture-tiers (non) facturable – date de sortie	F01 ou F02 - D3
Facturation	ID-03	Délai de traitement de la facture-tiers	Date d'émission de la facture-tiers – date de facture-tiers facturable	F04 - F01
	ID-04	Délai d'émission de la facture-tiers	Date d'émission de la facture-tiers – date de validation du dossier	F04 - F03
	ID-05	Délai de facturation CPU	Délai moyen en jours entre la date des soins et la date de réception de la facture-tiers sur le frontal de la CPU	
	ID-06	Délai de facturation	Date d'émission de la facture-tiers – date de sortie	F04 - D3
	ID-07	Délai de génération des lots de facture-tiers	Date d'envoi de la facture-tiers à l'EAI – date d'émission de la facture-tiers	F05 - F04
	ID-08	Délai de compostage EAI (transport de la GAP vers l'EAI)	Date de compostage des lots – date d'envoi de factures-tiers	F08 - F05
	ID-09	Délai de transfert au frontal (transport de l'EAI vers le frontal)	Date de l'ARL – date de compostage EAI	F09 - F08
	ID-10	Délai de réception CPU	Date de l'ARL – date de sortie	F09 - D3
Recouvrement	ID-11	Délai de traitement AM	Date de traitement CGE/AMC (paiement ou rejet) – date d'ARL	F10/11 - F09
	ID-12	Délai de paiement des soins	Date de paiement – date de sortie	F15 - D3
	ID-13	Délai de règlement	Date de paiement – date d'émission de la facture-tiers	F15 - F04
	ID-14	Délai du rapprochement bancaire	Date de paiement – date du rapprochement bancaire	F15 - F17
	ID-15	Délai de traitement des rejets	Date d'émission bis – date de rejet	F04bis - F10

Les éléments de construction font référence aux indicateurs du Tableau 1 – Dates attachées aux dossiers et aux factures-tiers.



Le délai de réception CPU tel que défini supra correspond à la définition donnée par la CNAMTS à la notion de « délai de facturation ».

Pour un dossier donné, la prise en charge est définie comme une suite d'interventions. Cette suite d'interventions correspond à une *séquence thérapeutique* au sein d'une unité fonctionnelle, caractérisée par son code UF, sa date et heure de réalisation, et le ou les actes réalisés. Une venue peut compter plusieurs interventions.

La détermination d'un délai de codage des actes est un indicateur par extrapolation, le vrai délai n'étant pas directement disponible sauf à ce qu'une date de codage, voire à défaut de saisie de l'acte dans son logiciel d'origine, soit disponible dans la GAP. Par ailleurs, le fait que puissent coexister pour une même venue plusieurs interventions amène à décliner cet indicateur sous une nouvelle formalisation de « délai de codage de la dernière intervention ».

3.3.2 Alertes

Sur la base de ces délais, un certain nombre d'alertes devront être disponibles, et générer des listes de factures-tiers :

- des patients sortis, mais dossier au statut « incomplet »
 - pas de date de sortie depuis plus de X jours... et en fonction de l'UF (HJ, HS...)
 - distinguer en termes de complétude les différentes sources de données (éléments RSS, VidHosp)
 - dossiers sans « actes » facturables
- validées mais non émises depuis plus de X jours, X paramétrable, par exemple 5 ;
- émises mais non envoyées depuis plus de X jours, X paramétrable, par exemple 5 ;
- envoyées mais sans ARL depuis plus de X jours, X paramétrable, par exemple 5 ;
- avec ARL mais sans NOEMIE depuis plus de X jours, X paramétrable, par exemple 15 ;
- avec NOEMIE 578 mais sans retour Hélios depuis plus de X jours, X paramétrable, par exemple 30, délai correspondant à la notion de RAR à un mois pour EPS ;
- factures-tiers rejetées et non retraitées depuis plus de X jours...
- dossiers pour le même patient, de type différents, avec des prestations « superposées »

3.3.3 Facturation et codage

Tableau 3 – Indicateurs de facturation (extrait)

