

Spécifications fonctionnelles

SPECIFICATIONS FONCTIONNELLES

Interopérabilité GAP-Plateaux techniques

Version 1 du 20/05/2022

Etat : Finale

onepoint.

Urbanisation & interopérabilité

1	Introduction.....	4
1.1	Contexte.....	4
1.1.1	Réforme des urgences.....	4
1.1.2	Historique des flux Etablissements-Plateaux techniques	4
1.1.3	Conséquences sur les processus facturation/règlement.....	5
1.2	Enjeux pour les professionnels	6
1.3	Périmètre fonctionnel.....	7
1.4	Historique des standards Hprim.....	7
1.5	Conventions	8
2	Schéma d'urbanisation & cas d'usage.....	9
2.1	Schéma général.....	9
2.2	Cas d'usage Production de soins.....	10
2.2.1	PS1 – Passage simple aux urgences	10
2.2.2	PS2 – Passage aux urgences suivi d'une hospitalisation	11
2.2.3	PS3 – Passage aux urgences et erreur d'enregistrement de la sortie	12
2.2.4	PS4 – Imagerie en coupe+radio conv. – 1 sous-traitant	14
2.2.5	PS5 – Imagerie en coupe+radio conv. – 2 sous-traitants.....	15
2.2.6	PS6 – Biologie – 2 sous-traitants.....	16
2.3	Cas d'usage Facturation du séjour	17
2.3.1	FE1 – Facturation du séjour à l'AMO	17
2.3.2	FE2 – Facturation établissement à L'AMC.....	18
2.3.3	FE3 – Facturation à un tiers	18
2.3.4	FE4 – Facturation au patient.....	18
2.4	Cas d'usage Règlement du plateau technique.....	19
2.4.1	RG1 – Règlement par l'établissement	19
2.4.2	RG2 – Règlement Direct de l'Assurance maladie obligatoire.....	19
2.4.3	RG3 – Règlement Direct de L'AMC au plateau technique.....	19
2.4.4	Le règlement direct au plateau technique	20
3	Spécifications fonctionnelles d'interopérabilité	21
3.1	Prise en charge administrative aux urgences	22
3.1.1	Cible.....	22
3.1.2	Trajectoire de migration	24
3.2	Classification CCMU du patient	26

3.2.1	Cible.....	26
3.2.2	Trajectoire.....	27
3.3	Facture plateau technique des actes réalisés	28
3.3.1	Cible.....	28
3.3.2	Trajectoire.....	33
3.3.2.1	HprimXML V2.x.....	33
3.3.2.2	HprimSanté 2.x.....	33
3.4	Statut de la facturation du plateau technique	35
3.5	Règlement au plateau technique.....	37
3.6	Exemple de flux en cible IHE-PAM et HprimXML V3.....	39
4	Développement & déploiement des solutions.....	41
4.1	Urgences	41
4.2	Prise en charge administrative aux urgences	41
4.3	Synchronisation bidirectionnelle de la facturation.....	42
4.4	Information détaillée sur les règlements	43
4.5	Conclusion	44
A.	Glossaire	45
B.	Références	47
C.	Groupe de travail	47

1 Introduction

1.1 Contexte

1.1.1 Réforme des urgences

La réforme du financement de la prise en charge du patient aux urgences, applicable au 1^{er} janvier 2022, a des conséquences sensibles sur le processus de facturation des plateaux techniques indépendants des établissements de santé.

Dans le cas d'une sortie du patient de l'établissement à l'issue de son passage aux urgences, le nouveau modèle de financement forfaitise le recours aux plateaux techniques, notamment les laboratoires de biologie médicale et les centres d'imagerie, indépendamment de la nature exacte des actes réalisés.

Dans le cas où le patient est hospitalisé dans l'établissement à l'issue de son passage aux urgences, les actes réalisés par les plateaux techniques sont facturés comme auparavant par le plateau technique à l'établissement. Ce dernier les intégrera en partie basse du S3404 lors de la facturation à l'assurance maladie obligatoire, puis, le cas échéant, à l'assurance maladie complémentaire.

Dans tous les cas, l'établissement de santé doit collecter tous les actes réalisés, qu'ils soient facturés en tant que tels ou sous forme de suppléments urgence, afin de remonter pour information l'activité hospitalière à l'ATIH.

1.1.2 Historique des flux Etablissements-Plateaux techniques

Lorsque le plateau technique fait partie de l'établissement, ce qui est majoritairement le cas des établissements ex-DG, les principaux flux existants entre GAP/PMSI et plateaux techniques concernent l'alimentation du plateau technique en identités/mouvements selon le standard IHE-PAM et la remontée des actes réalisés par le plateau technique en HprimXML V2.x.

Ces établissements peuvent se dispenser de la mise en œuvre des présentes spécifications fonctionnelles dans le cadre de la réforme des urgences tant qu'ils ne sous-traitent pas d'examen à des plateaux techniques appartenant à des entités juridiques indépendantes. Le cas des GCS, ou autre forme juridique mutualisant des activités de biologie ou d'imagerie pour plusieurs établissements, devra faire l'objet d'une analyse au cas par cas afin de déterminer s'il est nécessaire d'appliquer les présentes spécifications fonctionnelles ou non.

Lorsque le plateau technique ne fait pas partie juridiquement de l'établissement de santé, on distingue globalement les principaux cas de figure suivant :

- 1- Plateau technique d'imagerie physiquement dans les locaux de l'établissement de santé : il est fréquent que les identités/mouvements soient transmises au plateau technique en IHE-PAM ; des sites n'ayant pas migré vers IHE-PAM peuvent encore utiliser des connexions HprimSanté 2.x mais la transmission est en général restreinte à l'envoi des informations administratives au moment

de l'admission. La remontée des actes réalisés se fait en HprimXML V2.x ; il existe souvent un flux règlement en retour en HprimSanté V2.x.

- 2- Plateau technique d'imagerie extérieur à l'établissement de santé : l'activité que représente l'établissement dans l'activité totale du plateau technique est en général minoritaire et on trouve le même type d'interface que dans le cas précédent, mais avec un taux de déploiement inférieur.
- 3- Laboratoire de biologie médicale dans les locaux de l'établissement de santé : la réception des identités mouvements, lorsqu'elle existe, se fait selon le standard HprimSanté 2.x mais beaucoup de laboratoires ne gèrent que les demandes d'examens sans considérer l'enveloppe séjour du patient. Les informations d'identité contenues dans la demande d'examen suffisent à la gestion de la facturation des actes à l'établissement. Le laboratoire, une fois l'acte effectué, envoie sa facture à l'établissement en HprimSanté 2.x ; la réception des règlements par le plateau technique nécessite que le laboratoire gère le numéro de séjour d'hospitalisation puisque c'est le seul élément accompagnant le règlement en HprimSanté V2.x (le numéro de dossier exécutant, donnée facultative, n'est en pratique quasiment jamais rempli par l'établissement).
- 4- Laboratoire de biologie médicale extérieur à l'établissement de santé : d'une manière générale, on a au mieux un flux demandes et un flux résultat qui circulent en HprimSanté 2.x entre les systèmes d'informations des deux entités.

1.1.3 Conséquences sur les processus facturation/règlement

Avant même la mise en place de la réforme des urgences, les plateaux techniques rencontraient des difficultés à rapprocher les règlements de l'établissement de santé des factures émises. Ces difficultés relèvent de plusieurs causes identifiées :

- L'établissement règle un montant global pour une date de valeur comprenant un ensemble de factures qu'il a émises auprès des assurances maladies obligatoire et complémentaire et qui lui ont été réglées. L'identification de ces factures, lorsqu'elles sont communiquées au plateau technique, ne peuvent pas être corrélées directement aux factures émises par le plateau technique.
- Lorsque l'établissement établit la facture à l'assurance maladie, il prend en compte l'ensemble des règles de facturation réglementaires applicables sous peine de se voir refuser la facture en bloc par l'assurance maladie. Or certaines de ces règles ne sont pas appliquées par les plateaux techniques ou ne peuvent pas l'être si les règles correspondent à des actes émis par plusieurs entités juridiques sous-traitantes, ou par une même entité juridique à plusieurs moments d'une même journée.

De fait, la facturation des plateaux techniques ne peut pas correspondre strictement et pour tous les patients à la facturation réelle de l'établissement à l'assurance maladie.

Avec la réforme des urgences applicable au 1^{er} janvier 2022, la situation devient plus complexe du fait de la forfaitarisation conditionnelle des actes de plateaux techniques réalisés pendant le passage aux urgences.

Le plateau technique n'est en mesure de déterminer s'il doit facturer un forfait ou des actes qu'après avoir pris connaissance du statut de sortie des urgences du patient selon qu'il est hospitalisé dans l'établissement ou non.

D'autre part, avec l'obligation de traçabilité envers l'ATIH, le plateau technique doit fournir à l'établissement l'intégralité des actes réalisés indépendamment de leur caractère facturable ou non.

Parts AMO/AMC en paiement direct

De manière générale, les règlements de l'AMO et de l'AMC concernent une prise en charge hospitalière de type urgence ou hospitalisation et ont comme destinataire le compte bancaire de l'association des praticiens, dit compte mandataire, géré par l'établissement pour le compte des praticiens intervenants sur le séjour et adhérents de l'association.

Sans que cela soit la règle, il arrive fréquemment que les honoraires de praticiens soient réglés par l'AMO/AMC directement sur leur compte professionnel sans passer par le compte mandataire de l'établissement de santé. Dans ce cas, l'établissement n'a pas connaissance de ces règlements car aucune information ne lui est transmise à ce sujet dans le retour Noemie.

Le plateau technique dispose dans son propre retour Noemie d'une information de règlement concernant la facture de l'établissement avec pour seule référence le numéro de facture de l'établissement.

Il est donc essentiel pour le plateau technique d'identifier, pour chaque acte facturé, les numéros de factures AMO et AMC produites par l'établissement afin de rapprocher les montants réglés de ses propres factures.

1.2 Enjeux pour les professionnels

La transmission des informations liées à la facturation des examens réalisés par les plateaux techniques n'est pas automatisée totalement. Un plateau technique qui veut s'assurer de l'exactitude du compte client de l'établissement de santé pour lequel il est sous-traitant doit aujourd'hui traiter manuellement les ajustements de facturation réalisées par l'établissement en application de la réglementation.

L'absence d'information exhaustive lors d'un règlement de l'établissement, ou d'un paiement direct par l'assurance maladie rend le pointage des règlements très fastidieux.

Ces tâches peuvent représenter plusieurs ETP selon les plateaux techniques.

De même pour l'établissement de santé, les demandes d'informations du plateau technique concernant la facturation ou les règlements, ainsi que la nécessité de s'assurer manuellement de la complétude du dossier avant d'émettre une facture

séjour à l'assurance maladie, sont consommatrice de temps administratif dans des proportions non négligeables.

L'enjeu pour les établissements et les plateaux techniques est de fiabiliser ces circuits d'information et de gagner ce temps pour l'utiliser à des tâches plus productives.

1.3 Périmètre fonctionnel

Les présentes spécifications fonctionnelles décrivent les évolutions attendues des systèmes d'information des établissements et des plateaux techniques pour répondre à l'objectif suivant :

« L'automatisation de la gestion de la facturation et des règlements entre établissements et plateaux techniques ».

Le périmètre ne se limite pas à l'activité de prise en charge en urgence mais concerne toutes les prestations hospitalières, avec ou sans hospitalisation. Le cas d'usage de l'accueil aux urgences est le plus complexe, mais l'essentiel des schémas et recommandations s'appliquent à tous les cas pour lesquels le séjour ou le passage aux urgences fera l'objet d'une facturation sur un bordereau S3404 par l'établissement.

Ce document traite des évolutions attendues dans les standards d'échanges et l'implémentation de ces standards dans les différents systèmes d'information.

Ce document ne traite pas des fonctionnalités portant sur les processus de facturation et de règlements implémentés dans les différents logiciels, ces derniers relevant de la responsabilité des éditeurs de logiciels et de leurs clients.

1.4 Historique des standards Hprim

Dans le domaine de l'interopérabilité des logiciels sur les données d'activité, de facturation et de règlement, le règlementaire spécifique français a conduit les acteurs, en l'absence de standards internationaux répondant aux besoins spécifiques du secteur de la santé, à définir des standards nationaux.

Dans cet objectif, les acteurs de la biologie et de la radiologie ont utilisé le standard HprimSanté dès le début des années 1990.

En 2004, à l'occasion de la mise en œuvre de la CCAM dans les établissements, notamment pour coder et facturer l'imagerie médicale, les acteurs ont développé le standard HprimXML, notamment pour assurer les remontées des actes et de la facturation des plateaux techniques. Ce standard, dans sa version 2.x, est la règle aujourd'hui dans tous les établissements de santé et dans tous les échanges hors biologie libérale.

En 2019, à l'occasion du déploiement de FIDES Séjours, a été conçu le standard HprimXML V3 pour moderniser les échanges existants, développer l'ensemble des flux nécessaires aux processus induits par la mise en œuvre de FIDES Séjours et adapter le standard HprimXML aux nouveaux contextes multi-entités, dont

notamment les GHT. Le flux HprimXML V3 est en rupture technologique avec HprimXML V2 et assure également une compatibilité avec FHIR, notamment en matière d'identification des entités et de codage des objets. À la différence d'HprimXML V2, il est orienté microservice et donc plus souple. HprimXML V3 couvre tous les besoins de remontée d'information de l'établissement, des plateaux techniques intra-établissement ou extérieurs, dans l'objectif d'assurer le processus de facturation et, au travers de Druides, le processus d'alimentation de l'ATIH en données d'activité.

1.5 Conventions

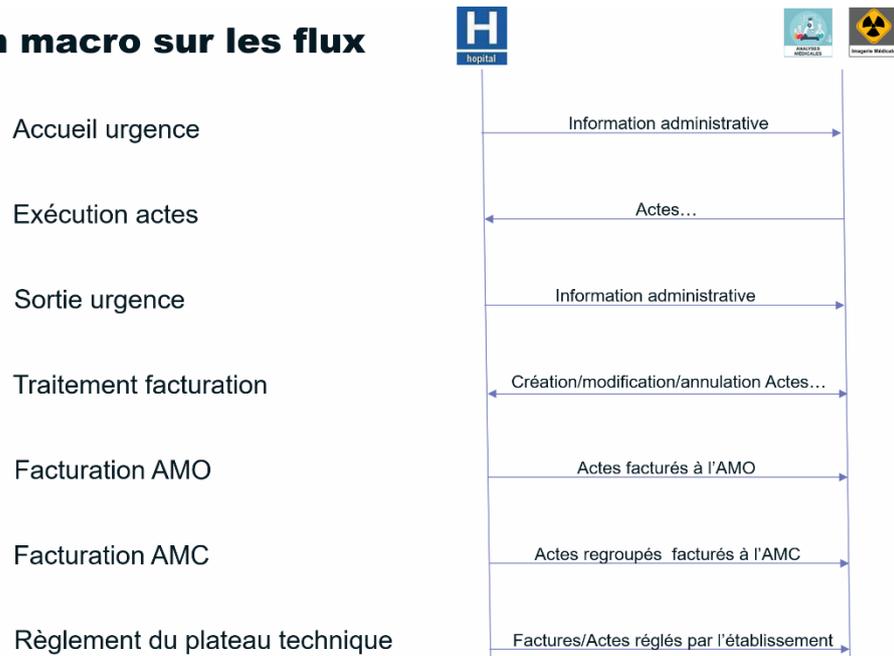
Pour distinguer la facturation de l'établissement et celle du plateau technique, les factures émises par l'établissement à l'AMO (S3404) et à l'AMC (DRE-CP dans le cadre de ROC) seront dénommées « facture séjour », et les factures émises par le plateau technique à destination de l'établissement seront dénommées « facture plateau technique ».

2 Schéma d'urbanisation & cas d'usage

2.1 Schéma général

Le schéma d'urbanisation du processus de facturation-règlement est, à gros traits, le suivant :

Description macro sur les flux

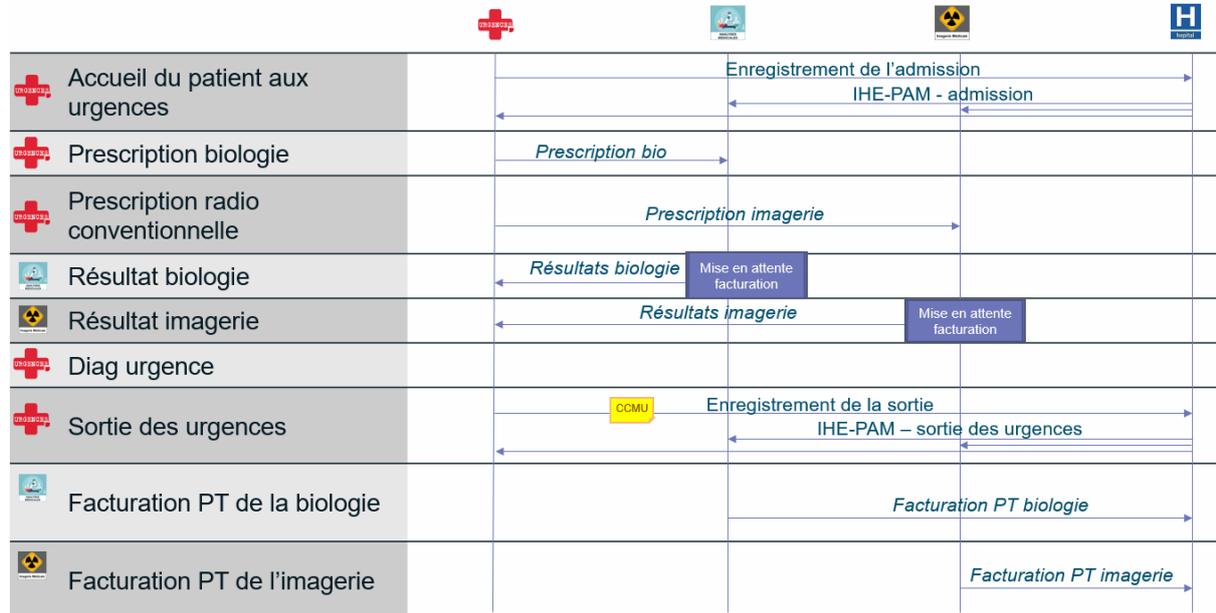


Le processus peut se décomposer en plusieurs étapes :

1. **Production de soins :** cette étape est marquée par l'accueil du patient dans le service d'urgence, ou dans un autre service dans le cas d'une hospitalisation, et sa sortie ; Les actes réalisés par les plateaux techniques sont transmis à l'établissement.
2. **Facturation et règlement du séjour :** l'établissement va facturer le passage aux urgences ou le séjour d'hospitalisation à l'AMO, et, le cas échéant à l'AMC ou au patient, puis transmettre les éléments de facturation utiles au plateau technique.
L'AMO et éventuellement l'AMC vont régler l'établissement.
3. **Règlement du plateau technique :** Pour les « plateaux techniques » ayant « adhéré » au compte mandataire, l'établissement va régler chaque plateau technique d'un ensemble de factures sur la base de l'enveloppe séjour.

2.2 Cas d'usage Production de soins

2.2.1 PS1 – Passage simple aux urgences



Le patient est admis aux urgences :

Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP ; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels pour lesquels cette information est utile grâce à un flux IHE-PAM.

Le service d'urgence peut recourir aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour des examens complémentaires et gérer ces demandes et les résultats grâce aux flux d'information existants.

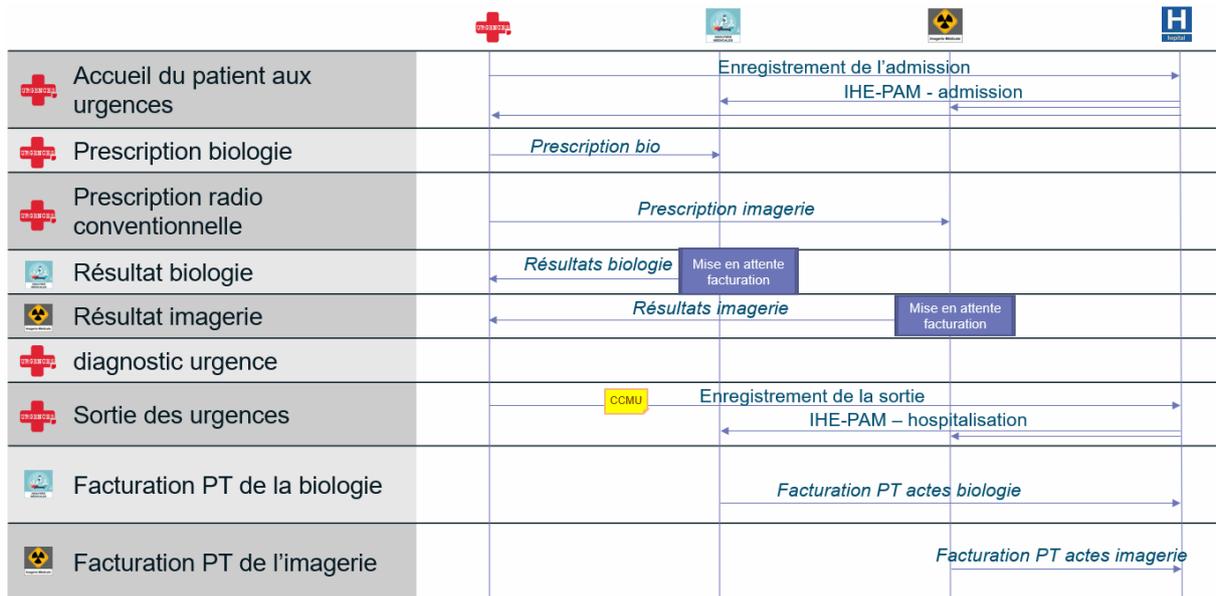
Dans le cas des urgences, le plateau technique doit mettre en attente sa facturation à l'établissement des actes réalisés.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe la GAP, notamment de la sortie et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier les plateaux techniques de la sortie des urgences en dehors de l'hôpital (retour à domicile ou transfert vers un autre établissement) grâce à un flux IHE-PAM.

Le plateau technique est en mesure de facturer le supplément biologie ou imagerie adapté à l'établissement.

A la sortie du patient, l'établissement édite les factures du séjour à destination de l'assurance maladie obligatoire, complémentaire et éventuellement du patient.

2.2.2 PS2 – Passage aux urgences suivi d'une hospitalisation



Le patient est admis aux urgences :

Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels pour lesquels cette information est utile grâce à un flux IHE-PAM.