Thématique	Indicateurs	Mode de calcul/définitions	Dates associées	
Gestion du dossier administratif	Nombre de venues	La notion de venue correspond à la totalité de la période de prise en charge du patient entre son admission dans l'ETS, et sa sortie (vers un autre ETS ou à domicile).	Date d'arrivée / admission du patient	
	Nombre de patients dotés d'une identité incertaine	Patients pour lesquelles l'identité n'est pas validée		
	Nombre de dossiers créés lors de l'admission (à la venue)	Nombre de dossiers administratifs créés par jour calendaire	Date de la création du dossier	
	Nombre de dossiers papier "perdus"		Date de la création du dossier	
	Nombre de dossiers bloqués	Nombre de dossiers bloqués "manuellement" par l'utilisateur	Date de sortie du patient	
	Taux de dossiers bloqués sur l'ensemble des dossiers créés	Nombre de dossiers bloqués/nombre total de dossiers créés	Date de sortie du patient	
	Taux de dossiers bloqués sur l'ensemble des dossiers facturables	Nombre de dossiers bloqués/nombre total de dossiers facturables		
	Nombre de dossiers complets (facturables)		Date de sortie du patient	
Facturation	Nombre de factures-tiers facturables validées		Date de sortie du patient	
	Montant des factures-tiers valorisées		Date de sortie du patient	
	Nombre de dossiers facturés par l'ES		Date de la création de facture-tiers	
	Nombre de factures-tiers envoyées en B2		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Montant des factures-tiers envoyées en B2		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Nombre de titres/factures-tiers émis à l'AMC		Date de la facturation	
	Montant des titres/factures-tiers émis à l'AMC		Date de la facturation	
	Nombre de factures compostées		Date de la facturation	
	Nombre de factures ARL-		Date (d'envoi ARL) réception par la CPU	
	Nombre de factures ARL+		Date (d'envoi ARL) réception par la CPU	
Retour NOEMIE	Nombre de factures NOEMIE 908 (rejet)		Date de retour NOEMIE 908	
	Nombre de factures NOEMIE 578 (paiement)		Date de retour NOEMIE 578	
	Montant des retours NOEMIE 908 (rejet)		Date de retour NOEMIE 908	
	Montant des retours NOEMIE 578 (paiement)		Date de retour NOEMIE 578	
Paiement	Nombre de titres/factures-tiers ni payées-ni rejetées		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Montant des titres/factures-tiers ni payées-ni rejetées		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Nombre de titres/factures-tiers sans retour NOEMIE		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Montant des titres/factures-tiers sans retour NOEMIE		Date d'envoi de la facture-tiers en B2	
	Montant virement bancaire		Date de paiement / Date de liquidation / Date de rapprochement bancaire	
	Montant des règlements non imputés/émargés aux factures-tiers		Date de paiement / Date de liquidation / Date de rapprochement bancaire	
	Nombre de titres/factures-tiers réglés partiellement		Date d'envoi de la facture-tiers	
	Montant des titres/factures-tiers réglés partiellement		Date d'envoi de la facture-tiers	
Recouvrement / Contentieux	Nombre de titres/factures-tiers annulés		Date d'envoi de la facture-tiers	
	Montant des titres/facture-tiers annulés		Date d'envoi de la facture-tiers	
	Nombre de titres/facture-tiers réémis		Date d'envoi de la facture-tiers	
	Montant des titres/facture-tiers réémis		Date d'envoi de la facture-tiers	
	Taux de titres/facture-tiers réémis	Nombre de titres ou facture-tiers réémis/nombre total de titres ou facture-tiers émis		
	Nombre de titres de recettes émis sur la période selon			
	Montant des titres de recettes émis sur la période selon			
	Montant des titres/facture-tiers recouverts			
	Nombre de titres/facture-tiers en RAR sur la période			
	Montant des titres/facture-tiers en RAR sur la période			
	Taux de recouvrement	Nombre de titres ou facture-tiers recouverts / nombre total de titres ou facture-tiers émis		
FIDES	Montant de l'avance			
	Montant de la régularisation de l'avance			

Tableau 4 – Indicateurs des actes médicaux (extrait)