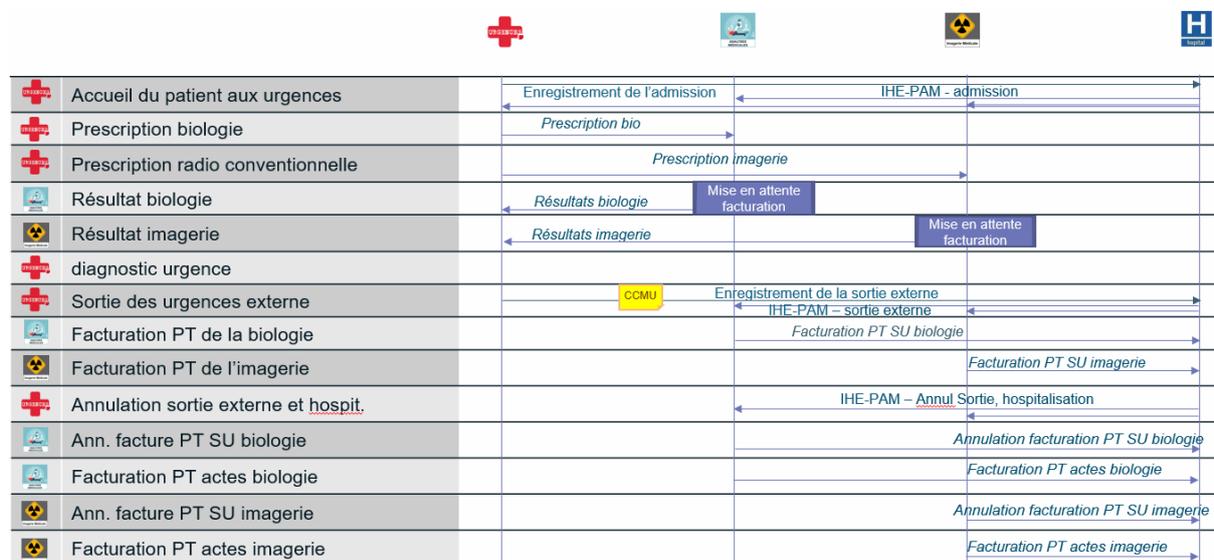
Le service d'urgence peut recourir aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour des examens complémentaires et gérer ces demandes et les résultats grâce aux flux d'information existants.

Dans le cas des urgences, le plateau technique doit mettre en attente sa facturation à l'établissement des actes réalisés.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe la GAP, notamment du transfert du patient dans un service d'hospitalisation de ce même établissement et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier les plateaux techniques de ce transfert grâce à un flux IHE-PAM.

Le plateau technique est en mesure de facturer les actes de biologie ou d'imagerie à l'établissement.

2.2.3 PS3 – Passage aux urgences et erreur d'enregistrement de la sortie



Le patient est admis aux urgences :

Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP ; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels pour lesquels cette information est utile grâce à un flux IHE-PAM.

Le service d'urgence peut recourir aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour des examens complémentaires et gérer ces demandes et les résultats grâce aux flux d'information existants.

Dans le cas des urgences, le plateau technique doit mettre en attente la facturation à l'établissement des actes réalisés.

Bonne pratique : gérer un délai paramétrable entre la sortie du patient et la facturation par le plateau technique afin de limiter le recours à l'annulation de facture/refacturation.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe la GAP, notamment de la sortie et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier les plateaux techniques de la sortie des urgences en dehors de l'hôpital (retour à domicile ou transfert vers un autre établissement) grâce à un flux IHE-PAM.

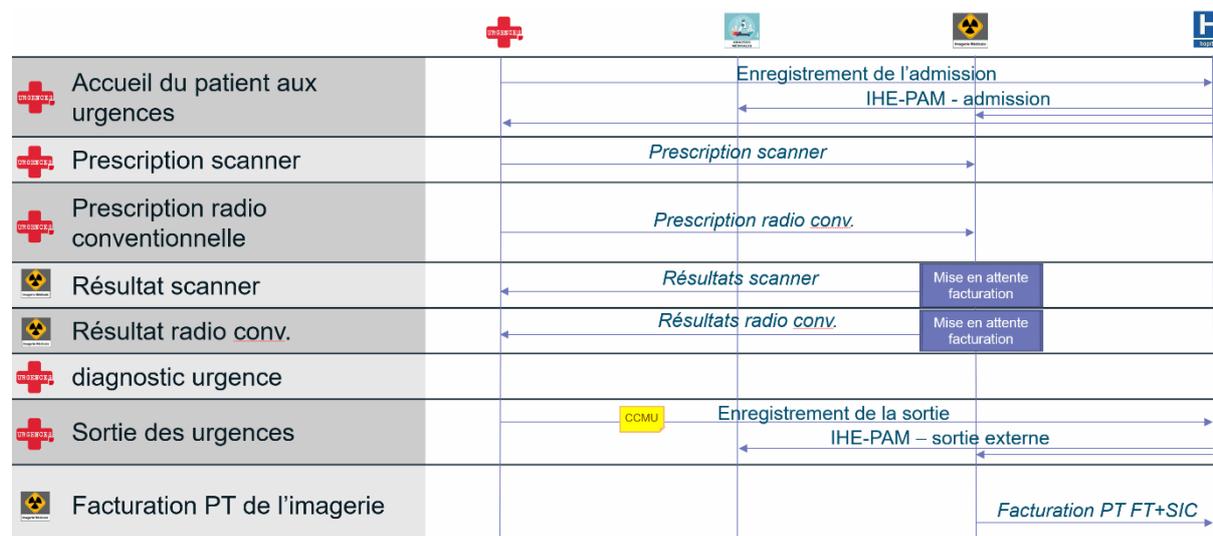
Le plateau technique est en mesure de facturer le supplément biologie ou imagerie adapté à l'établissement.

Le service admission de l'établissement, constatant l'erreur mode de sortie du patient, va le corriger pour un transfert dans un service d'hospitalisation de ce même établissement.

La GAP va informer les plateaux techniques de cette modification grâce à un flux IHE-PAM.

Le plateau technique devra annuler la facturation des suppléments urgences qui ne correspondent plus au contexte de sortie du patient et facturer les actes réalisés à l'établissement pour intégration au séjour du patient.

2.2.4 PS4 – Imagerie en coupe+radio conv. – 1 sous-traitant



Le patient est admis aux urgences :

Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP ; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels utiles grâce à un flux IHE-PAM.

Le service d'urgence a recours aux plateaux techniques de biologie et d'imagerie pour des examens complémentaires et gère ces demandes et les résultats grâce aux flux d'information existant.

Le plateau technique d'imagerie est une organisation unique qui dispose des équipements d'imagerie conventionnelle et d'imagerie en coupe.

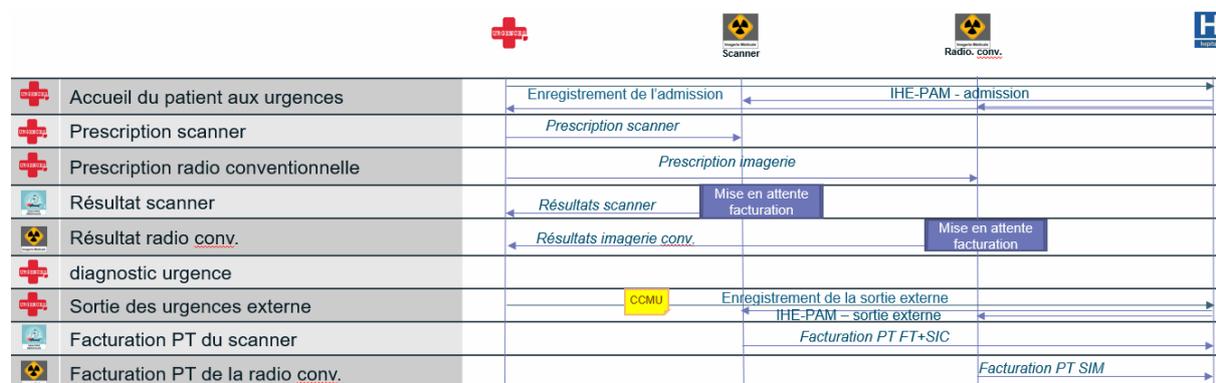
Dans le cas des urgences, le plateau technique doit mettre en attente la facturation à l'établissement des actes réalisés.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe notamment la GAP de la sortie et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier les plateaux techniques de la sortie externe des urgences grâce à un flux IHE-PAM.

Le plateau technique est en mesure de facturer le supplément biologie ou imagerie adapté à l'établissement.

Dans le cas du plateau technique d'imagerie, la règle de facturation impose de ne facturer que le seul supplément urgence imagerie en coupe (SIC). Le supplément urgence imagerie conventionnelle (SIM) n'est pas facturable. Le forfait technique (FT) est facturable comme dans les autres contextes de facturation.

2.2.5 PS5 – Imagerie en coupe+radio conv. – 2 sous-traitants



Le patient est admis aux urgences :

Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP ; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels utiles grâce à un flux IHE-PAM.

Le service d'urgence a recours à deux plateaux techniques distincts, l'un pour l'imagerie conventionnelle et l'autre pour l'imagerie en coupe, car il s'agit de deux structures séparées.

Dans le cas des urgences, les plateaux techniques doivent mettre en attente la facturation à l'établissement des actes réalisés.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe notamment la GAP de la sortie et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier les plateaux techniques de la sortie externe des urgences grâce à un flux IHE-PAM.

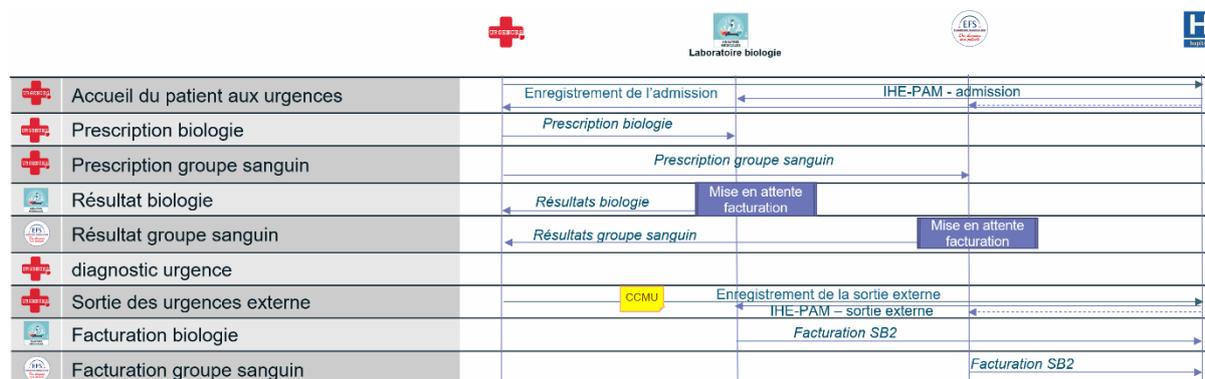
Le plateau technique d'imagerie conventionnelle est en mesure de facturer le supplément urgence imagerie conventionnelle (SIM) à l'établissement.

Le plateau technique d'imagerie en coupe est en mesure de facturer le supplément urgence imagerie en coupe (SIC) à l'établissement.

Dans le cas de plateaux techniques d'imagerie indépendants, la règle de facturation qui impose de ne facturer que le seul supplément urgence imagerie en coupe (SIC) ne peut pas être appliquée à la source car chacun des deux plateaux techniques ignore la facturation établie par l'autre entité.

L'établissement appliquera les règles de non-cumul aux éléments transmis par les plateaux techniques lorsqu'il établira la facture du passage aux urgences.

2.2.6 PS6 – Biologie – 2 sous-traitants



Le service d'urgence enregistre l'admission sur son logiciel de gestion des urgences et l'information est transmise à la GAP ; le cas échéant, le service d'urgence peut enregistrer directement l'admission en utilisant l'interface utilisateur de la GAP.

La GAP notifie l'admission à l'ensemble des logiciels utiles grâce à un flux IHE-PAM.

Le service d'urgence a recours à un laboratoire de biologie médicale pour le bilan de biologie et à l'EFS pour le groupe sanguin.

Dans le cas des urgences, le laboratoire de biologie médicale et l'EFS doivent mettre en attente la facturation à l'établissement des actes réalisés.

Lorsque le patient quitte les urgences, le service d'urgence informe notamment la GAP de la sortie et de la classification CCMU du patient. L'établissement va notifier le laboratoire de biologie médicale de la sortie externe des urgences grâce à un flux IHE-PAM.

le laboratoire de biologie médicale et l'EFS sont en mesure de facturer le supplément biologie (SUB, SB1, SB2) à l'établissement.

L'établissement appliquera les règles de non-cumul aux suppléments urgence biologie transmis par le laboratoire de biologie médicale et par l'EFS lorsqu'il établira la facture du passage aux urgences.

2.3 Cas d'usage Facturation du séjour

Qu'il s'agisse d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation classique, le principe de la facturation à l'assurance maladie et les échanges nécessaires avec les plateaux techniques restent les mêmes.

L'établissement va appliquer la réglementation à la globalité du séjour, et ce indépendamment des plateaux techniques qui ont contribué à la prise en charge, afin d'établir les factures du séjour.

Pour que l'établissement soit certain de disposer de toutes les factures des plateaux techniques intervenant pendant le séjour, il doit disposer, pour chaque plateau technique, d'une information sur le statut de la facturation des actes du séjour du point de vue de chaque plateau technique.

Pour assurer l'intégrité de la facturation du plateau technique en regard de la facturation du séjour par l'établissement, il est indispensable que les modifications apportées par l'établissement à la facturation de chaque plateau technique soient remontées à ces derniers au plus tard au moment du règlement par l'établissement des actes produits par chaque plateau technique.

2.3.1 FE1 – Facturation du séjour à l'AMO

				
 Application des règles de facturation et émission de la facture séjour	← Emission de la facture séjour	Actes facturés/annulés	Actes facturés/annulés	
 Rejet de la facture séjour	← Rejet de la facture séjour			
 Correction et émission facture séjour	← Emission de la facture séjour	Actes facturés/annulés	Actes facturés/annulés	
 Règlement de la facture séjour par l'AMO	← Règlement de l'établissement			

À la fin du séjour, l'établissement va établir les factures du séjour destinées au patient et à l'assurance maladie.

L'établissement va appliquer la réglementation à la globalité du séjour, indépendamment des plateaux techniques qui ont contribué à la prise en charge afin d'établir les factures séjour.

L'établissement va ensuite envoyer la facture séjour à l'assurance maladie obligatoire, puis attendre soit le règlement de la facture séjour, soit son rejet pour non-conformité à la réglementation.

Dans le cas d'un rejet, l'établissement est en mesure de modifier la facturation, puis de renvoyer une facture séjour à l'assurance maladie.

Si le plateau technique souhaite être informé des éventuelles modifications de facturation apportées par l'établissement lors du processus de facturation à

l'assurance maladie, la mise en œuvre d'un flux retour des actes facturés et non facturés vers le plateau technique est indispensable à chaque fois qu'une facture séjour est émise vers l'assurance maladie. Ceci nécessite la mise en œuvre d'un identifiant unique à chaque acte pour un domaine de production donné.

2.3.2 FE2 – Facturation établissement à L'AMC



L'établissement va, le cas échéant, envoyer une facture séjour à l'AMC du patient pour prise en charge de la part complémentaire en tiers-payant et, comme pour l'assurance maladie obligatoire, un flux retour sera envoyé au plateau technique contenant le statut « émise » de la facture séjour à la complémentaire ainsi que les codes regroupement utilisés.

2.3.3 FE3 – Facturation à un tiers



Dans certains cas, l'établissement facture le séjour à un organisme tiers, par exemple une entreprise ou un autre établissement de santé (PIE), qui se substitue au patient et à l'assurance maladie pour prendre en charge les frais de séjour.

Comme pour les autres débiteurs, l'établissement utilisera le flux retour de la facturation du plateau technique pour indiquer le statut émis de la facture et son identifiant de facture.

2.3.4 FE4 – Facturation au patient



Dans le cas où le patient n'est couvert ni par l'assurance maladie française, ni par aucun autre débiteur reconnu par l'établissement, la facture du séjour est produite à destination du patient.

Comme pour les autres débiteurs, l'établissement utilisera le flux retour de la facturation du plateau technique pour indiquer le statut émis de la facture et son identifiant de facture.

2.4 Cas d'usage Règlement du plateau technique

La règle généralement appliquée lors du règlement des factures séjours par l'assurance maladie obligatoire et par les complémentaires est d'effectuer le règlement des actes réalisés par les praticiens de l'établissement ou des plateaux techniques sur un compte mandataire tenu par l'établissement.

Certains professionnels de santé sont réglés directement par l'assurance maladie des actes qu'ils ont réalisés dans le cadre d'un passage aux urgences ou d'un séjour d'hospitalisation.

2.4.1 RG1 – Règlement par l'établissement



Dans le cas d'un règlement du plateau technique par l'intermédiaire du compte mandataire de l'établissement, l'établissement effectue un virement bancaire au plateau technique concernant un certain nombre de factures.

L'établissement doit envoyer un flux d'information vers le plateau technique concernant le virement effectué et les éléments de facturation du plateau technique concernés afin que ce dernier effectue le lettrage automatique du compte client.

2.4.2 RG2 – Règlement Direct de l'Assurance maladie obligatoire



Dans le cas d'un règlement direct de l'assurance maladie obligatoire vers le plateau technique, le seul identifiant de facturation que connaît l'assurance maladie est le numéro de facture du séjour, envoyé en référence dans le flux Noemie qui notifie le règlement au plateau technique.

Il est donc important que le plateau technique gère ce numéro de facture séjour, émis par l'établissement, en amont du processus de règlement direct.

2.4.3 RG3 – Règlement Direct de L'AMC au plateau technique



Dans le cas d'un règlement direct de l'assurance maladie complémentaire vers le plateau technique, le seul identifiant de facturation que connaît l'AMC est le numéro de facture du séjour.

Il est donc important que le plateau technique gère ce numéro de facture séjour, émis par l'établissement, en amont du processus de règlement direct.

2.4.4 Le règlement direct au plateau technique

Selon la réglementation en vigueur, tous les actes ou forfaits facturés à l'assurance maladie doivent passer par une facturation émise par l'établissement en charge du séjour d'hospitalisation ou du passage aux urgences.

Le règlement de la partie qui concerne un plateau technique peut être déclenché en **paiement direct** au plateau technique.

Dans ce cas, l'établissement ne reçoit aucune information concernant le règlement du plateau technique par l'assurance maladie et le plateau technique dispose d'une information moins détaillée sur le règlement puisqu'il reçoit un retour Noemie identifiant le numéro de la facture séjour émise par l'établissement de santé et d'un montant. Il est donc important que le plateau technique ait bien identifié ce numéro de facture établissement au retour d'information de la facturation du séjour.

L'assurance maladie réglant en principe la totalité des factures séjours, il ne devrait pas exister trop de difficulté pour rapprocher les sommes recouvrées des factures du plateau technique si les flux bidirectionnels de synchronisation de la facturation des actes est réalisée.

Des erreurs de règlements ou des cas particuliers peuvent éventuellement réclamer une attention particulière sur leur prise en compte dans les logiciels.

Pour gérer correctement le recouvrement, il est également important d'avoir récupéré une information à jour – au plus tard au moment de la facturation du séjour par l'établissement – sur la couverture assurance maladie obligatoire et complémentaire du patient.

Remarque : il est important de signaler que tout le processus ROC de règlement des organismes complémentaire a été conçu pour un règlement via un compte mandataire des établissements. Tout processus de dématérialisation des règlements directs des complémentaires aux plateaux techniques devra faire l'objet d'un accord entre plateau technique et complémentaire. Les flux d'information provenant de l'assurance maladie relevant des spécifications Noemie, ils sont exclus de la présente étude.

3 Spécifications fonctionnelles d'interopérabilité

L'ensemble des cas d'usage liés au processus de facturation/règlement entre établissements d'hospitalisation et plateaux techniques indépendant font apparaître les besoins d'interopérabilité sur les cinq objets suivants :

1. Prise en charge administrative aux urgences, dont la prise en charge AMO/AMC du patient
2. Classification CCMU du patient
3. Facture plateau technique des actes réalisés
4. Statut de la facturation par le plateau technique
5. Règlement au plateau technique

Rappel concernant HprimXML V3 :

Ce standard permet l'identification et le codage des entités selon les principes FHIR autorisant une gestion multi-identifiants et multi-domaines de toutes les entités manipulées.

Dans tous les flux sortants, pour chaque entité, la règle est de transmettre au destinataire l'ensemble des identifiants reçus d'autres systèmes concernant cette entité, en plus de l'identifiant éventuellement généré par le logiciel émetteur.

Dans tous les flux entrants, pour chaque entité, la règle est de stocker tous les identifiants reçus d'autres systèmes concernant cette entité afin d'être en mesure de les restituer dans un flux sortant.

3.1 Prise en charge administrative aux urgences

3.1.1 Cible

Les plateaux techniques ont besoin de connaître quelques éléments de contexte de prise en charge pour gérer correctement la facturation de leurs actes.

Ils doivent notamment connaître le contexte d'entrée du patient dans l'établissement avec comme information minimale le statut d'hospitalisation (Hospitalisé, Externe, Urgence...).

Ils ont besoin également d'être informés de la sortie du patient et du statut de cette sortie : sortie externe ou hospitalisation dans l'établissement car c'est de cette information qu'ils pourront déduire les modalités de facturation des actes réalisés dans le contexte des urgences.

Ils ont également besoin de connaître le mode de prise en charge AMO/AMC du patient.

L'ensemble des secteurs hospitalier et imagerie ont adopté le standard international IHE-PAM pour transmettre ce type d'information, et la quasi-totalité de leurs éditeurs implémente ce standard.

Le profil IHE-PAM intègre tous les éléments nécessaires ¹:

- Entête de message : segment MSH
- Identification du patient : segment PID
- Identification du séjour : segment PV1, PV2
- Couverture AMO, AMC: segment IN1, IN2

Entête de message

Le champ MSH-9.2 renseigne le type de mouvement :

A01	Admission hospitalisé
A02	Transfert
A03	Sortie
A04	Externe
A06	Modification externe -> hospitalisé
A07	Modification hospitalisé -> externe
...	

¹ Voir l'extension française d'IHE-PAM sur le site d'Interop'Santé

Identification du patient

Le segment PID comprend les traits du patient, ses identifiants (INS, IPP...) et différentes informations utiles comme le statut de l'identité.