Thématique	Indicateurs	Mode de calcul
Codage	Délai moyen de codage des ACE	Date de codage d'un acte CCAM, NGAP ou NABM - date de la venue
	Délai moyen de codage des séjours par rapport au dernier codage	Date de sortie - date du dernier codage réalisé (acte ou diagnostic)
	Délai moyen de codage des séjours par rapport à la date d'envoi e-PMSI	Date de clôture du codage PMSI du dossier (envoi e-PMSI) - Date de sortie
MO/DMI	Nombre de DMI posés	Somme du nombre de DMI posés sur la période
	Nombre de MO administrées	Somme du nombre de MO administrées sur la période
	Montant des DMI posés	Valorisation en € du nombre de DMI posés sur la période
	Montant des MO administrées	Valorisation en € du nombre de MO administrées sur la période
	Nombre de DMI facturés	Somme du nombre de DMI facturés sur la période
	Montant des DMI facturés	Valorisation en € des DMI facturés sur la période
	Nombre de MO facturées	Somme du nombre de MO facturées sur la période
Montant des MO facturées	Valorisation en € des MO facturées sur la période	

3.4 Les marqueurs et la traçabilité des états des dossiers administratifs

CDRi

Pour certains dossiers, l'envoi d'une facture à l'AMO dépend de la présence dans ses bases de données de certains types de couverture ; ainsi, les dossiers administratifs doivent disposer de marqueurs d'« attente ALD » et d'« attente de risque maternité » dans la base AMO. Les dossiers ainsi marqués devront être considérés comme non validables, jusqu'à ce que l'information attendue soit disponible dans l'environnement AMO. Les interrogations automatiques CDRi devront bénéficier de ce marquage selon des modalités et des règles de gestion qui restent à définir.

Marqueurs « dossiers » génériques

Au regard des difficultés rencontrées par les établissements en matière d'identitovigilance, les dossiers administratifs doivent disposer de marqueurs du type « identité fluctuante », « fausse identité des urgences », etc. Les ES seront ainsi en capacité de suivre la liste des noms et le nombre de patients dotés d'une identité incertaine.

Certification des comptes

Il apparaît nécessaire de pouvoir tracer les différents états des dossiers qui font l'objet de processus d'annulation et de refacturation :

- Il est souhaitable de ne pas écraser le contenu d'un dossier qui doit être modifié sans se donner les moyens de tracer les différentes corrections, afin d'identifier les causes de dysfonctionnement, à visée de contrôle interne des anomalies de facturation et de lutte contre la fraude.
- L'objectif de cette traçabilité est de disposer d'une vision du contenu du dossier sous forme d'un explicatif « littéraire » en texte libre associé à une bibliothèque motifs de refacturation (rejet AMO, rejet AMC...) permettant un requêtage et des statistiques des motifs d'annulation.

Selon les organisations, un blocage pour les relances auprès des caisses peut-être mis en place entre l'annulation de la facture-tiers et le redressement du dossier.

3.5 Les indicateurs de pilotage de la facturation

3.5.1 Détermination du périmètre de facturation directe

Il s'agit de déterminer le nombre de dossiers concernés par la facturation directe, globalement et par tiers :

- nombre total de dossiers dont sera retranché le nombre dossiers non facturables.

3.5.2 Totalisation du montant des recettes

Il s'agit de totaliser les montants facturés ; l'analyse se fera globalement et en fonction des dimensions d'analyse sélectionnées.

Les contextes suivants devront être pris en compte :

- les délais d'imputation des règlements, et les éventuels retards ;
- le signalement des paiements partiels (qui sont interdits dans les contextes FIDES et ROC).

3.5.3 Suivi du statut des créances émises

Un suivi doit pouvoir être réalisé par état des factures-tiers.

Les montants recouvrés devront être consolidés.

3.5.4 Évaluation des encours pour les dossiers non encore facturés

L'objectif est de fournir à la DAF une évaluation de la recette finale pour les venues des patients pris en charge, mais non encore facturées. La période d'évaluation des encours s'étend donc, pour un dossier donné, du début de la prise en charge (venue du patient pour les ACE, date d'entrée pour les séjours) à la date de facturation ou de première valorisation.

La sélection de la méthode de valorisation est de la responsabilité des ES. A minima une, mais si nécessaires plusieurs méthodes de valorisation des encours non encore facturés doivent être intégrées dans la GAP.

Certification des comptes

La solution la plus cohérente est d'utiliser la même logique que pour la valorisation des dossiers non encore facturés et des séjours non clos lors de la clôture des comptes.