Identification du séjour

Le segment PV1 comprend l'identifiant de séjour (PV1-19), la localisation dans l'établissement (PV1-3).

Le champs PV1-2 – Patient Class permet de connaître le statut du séjour patient :

HL7 Table 0004 – Patient Class

Value IHE FR	Description	Libellé conseillé	Commentaires d'IHE France
E	Emergency	Passage aux Urgences	Arrivée aux Urgences
I	Inpatient	Hospitalisation	Hospitalisation complète et partielle, toutes catégories confondues, y compris soins de longue durée et HAD, maison de retraite, rééducation (SSR)
N	Not Applicable	Non applicable	Non applicable : Valeur utilisée dans la transaction ITI-30 « Patient Identity Feed »
O	Outpatient	Actes et Consultation Externe	Activité externe, y compris rétrocession de médicaments.
R	Recurring patient	Séances	Séances (et non pas Résident comme le stipulait le TF de Radiologie)

Et notamment de déterminer si le patient est dans le contexte de l'urgence :

PV1-2 = « E »

Couverture AMO/AMC

Une séquence de segments IN1, IN2 [éventuellement GT1] identifie une période de couverture pour un débiteur de type AMO, AMC ou autre débiteur.

Elle fournit les informations utiles pour identifier la CPAM ou la mutuelle ainsi que les identifiants assurés pour ces organismes ainsi que les dates début et fin de période de couverture utiles en cas de changement d'assurance en cours de séjour.

Synthèse des données nécessaires au plateau technique :

Besoin	IHE-PAM	code	IHE-PAM
Mouvement du patient (entrée, sortie, transfert...)	MSH-9.2 trigger Event	A01	Admission hospitalisé
Date du mouvement	EVN-6 : Event <u>occurred</u>	A02	Transfert
Identification du patient (INS, IPP, état-civil, adresse, date de naissance...)	PID Patient Identification	A03	Sortie
Identification du séjour (N° séjour, dates, localisation...)	PV1-19 : <u>Visit Number</u> PV1-3 : <u>Patient Location</u> PV1-44 : <u>Admit date/time</u>	A04	Externe
Statut du séjour (hospitalisé, externe, urgence...)	PV1-2 Patient Class	A06	Modification externe -> hospitalisé
Type de couverture AMO	IN1-2 : <u>Insurance plan ID = « AMO »</u>	A07	Modification hospitalisé -> externe
Caisse AMO (régime+caisse+centre)	IN1-3 : <u>Insurance company</u>	...	
NIR assuré	IN1-49 : <u>Insured's ID Number</u>	code	IHE-PAM FR
Date début couverture AMO	IN1-12 : <u>Plan effective date</u>	E	Passage aux urgences
Date fin couverture AMO	IN1-13 : <u>Plan Expiration Date</u>	I	Hospitalisation
Type de couverture AMC	IN1-2 : <u>Insurance plan ID = « AMC »</u>	N	Non applicable
Identifiant AMC (identifiant ROC)	IN1-3 : <u>Insurance company</u>	O	Actes et consultations externes
N° d'adhérent AMC	IN1-49 : <u>Insured's ID Number</u>	R	Séances
Date début couverture AMC	IN1-12 : <u>Plan effective date</u>		
Date fin couverture AMC	IN1-13 : <u>Plan Expiration Date</u>		

Remarque : le plateau technique ne va prendre en compte que les informations qui lui sont utiles pour déterminer le statut du patient dans le cadre de son passage aux urgences. Se reporter aux spécifications d'IHE-PAM et la documentation IHE-PAM FR pour l'implémentation.

Recommandation : dans la mesure du possible, le serveur de mouvement doit filtrer les envois de messages IHE-PAM au plateau technique en fonction de l'utilité de ces messages pour le plateau technique.

Il est inutile d'envoyer un message IHE-PAM au plateau technique si le plateau technique ne participe pas à la prise en charge du patient dans le cadre d'un passage aux urgences ou d'une hospitalisation.

3.1.2 Trajectoire de migration

Les établissements et plateaux techniques qui ont déjà mis en œuvre une interface HprimSanté 2.x peuvent continuer à l'utiliser avec les contraintes suivantes :

Le contexte ADM qui permet à l'établissement d'informer le plateau technique d'une admission, d'une sortie et de lui fournir des éléments de couverture tiers-payant est assez peu déployé. Lorsqu'il est déployé, le flux est en général utilisé au moment de l'admission mais n'est pas envoyé à chaque changement (autres types de mouvements, changement de couverture sociale...)

Le contexte ORM véhicule une partie des informations patient utile à l'exception de la couverture tiers-payant.

L'appui sur HprimSanté V2.x implique pour les établissements et plateaux techniques de mettre en place le contexte ADM en gérant de manière impérative les éléments suivants :

Besoin	HprimSanté	code	libellé
Mouvement du patient (entrée, sortie, transfert...)	P-8.25 statut de l'admission	OP	Sortie
Date du mouvement	P-8.24 date de mouvement	IP	Entrée
Identification du patient (INS, IPP, état-civil, adresse, date de naissance...)	P-8.3, P-8.12...	IO	Entrée-Sortie
Identification du séjour (N° séjour, dates, localisation...)	P-8.5.1 : Autre identifiant du patient P-8.26.3 : Service hôte	ER	Entrée urgence
Statut du séjour (hospitalisé, externe, urgence...)	P-8.25 statut de l'admission	MP	Mouvement ou modification données patient
Type de couverture AMO	Segment AP	PA	<u>Pré-admission</u>
Caisse AMO (<u>régime+caisse+centre</u>)	AP-23.9,10,11		
NIR assuré	AP-23.6 : numéro d'immatriculation		
Date début couverture AMO	AP-23.4 : date début validité		
Date fin couverture AMO	AP-23.5 : date fin validité		
Type de couverture AMC	Segment AC		
Identifiant AMC (identifiant ROC)	AC-24.4 : code organisme		
N° d'adhérent AMC	AC-24.4 : Numéro adhérent mutuelle		
Date début couverture AMC	AC-24.5 : date début contrat		
Date fin couverture AMC	AC-24.6 : date fin contrat		

Le statut d'admission doit être géré impérativement, notamment les admissions classiques (IP, IO) et l'admission en urgence (ER), la sortie (OP) et le transfert (MP).

La compréhension du contexte d'urgence s'appuiera sur le statut « ER » et la compréhension du mode de sortie s'appuiera sur le statut « OP » ou « MP » associé à un service d'hospitalisation dont le plateau technique gèrera l'attribut « urgence » par paramétrage.

Avant de déployer cette interface dans un contexte précis établissement-laboratoire, il faudra vérifier que l'absence de gestion des domaines d'identification du standard n'est pas un obstacle à son bon fonctionnement.

L'interface HprimSanté 2.x ne sera pas suffisante pour assurer la maîtrise du statut du patient notamment car aucun processus de mise à jour de mouvement n'est prévu dans le standard, de plus, comme l'historique des mouvements est absent de cette interface, il est impératif d'être à l'écoute en permanence afin d'éviter de perdre un épisode dans le séjour de patient: le plateau technique ne sera donc jamais sûr à 100% du contexte patient.

3.2 Classification CCMU du patient

Dans le contexte de la facturation d'un passage aux urgences, la GAP de l'établissement a besoin de connaître la classification du patient selon la CCMU afin d'établir le supplément « Etat patient », le cas échéant en fonction de la présence d'actes CCAM associés.

Le service d'urgence doit transmettre cette information à la GAP, lorsqu'elle est connue mais aussi dès qu'elle change.

In fine, la GAP doit avoir connaissance de cette information au plus tard au moment de facturer le passage aux urgences.

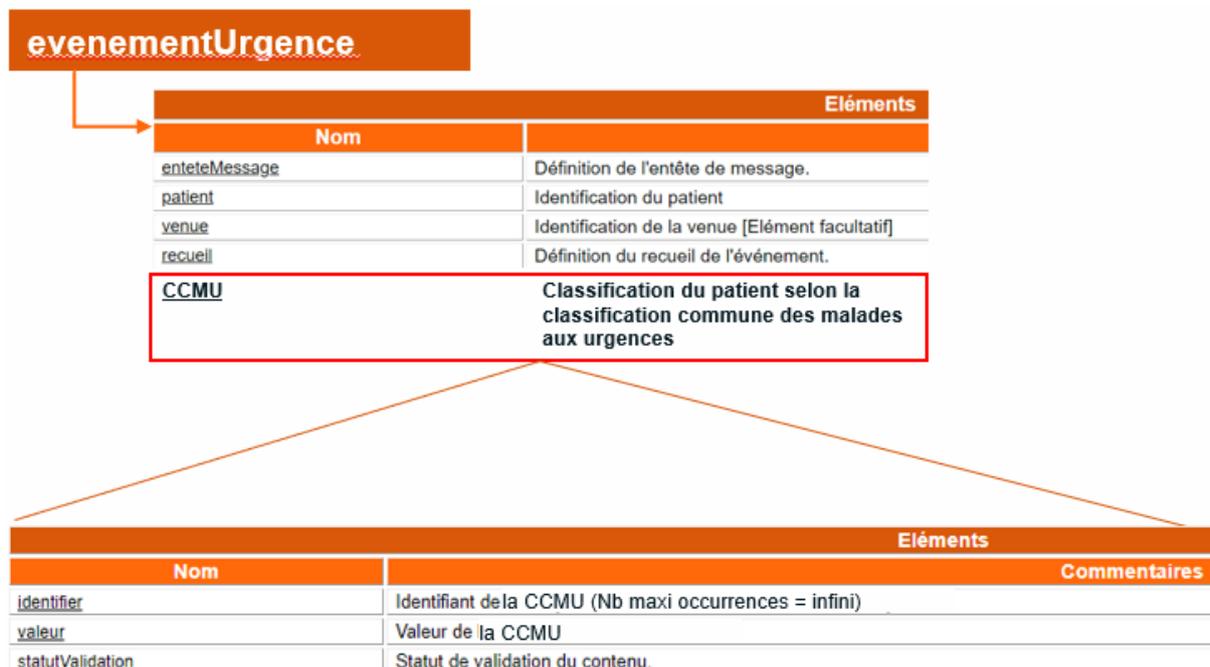
Concernant les logiciels de gestion de plateau d'urgence, il est recommandé de transmettre l'information CCMU définitive au plus tard avec le mouvement de sortie des urgences ou de transfert. L'information peut également être transmise en amont à chaque évaluation de la CCMU du patient par l'urgentiste.

3.2.1 Cible

L'objectif est de transmettre le code CCMU du patient dès qu'il est établi par l'urgentiste et à chaque fois qu'il est réévalué.

Le standard HprimXML V3.x est adapté pour cet objectif puisqu'il est construit sous forme de services unitaires liés à une action dans un processus.

L'information de la GAP passera par l'invocation du webservice `evenementUrgence` d'HprimXML V3.2 dans lequel on retrouve les informations utiles du patient, de la venue et du recueil, informations communes à d'autres webservices d'HprimXML V3.x.



Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V3.x
Ajout du service evenementUrgence

3.2.2 Trajectoire

Pour les établissements disposant déjà d'un flux **HprimXML V2.x - evenementServeurActes** des urgences à la GAP, l'information peut être véhiculée dans ce flux au niveau du segment intervention.



intervention [typeIntervention]	
Intervention de rattachement.	
Eléments	
Nom	Commentaires
identifiant	identifiant de l'intervention
debut	Date de début de l'intervention [Elément facultatif]
fin	Date de fin de l'intervention [Elément facultatif]
uniteFonctionnelle	Précise le lieu ou l'intervention est effectuée. [Elément facultatif]
participants	Liste des participants à l'intervention. [Elément facultatif]
libelle	Libellé. [Elément facultatif]
demande	Origine de la demande d'intervention. [Elément facultatif]
piecesJointes	[Elément facultatif]
commentaire	Commentaire générique. [Elément facultatif]
uniteFonctionnelleHebergement	Précise le lieu d'hébergement du patient ou l'intervention est effectuée. [Elément facultatif]
blocOperatoire	[Elément facultatif]
extensionTemporaires	[Elément facultatif]

Ajout du code CCMU [Facultatif]
Valeurs possibles : P,1,2,3,4,5,D

Attributs			
Nom	Commentaire	Valeur	Information
CCMU	CCMU	P	Patient présentant un problème ...
		1	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. Pas d'AC.
		2	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables. AC...
		3	Etat lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés susceptibles de...
		4	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Sans Rea
		5	Situation pathologique engageant le pronostic vital. Rea
		D	Patient décédé

Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V2.x
Ajout d'un attribut CCMU au segment intervention

3.3 Facture plateau technique des actes réalisés

3.3.1 Cible

Un établissement est potentiellement en relation avec plusieurs plateaux techniques qui vont lui transmettre des actes réalisés.

Chacun de ces plateaux techniques va créer, modifier, annuler des actes en utilisant son propre identifiant d'acte. L'établissement va également modifier, annuler et créer des actes pour le compte des plateaux techniques par application de la réglementation de la facturation hospitalière.

La nécessité de mettre en œuvre une interface bidirectionnelle permettant de maintenir dans l'ensemble des logiciels l'intégrité des actes conduit à faire le choix d'HprimXML V3.x pour soutenir ces échanges.

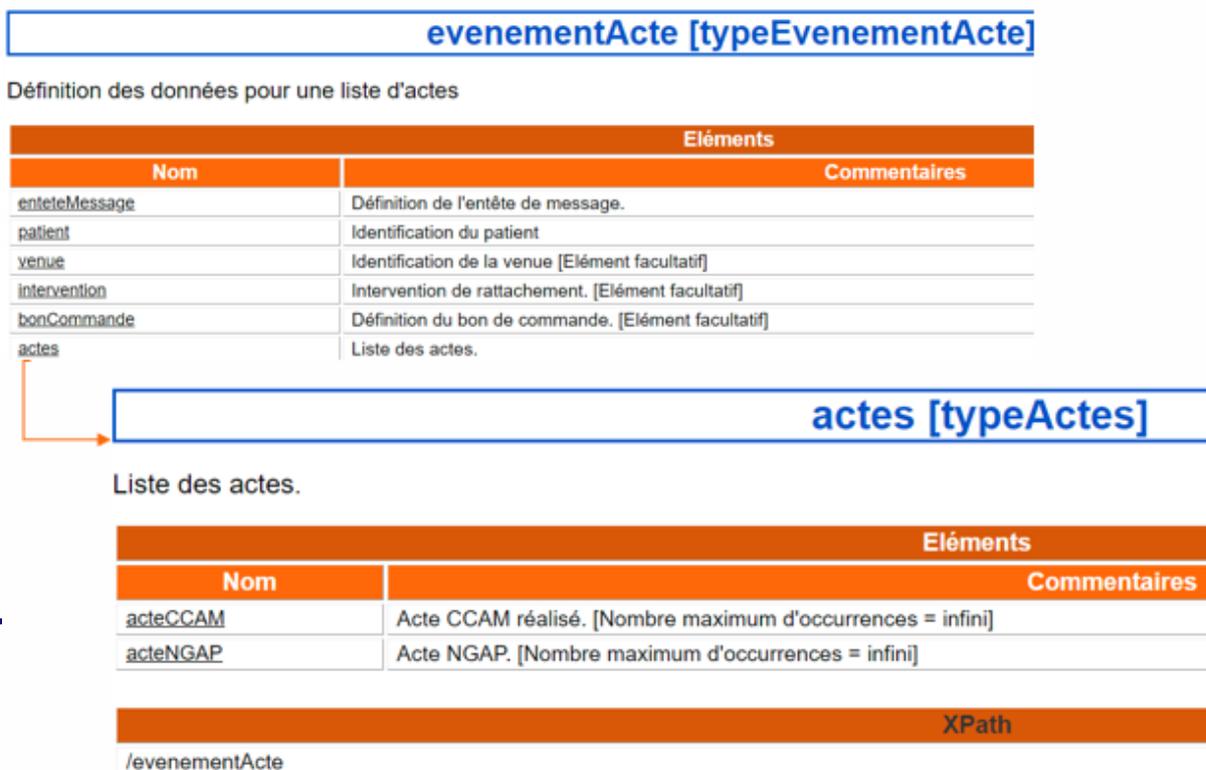
La gestion d'identifiants multi-domaines, compatible FHIR, d'HprimXML V3 permet de pérenniser les investissements des éditeurs et de leurs clients.

Le service `evenementActe` permet d'échanger des actes réalisés, facturés ou non entre deux logiciels, par exemple entre une GAP et un plateau technique.

La balise **facturable** des segments `acteNGAP` et `acteCCAM` permettra de différencier les actes envoyés pour facturation par le plateau technique des actes réalisés mais non facturables envoyés pour la remontée d'activité à l'ATIH.

*Bonne pratique : dans les anciens standards certains logiciels utilisent le montant à zéro pour indiquer un acte non facturable. Les échanges HprimXML V3.x étant bidirectionnels, l'établissement est en mesure de déterminer un montant pour un acte et renvoyer l'information au plateau technique. Il est donc important d'utiliser la balise « **facturable** » pour ces actes et non le montant à zéro.*

Ce service permet de référencer le patient, éventuellement la venue, l'intervention et un bon de commande et contient une liste d'actes CCAM ou NGAP :



Chaque acte possède un **identifiant** multi-occurrence et multi-domaine. Lorsqu'un logiciel crée un acte, il lui attribue un **identifiant** unique sur son propre domaine d'identification.

Lorsqu'un logiciel reçoit un acte d'un autre système, il stocke toutes les occurrences d'**identifiant** qui lui sont transmises. S'il a besoin de gérer un **identifiant** sur son propre domaine, il l'ajoute à la liste d'**identifiant** de l'acte.

Lorsqu'un logiciel émet un acte à un autre logiciel, il lui fournit la liste exhaustive des **identifiant** dont il a connaissance.

Cette pratique permettra à chaque logiciel de maîtriser les flux d'actes y compris dans le cas d'échanges avec des acteurs multiples (SI plateau technique, SI PMSI, GAP, ...).

Exemple 1 : un patient passe une radiographie du crâne dans un contexte d'urgence :

Le SI imagerie (domaine 234876189), qui a connaissance du contexte d'urgence, va envoyer les actes à la GAP :

Domaine/identifiant	Type	Acte	Facturable
234876189/65498727898	CCAM	LAQK003	non
234876189/65498727937	NGAP	SIM	oui

Le patient a passé un scanner dans une autre structure d'Imagerie dans le cadre de son passage aux urgences ; la GAP, au moment d'établir la facture applique la règle de non-cumul des suppléments urgence et supprime le supplément imagerie conventionnelle ; la GAP va renvoyer l'acte modifié au plateau technique sous le même identifiant d'acte :

Domaine/identifiant	Type	Acte	Facturable
234876189/65498727937	NGAP	SIM	non

Exemple 2 :

Dans le cadre d'un séjour hospitalier, un patient a un ensemble d'actes sur un plateau technique (domaine 234876189). Le plateau technique envoie ces actes à l'établissement :

Domaine/identifiant	Type	Acte	Facturable	action
234876189/65498727898	CCAM	XXXXNNN	oui	POST
234876189/65498727937	CCAM	XXXXNNN	oui	POST
234876189/65498728245	CCAM	XXXXNNN	oui	POST

234876189/65498728374	CCAM	XXXXNNN	oui	POST
-----------------------	------	---------	-----	------

Le DIM de l'établissement détecte une erreur de codification sur un des actes réalisés par le plateau technique et corrige cette codification. Le SI du DIM va annuler logiquement l'acte à remplacer et créer un nouvel acte en lui attribuant un identifiant sous son propre domaine (765298128) puis transmettre les modifications au SI du plateau technique :

Domaine/identifiant	Type	Acte	Facturable	Annulé
234876189/65498727937	CCAM	XXXXNNN	oui	DELETE
765298128/7856324913846	CCAM	XXXXNNN	oui	POST

Exemple 3 :

Dans le cadre d'un séjour hospitalier, un patient a un bilan de biologie réalisé par un laboratoire de biologie médicale indépendant (domaine 564712964) et un groupe sanguin+dépistage effectué par l'EFS (domaine 468197321).

Le laboratoire va envoyer la facturation du bilan de biologie à l'établissement :

Domaine/identifiant	Type	Code/Mt/Coef	Facturable	action
564712964/45321578925	NGAP	571/B1,62/6	oui	POST
564712964/45321578932	NGAP	592/B1,62/6	oui	POST
564712964/45321578933	NGAP	9005/B4,59/17	oui	POST
564712964/45321578934	NGAP	9105/B1,35/5	oui	POST
564712964/45321578939	NGAP	1104/B5,94/22	oui	POST
564712964/45321578941	NGAP	514/B1,35/5	oui	POST
564712964/45321578943	NGAP	536/B9,45/35	oui	POST
564712964/45321578947	NGAP	1601/B1,62/6	oui	POST
564712964/45321578952	NGAP	1609/B2,7/10	oui	POST
564712964/45321578958	NGAP	9004/B7,02/26	oui	POST
564712964/45321578963	NGAP	127/B5,4/20	oui	POST
564712964/45321578964	NGAP	522/B2,43/9	oui	POST
564712964/45321578978	NGAP	591/B1,35/5	oui	POST

L'EFS va également envoyer sa facturation :

Domaine/identifiant	Type	Code/Mt/Coef	Facturable	action
468197321/25485465412	NGAP	9105/B1,35/5	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	3784/B14,85/55	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	4122/B59,4/220	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	388/B13,77/51	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	1716/B27/100	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	1713/B22,95/85	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	1754/B18,9/70	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	1718/B14,85/55	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	323/B14,85/55	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	322/B14,04/52	oui	POST
468197321/25485465412	NGAP	351/B14,85/55	oui	POST

L'établissement va émettre la facture du passage aux urgences mais ne peut pas facturer deux fois le forfait de sécurité 9105 ; il va envoyer une modification de la facture à l'EFS :

Domaine/identifiant	Type	Code/Mt/Coef	Facturable	action
468197321/25485465412	NGAP	9105/B1,35/5	oui	DELETE

Gestion du numéro de facture émis par le plateau technique

La notion de facture du plateau technique n'est pas un élément structurant côté établissement qui consolide la facture séjour à partir des actes.

Il est néanmoins important du point de vue du plateau technique et c'est au logiciel de plateau technique de gérer la cohérence de sa facturation.

Le numéro de facture du plateau technique (balise factureRealisateur des segments acteCCAM et acteNGAP) est donc un élément d'information sur l'acte transmis dont le caractère obligatoire fonctionne sur le principe du « requis si connu ».

Ceci implique que, sur un acte annulé ou supprimé, la GAP doit renvoyer le numéro de facture du plateau technique tel qu'il lui a été préalablement transmis. Sur un acte de plateau technique créé par la GAP, celle-ci peut fournir un numéro de facture plateau technique si elle est en mesure de le déterminer en fonction des autres actes mais n'est pas tenue de le faire lorsque ces propres règles de facturation ne le lui permettent pas. Ce sera au plateau technique de décider du rattachement de l'acte créé par l'établissement à une facture existante ou de créer une nouvelle facture.

Bonne pratique : l'établissement et le plateau technique ne doivent jamais supprimer un acte physiquement mais le noter comme annulé afin de pouvoir poursuivre des échanges autour de cet acte avec son partenaire.

Remarque : cette gestion souple de la notion de facture plateau technique permet à chaque entité de rester libre d'appliquer ces propres règles sur la constitution des factures, la réglementation ne portant que sur la facturation du séjour au niveau des actes.

Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V3.x
Ajout de la balise factureRealisateur au segment acteNGAP

Rappel : la balise factureRealisateur contient un identifiant compatible à FHIR contenant le numéro de facture ainsi que la date de la facture.

Information sur les parts patient/AMO/AMC facturées et réglées

Afin de pallier une non-concordance parfaite de la gestion des tarifs règlementaires entre l'établissement et le plateau technique, le plateau technique a besoin de disposer d'une information sur les montants effectivement facturés par l'établissement au patient, à l'AMO et à l'AMC concernant ses prestations.

Le flux retour des actes **evenementActe** permet de véhiculer cette information :

typeMontantDebiteur	
Nom	Description
<u>montantAMO</u>	Part de l'acte ou du forfait facturée à l'AMO
<u>montantAMC</u>	Part de l'acte ou du forfait facturée à l'AMC
<u>montantPatient</u>	Part de l'acte ou du forfait facturée au patient

L'établissement, à l'émission d'une facture, enverra un flux d'information au plateau technique mentionnant les parts effectivement facturées et réglées par débiteur en utilisant la balise **montantsDebiteur** de type **typeMontantsDebiteur** :

Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V3.x
Ajout de la balise montantDebiteur

Important : le caractère bidirectionnel du flux de synchronisation de la facturation nécessite l'implémentation des deux flux dans le même standard

3.3.2 Trajectoire

3.3.2.1 HprimXML V2.x

Beaucoup de flux existent sur le terrain en HprimXML V2 notamment entre les plateaux techniques d'imagerie et les GAP. Mais ces flux ne sont implémentés que dans le sens plateau technique vers GAP.

Il est envisageable de s'appuyer sur ces flux pour gérer les échanges bidirectionnels liés à la facturation des actes des plateaux techniques.

Il appartient aux éditeurs de décider si la mise en œuvre d'un flux bidirectionnel sur la version 2 d'HprimXML est souhaitable en terme d'investissement au vu des limitations fonctionnelles, notamment concernant la gestion d'identifiants multi-domaines.

Selon les flux existants et/ou nécessaires entre l'établissement et ses plateaux techniques, on pourra s'appuyer sur la gestion d'identifiant des actes implémentée dans HprimXML V2.x en s'assurant que la notion d'identifiant émetteur et récepteur présente dans ce standard est suffisant pour le contexte de déploiement local.

Il ne sera toutefois pas possible d'identifier avec certitude les actes créés par l'établissement pour le compte du plateau technique.

Remarque : les actions POST et DELETE d'HprimXML V3 sont remplacées par la gestion de l'attribut action présent sur les segments acteCCAM et acteNGAP (voir documentation HprimXML V2.x).

Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V2.x

Ajout de la balise factureRealisateur au segment acteNGAP

3.3.2.2 HprimSanté 2.x

Certains laboratoires de biologie médicale transmettent les factures à l'établissement en HprimSanté 2.x en utilisant le contexte FAC (facturation). Le standard HprimSanté 2.x permet d'envoyer le numéro de facture du plateau technique et les actes NGAP mais ne dispose pas d'identifiant d'acte.

Ces flux sont déployés en mono-directionnel.

Ils peuvent continuer d'être utilisés pour transmettre les actes du plateau technique de biologie à l'établissement.

Pour gérer correctement la mise à jour éventuelle des actes par le plateau technique, le plateau technique doit renvoyer systématiquement la facture complète et la GAP doit prendre en compte le numéro de facture de l'émetteur pour procéder à un éventuel annule et remplace de l'ensemble des actes préalablement transmis.

Le laboratoire peut intégrer à ce flux de facturation les actes non facturables sans les caractériser en tant que tels, notamment dans le cadre de la facturation d'un supplément urgence biologie ; la GAP devra appliquer les règles de facturation des urgences pour ne pas facturer les actes et ne retenir que le supplément biologie.

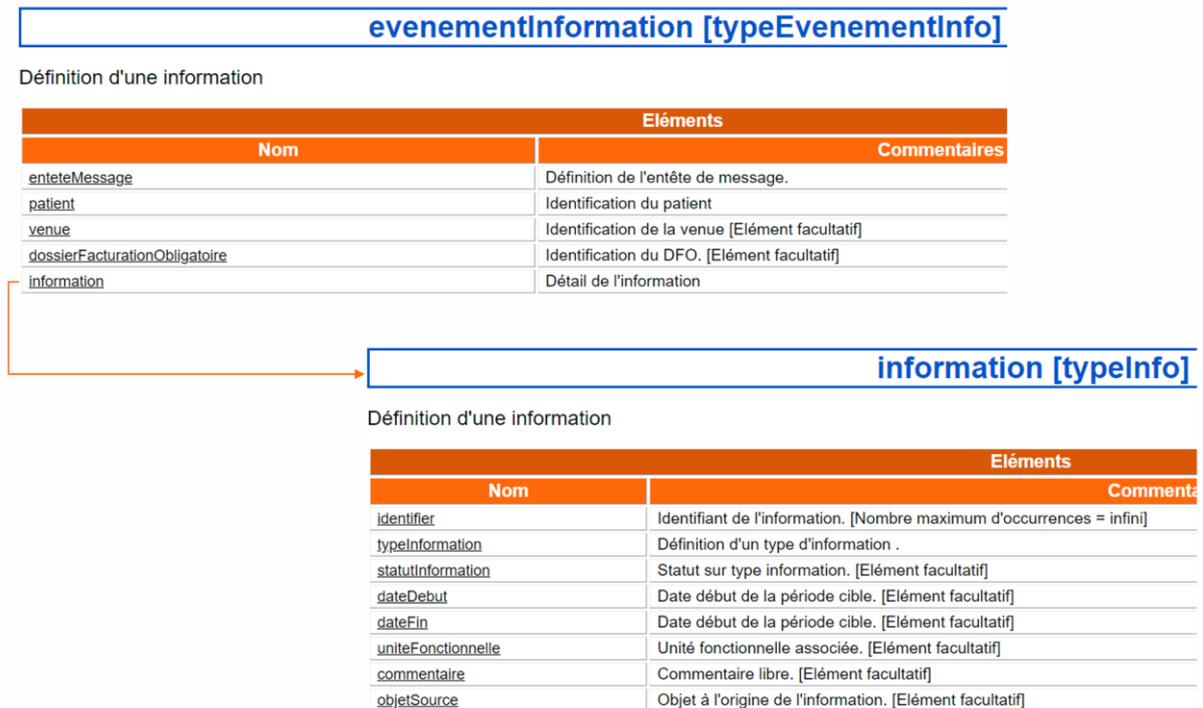
Contraintes :

L'absence de flux retour ne permet pas d'assurer une vision cohérente de la facturation des actes de biologie par l'établissement à l'assurance maladie. Le laboratoire de biologie médicale devra gérer manuellement les écarts de facturation.

3.4 Statut de la facturation du plateau technique

Pour que la GAP sache si la facturation du séjour est complète, le plateau technique va fournir un statut de la facturation relative à un identifiant de séjour à chaque évènement susceptible de faire évoluer ce statut.

Dans le standard HprimXML V3, la communication de ce statut s'appuie sur le service `evenementInformation` qui permet d'envoyer une information concernant un patient ou un séjour :



Dans ce cas d'usage, l'identification du patient et de la venue sont obligatoires et on utilise le `typeInformation` « `dossierComplet` » qui permet de véhiculer le statut de la facturation du séjour du point de vue du plateau technique :

Le « `statutInformation` » peut prendre les trois valeurs :

valide	La facturation est complète
attente	La facturation est en attente
inconnu	Le séjour est inconnu du plateau technique

Définition du statut :

Le statut est « valide » si toutes les prescriptions et demandes d'examen liées au séjour du patient ont été réalisées et facturées (ou si aucune prescription ou demande d'examen n'existe pour ce séjour).

Le statut est en « attente » si au moins une prescription ou une demande d'examen est en attente de réalisation ou non facturée.

Le statut est « inconnu » si le plateau technique ne connaît pas l'identifiant du séjour.

Envoi du statut à la GAP :

A chaque fois que le plateau technique reçoit une prescription ou une demande d'examen, il doit positionner le statut à « attente » et l'envoyer à la GAP.

A chaque fois que le plateau technique envoie des actes à l'établissement, il positionnera le statut à « attente » si il reste, pour le séjour concerné, des éléments de prescription ou de demande d'examens potentiellement à facturer ou « valide » si toutes les prescriptions et demandes d'examens ont été facturées, et il envoie ce statut à la GAP.

Dans le cas où le plateau technique n'a eu aucune prescription ou demande d'examen pour un séjour patient, il n'enverra jamais de statut spontanément. Il est donc utile pour la GAP de disposer d'un moyen d'interroger le plateau technique sur le statut de facturation d'un séjour.

Demande de statut par la GAP :

Si la GAP a besoin du statut « dossierComplet » du plateau technique, la GAP interrogera le plateau technique sur le numéro de séjour concerné et le plateau technique lui retournera le statut du séjour du point de vue facturation plateau technique grâce au service `evenementInformation` en mode GET.

3.5 Règlement au plateau technique

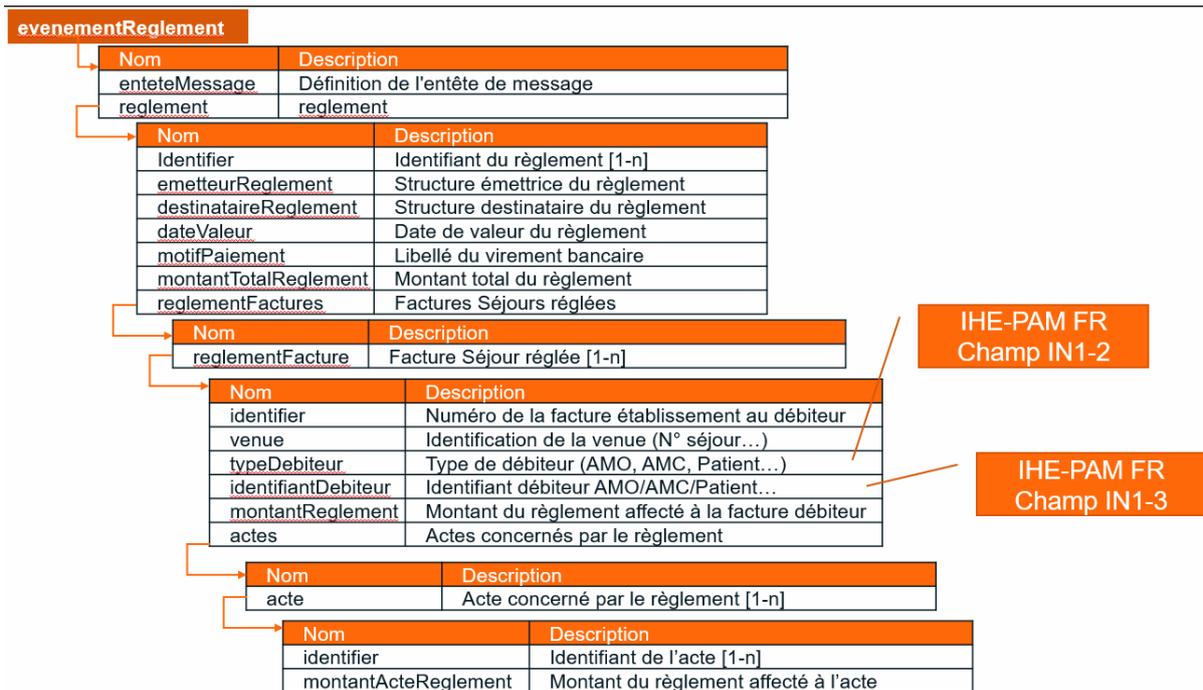
Le flux règlement nécessaire à la bonne gestion comptable des plateaux techniques nécessite la conception d'un nouveau flux s'appuyant sur le standard HprimXML V3.