Pour mémoire, et en ce qui concerne la part AMO des séjours, les établissements concernés par la vague 1 de la certification ont utilisé une déclinaison de la méthode du prix moyen de la journée facturée (PMJ), auquel peut venir s'ajouter, le cas échéant, le prix moyen du supplément par journée (PMSJ), en y ajoutant (ou non) les potentiels dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses (MON). Ce montant est déterminé par une analyse *a posteriori* par l'intermédiaire de la comptabilité analytique, le plus souvent par type de prise en charge (médecine, chirurgie, obstétrique, réanimation et soins intensifs...) ou par unité médicale (UM), et s'applique *pro rata temporis*. Les établissements utilisent des données raisonnablement récentes (de l'ordre du trimestre écoulé) pour produire les PMJ.

ATIH

Il est sans doute inutile de rappeler que, dans l'environnement réglementaire actuel, coexistent deux bases de calcul différentes, la première basée sur le GHS pour la part AMO, la deuxième pour valorisation d'un éventuel ticket modérateur (TM) sur la base du tarif journalier de prestation (TJP) ou du ticket modérateur forfaitaire (TMF) ; par ailleurs, dans la plupart des cas, un ou plusieurs forfaits journaliers (FJ) restent à la charge du patient.

L'existence d'un éventuel TM, et son montant, dépendent soit d'éléments extrinsèques à l'établissement (prise en charge à 100% du fait du contexte pathologique du patient – ALD, Maternité...), soit d'éléments liés au séjour lui-même (séjour supérieur à 30 jours, réalisation d'actes d'un montant supérieur au seuil), soit des deux (découverte d'une pathologie ouvrant droit à ALD au cours du séjour).

Afin de valoriser les encours des séjours, il est donc attendu, de prendre une valeur moyenne de la journée facturée par UF / DMT.

Les travaux en cours sur FIDES Séjours notamment permettront de définir des règles de valorisation plus fines dans les mois à venir.

Article 94 (ex 23) LMSS

Par ailleurs, l'article 94 de la loi de modernisation du système de santé (LMSS) dispose :

« Art. L. 1111-3-1. (Crée dans le code de la santé publique) – Pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter. »

Au-delà du phasage de la mesure pour les ACE, qui se traitera dans le cadre des décrets d'application, se pose la question de l'évaluation de la part AMO des séjours. Clairement, la part de dossiers pour lesquels la valorisation définitive sur base GHS sera disponible à la sortie du patient restera toujours très minoritaire. Il faut donc définir une méthode d'évaluation du coût AMO, dont la logique voudrait qu'elle fût la même que pour la valorisation des encours.

Soulignons ici qu'une fiabilisation de la supervision des flux de données au sein du système d'information hospitalier doit permettre à l'établissement de fournir au moment de la sortie du patient, et pour la quasi-totalité des séjours, son reste à charge pour la partie soin, que celui-ci soit calculé sur la base du TJP ou du FJH. Pour ce faire, un soin tout particulier doit être apporté à la qualité du recueil du mouvement, au codage en temps réel des actes de bloc opératoire, et à la transmission de ces actes dans la GAP.

PIE

En fonction de la solution choisie, la variabilité des modalités de facturation des PIE pour les séjours, sur la base du GHS ou sur celle du TJP, pose en soi à la fois le problème de l'identification des venues concernées et celui des modalités d'évaluation des encours. En ce qui concerne les ACE, la refacturation à l'acte permet de les traiter dans le cadre général.

Pour les ACE, il convient de :

- se baser sur les actes saisis, et donc de ne pas prendre en compte pour les encours des actes de biologie et d'anapath, dans une logique de 85% de la valeur à 4 jours.
- utiliser la méthode de valorisation « fictive » à date du contenu du dossier.

3.6 La génération de listes partagées

Pour faciliter les échanges entre acteurs, un certain nombre de listes devront être générées automatiquement ou sur demande par la GAP :

3.6.1 Liste de dossiers « non complets »

- sous forme de listes de dossiers « non complets » présentées à l'écran dans la GAP, avec accès au détail sur double clic ;
- sous forme de fichier, dans un format facilement utilisable par les acteurs, par exemple Excel ou csv, et envoyés de manière automatique en pièce jointe d'un courriel sur les adresses des acteurs concernés ; pour en faciliter la gestion, les objets et contenus des courriels devront être standardisés.

Il s'agit de générer, de principe à chaque niveau de suivi des états, une liste de dossiers à problèmes, en exception par rapport au circuit normal ; ces listes doivent pouvoir être sélectionnées selon les hiérarchies dimensionnelles définies supra.

3.6.2 Dans le contexte des ARL

Par type de tiers, il doit être possible de retrouver les factures :

- compostées non envoyées
- envoyées sans ARL ;
- à l'état ARL-

Pour permettre une éventuelle relance des CPU pour instruction de l'origine des ni-ni, il s'agit de générer, principalement à destination de la CPU, une liste de dossiers ARL+ sans retour NOEMIE.

Les modalités temporelles de génération de ces listes doivent être définies, ainsi que leur contenu (liste des champs et ordre de ceux-ci).

3.6.3 DGFIP

Les fonctionnalités attendues feront l'objet d'un addendum ultérieur.

3.7 La génération de listes de travail

3.7.1 Gestion des rejets des flux dématérialisés

Il existe deux grandes catégories de rejets :

- Les rejets dits de gestion correspondent à des erreurs/anomalies liées le plus souvent à une incohérence entre les visions établissement et caisse gestionnaire soit sur la caisse de rattachement ou les droits des patients, soit sur les éléments liés au parcours de soin ; leur traitement est généralement simple, et la mise en œuvre de CDRi devrait permettre d'en limiter le nombre et d'en faciliter la gestion a posteriori.
- Les rejets dits réglementaires, (ou techniques) correspondent à des erreurs liées le plus souvent à l'utilisation de la nomenclature, en particulier dans le cadre d'association d'actes CCAM et NGAP, et des suppléments ou modificateurs, sans identification directe possible des praticiens effecteurs ; leur traitement est le plus souvent complexe et demande une excellente maîtrise du contexte technique et réglementaire.

Les rejets doivent *a minima* pouvoir être visualisés par gestionnaire ou responsable de changement d'état /par pôle / par EG.

La génération de ces listes doit pouvoir utiliser l'ensemble des dimensions d'analyse décrites supra.

Il doit être possible de :

- sélectionner les rejets d'une période donnée, et d'analyser leur devenir, pour répondre par exemple à une question de type : quel est le devenir des rejets de janvier ?
- affecter sur critère les dossiers comportant des rejets à différents (types de) professionnels, tout en les priorisant (par date, par montant...).

Pour les factures rejetées (NOEMIE 908), par exemple :

- Suivi hebdomadaire effectué à partir de la liste des rejets de la semaine précédente, ou au jour le jour, ou au mois le mois
- A redresser : certains rejets sont typés automatiquement « à redresser », ils peuvent correspondre aux rejets de gestion qui jusqu'alors étaient, dans un certain nombre d'établissements, distribués aux gestionnaires – à partir d'une table de correspondance / typage en fonction des rejets
- En redressement : elles correspondent à l'état des factures-tiers envoyées dans le dossier administratif pour traitement par les gestionnaires
- Annulée
- Catégoriser la typologie des rejets selon les catégories suivantes : gestion-métier-droits ou technique
- Produire un décompte du nombre de factures-tiers en rejet, et non du nombre de rejets.

Une fois identifié, un rejet de type « réglementaire » doit pouvoir être typé comme tel.

Les dossiers doivent pouvoir être mis en attente :

- de mise à jour de droit en cas de changement de caisse,
- d'une nouvelle ALD,
- d'une prise en charge de maternité,
- de prise en compte d'accident du travail (AT) « récent »,
- d'une prise en charge en soins urgents,
- d'une prise en charge AME,
- d'une prise en charge par l'AMO (par exemple dans le cadre d'une CMU),
- d'une prise en charge CMUc,
- d'une fin d'instruction par une assistante sociale,
- d'un (ou plusieurs) acte(s) exonérant.

Ces différentes typologies de mise en attente doivent pouvoir abonder une liste de motifs de blocage et d'association de règles à chacun des items.

Les dossiers doivent pouvoir être marqués comme incomplets.

3.7.2 La logique des listes de travail de ROC

Le système doit disposer d'une liste de travail permettant de suivre tous les dossiers selon leur statut :

- Demande IDB envoyée mais retour non reçu
- Absence de données AMC
- Identification AMC Incorrecte
- Demande IDB incorrecte
- Patient inconnu ou absence de couverture à la date des soins
- Dossier avec reste à charge
- Dossier sans reste à charge

Dans le cadre des travaux en cours sur le projet ROC, cette partie fera l'objet d'un addendum ultérieur.

4 ANNEXES

4.1 Glossaire

Venue : période couvrant *la totalité de la prise en charge* du patient entre son arrivée dans l'établissement et sa sortie de l'établissement.

Valorisation : dans le cadre de ce document, ce terme est réservé à la part AMO et concerne l'action réalisée par les outils de l'ATIH, que ce soit sur la plateforme ePMSI ou dans l'environnement DEFIS.

Facturation : dans le cadre de ce document, et concernant la part AMO, ce terme est réservé à l'action de génération d'une facture B2 par DEFIS.

Facture – facture tiers – titre : en référence au paragraphe 2.1.2, il est nécessaire de faire la différence entre la facture, la facture tiers et le titre tels qu'aujourd'hui définies au sein des ES.

Annulation au sens DGFIP :

Il s'agit essentiellement de rectifications d'erreurs matérielles : Une facture qui n'a pas lieu d'être ou qui est erronée doit être annulée ; cette annulation peut être due à un rejet par l'AMO (la facture fait alors l'objet d'un retour NOEMIE 908), ou à l'initiative de l'EPS qui constate, après paiement, qu'elle est erronée.

Si la facture est annulée, le titre correspondant est annulé, entraînant la disparition de la créance

Impact sur le résultat dépend du moment de l'annulation :

- Une annulation dans l'exercice en cours se traduit par une réduction de recette budgétaire ;
- Une annulation sur exercice clos se traduit par une augmentation de la dépense.

Admission en non valeur au sens DGFIP :

L'admission en non valeur (ANV) concerne uniquement les titres, les factures ne sont pas annulées ; elle constate l'irrecouvrabilité de la créance malgré les actions du comptable : par exemple créances minimales inférieures au seuil de poursuite défini par l'établissement, insolvabilité avérée du débiteur...

L'ANV solde la créance, mais ne libère pas le débiteur de sa dette, le comptable reprend les poursuites si retour à meilleure fortune ou événement modifiant les conditions ayant amenées à la non valeur.

L'impact sur le résultat est toujours une dépense ; les sommes versées par les débiteurs après admission en non valeur de leur dette sont constatées au crédit d'un compte spécifique, l'établissement, informé par le comptable, émettra un titre de recette correspondant pour constater la recette.

Le juge des comptes appréciera les admissions en non valeur, et pourra mettre en jeu la responsabilité du comptable (créances non recouvrées) s'il estime que ses diligences ont été insuffisantes.

Prescription du recouvrement au sens DGFIP :

Il s'agit du délai sans actions de recouvrement ou reconnaissance de sa dette par le débiteur au delà duquel le comptable n'est plus autorisé à poursuivre. Le juge des comptes appréciera leur montant, et mettra en jeu la responsabilité du comptable (responsabilité personnelle et pécuniaire).

EAI – *Enterprise Application Intégration* : architecture de type middleware – intergicielle – permettant des applications hétérogènes de gérer leurs échanges.

4.2 Spécificités de vocabulaire EPS/PNL

Les EPS et PNL utilisent des éléments de vocabulaire différents :

ES	PNL
Un titre (AMO/AMC/patient)	Une facture unique déclinée en facture-tiers (AMO/AMC/patient)
Une annulation de facture-tiers	Un avoir
Un dossier à cheval sur 2 années / dossier non clos	Un encours
Rapprochement comptable entre le paiement (réalisé par exemple par la CPU) et la facture	Lettrage (pour un paiement complet)
Rapprochement comptable entre un paiement partiel et une facture	Pointage
Suivi des débiteurs dans Hélios	Suivi des comptes de tiers dans la GAP (le grand livre tiers comprend les détails, la balance tiers est synthétisée en 1 ligne)