L'objectif est de générer, à chaque virement effectué, un flux de l'établissement vers le plateau technique comportant les informations utiles du virement et le détail des actes réglés par ce virement.

La ventilation des règlements AMO/AMC/Patient par actes résulte en partie d'une ventilation artificielle effectuée par la GAP à partir des règlements reçus des débiteurs.

Les virements concernent en général un ensemble de factures de plusieurs patients et les règlements AMO/AMC/patient d'un même séjour ou d'un même passage aux urgences ne sont pas nécessairement réglés par le même virement.

On utilisera le nouveau service baptisé `evenementReglement` décrit ci-dessous.



Lors de l'émission du virement, l'établissement enverra à destination du plateau technique un flux d'information concernant ce virement et détaillant les éléments concernés par ce règlement :

Informations permettant le rapprochement avec le relevé de banque :

- Date de valeur
- Libellé du virement bancaire tel qu'il est communiqué dans les échanges interbancaires
- Montant total du virement

Informations permettant d'identifier les factures concernées par le virement bancaire pour un lettrage automatique du compte client :

- Numéro de la facture séjour débiteur (AMO, AMC, patient...)
- Montant réglé sur ce débiteur pour cette facture séjour
- Identification de la venue (Numéro du séjour,...)
- Actes concernés par le règlement
 - Identifiant(s) unique(s) de l'acte
 - Montant du règlement affecté à l'acte

Interop'Santé – évolution du standard HprimXML V3.x

Ajout du service evenementReglement

Gestion des incidents

Dans le cas où le plateau technique recevrait un règlement pour un acte qu'il ne connaît pas, il est en mesure de récupérer toutes les informations sur l'acte en question en demandant à la GAP par appel du webservice « retour de facturation » en précisant l'identifiant de l'acte dans sa requête (domaine/identifiant).

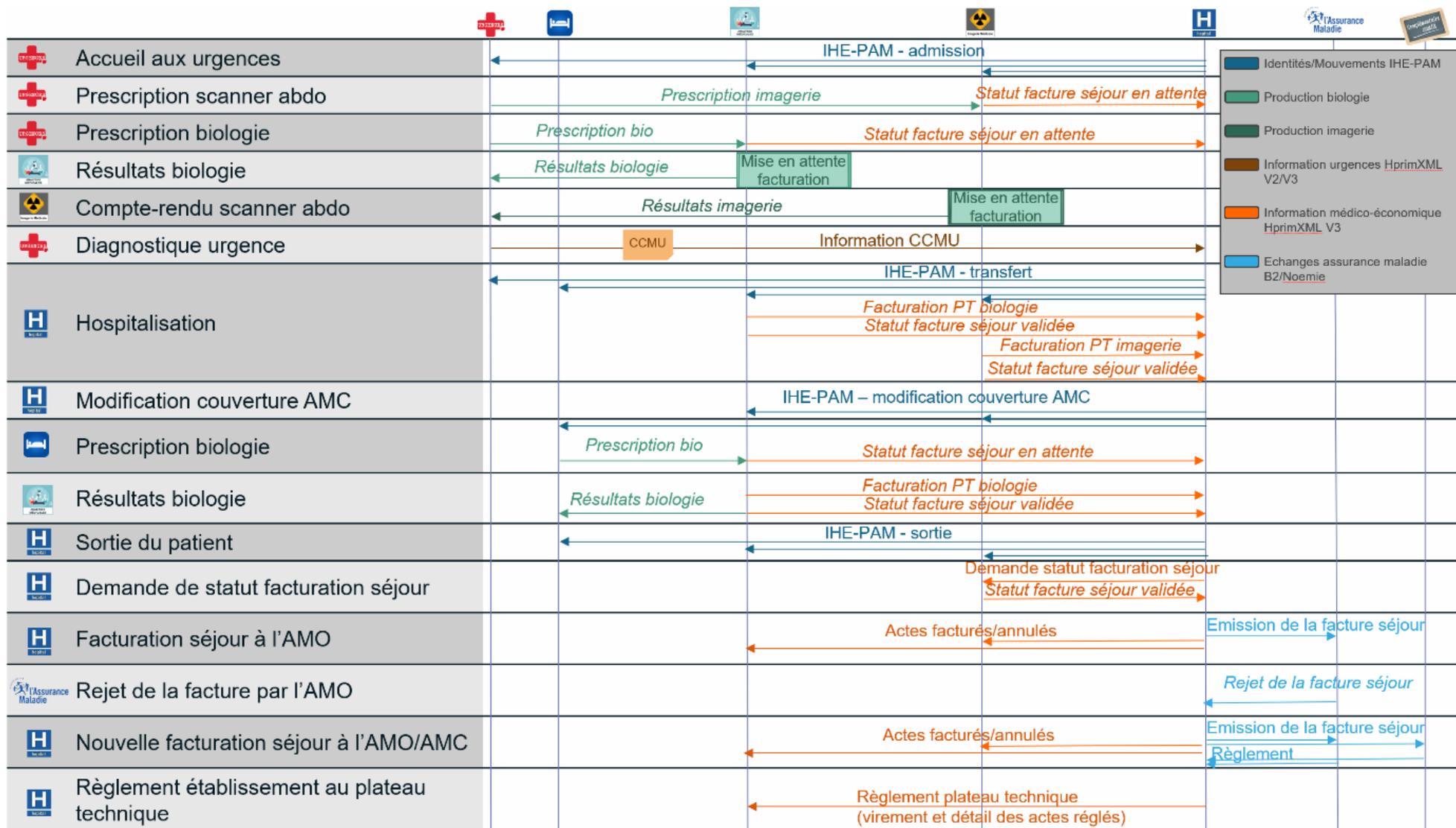
La GAP lui retournera les informations dont elle dispose sur cet acte.

3.6 Exemple de flux en cible IHE-PAM et HprimXML V3

Un patient est admis aux urgences, passe un scanner abdominal et des examens de biologie. Il est ensuite transféré dans un service de gastro-entérologie, subit à nouveau un examen de biologie et sort de l'établissement.

La GAP demande le statut de facturation au scanner, puis, la facturation à l'AMO est émise, rejetée par l'AMO et à nouveau émise. La facture AMC est ensuite émise.

Le plateau technique reçoit un virement bancaire correspondant à un ensemble de séjours.



4 Développement & déploiement des solutions

4.1 Urgences

Les plateaux techniques d'urgence doivent mettre en place un flux permettant d'alimenter la GAP avec la classification CCMU du patient.

Standard cible

HprimXML V3 – message `evenementUrgence`



Si le logiciel d'urgence émet déjà un flux HprimXML V2 `serveurActe`, l'attribut CCMU peut être véhiculé par ce flux.

Si ce flux n'existe pas, il est souhaitable d'investir sur le flux cible HprimXML V3 `message evenementUrgence`.

	HprimXML V3	HprimXML V2
Investissement	Faible	Faible
Bénéfice fonctionnel	Fort	Fort si la gestion d'identifiants multi-domaine n'est pas nécessaire
Perennité	Forte	Assez forte

4.2 Prise en charge administrative aux urgences

Pour assurer l'information du plateau technique sur le statut du patient dans le cadre des urgences, la mise en œuvre du standard IHE-PAM FR est recommandée.

Afin de ne pas inonder le plateau technique de messages inutiles, il est recommandé de filtrer l'envoi des messages : exemples de filtres :

- N'envoyer les messages que s'il y a modification d'information utile au plateau technique (mouvement entrée/sortie/hospitalisation/transfert, identité du patient ou données de couverture AMO/AMC)
- Ne pas envoyer de données si le patient ne fait pas l'objet d'une prise en charge par le plateau technique (absence de prescription ou de demande d'examen...)

Standard cible

IHE-PAM FR





L'usage d'HprimSanté V2.x est possible mais n'assurera jamais l'exhaustivité de l'information.

La mise en œuvre du flux ADM doit être réalisée non seulement au moment de l'admission comme c'est le cas généralement mais aussi à chaque évolution d'une des données utiles au plateau technique (mouvement patient, couverture AMO/AMC...).

L'exhaustivité ne sera jamais complète car le standard HprimSanté ne sait pas véhiculer de modification sur les mouvements passés.

	IHE PAM FR	HprimSanté V2.x
Investissement	Assez Fort	Moyen
Bénéfice fonctionnel	Fort	Moyen
Perennité	Forte	Faible

4.3 Synchronisation bidirectionnelle de la facturation

La synchronisation de la facturation est un élément clé pour une comptabilité rigoureuse côté plateau technique.

Standard cible

HprimXML V3.x



La cible reste le standard HprimXML V3 pour assurer la totalité des échanges d'information nécessaires à la synchronisation des éléments de facturation.

C'est le seul standard permettant la gestion d'identification multi-domaine, permettant notamment la création d'actes par plusieurs entités et plusieurs logiciels (plateaux techniques, établissement...). Le mode de transport en webservice sécurise les échanges et est le seul qui assure une compatibilité avec FHIR grâce à sa représentation des identifiants et des codes identiques à FHIR.

Le flux bi-directionnel de synchronisation de la facture du plateau technique est complété par l'envoi du statut de complétude de la facturation du séjour pour les actes du plateau technique et le service d'interrogation du statut du séjour sur la complétude de la facturation du séjour par le plateau technique. L'utilisation de HprimXML V2 est possible sous réserve de s'assurer que l'absence de gestion d'identifiants d'acte par domaine peut être pallié par une gestion de l'émetteur du message. Néanmoins, cette absence de gestion des identifiants d'acte multi-

domaine ne permettra pas d'assurer une fiabilité totale de la transmission au plateau technique des actes créés par l'établissement.

HprimXML V2 est développé et déployé uniquement dans le sens plateau technique vers établissement ; la question se pose de l'investissement dans le flux retour en HprimXML V2 alors que le standard cible est HprimXML V3 et que les deux flux aller et retour doivent utiliser le même standard.

L'utilisation du standard HprimSanté V2.x peut être maintenu en gérant les modifications de facture du plateau technique par annule et remplace mais ne permettra pas d'assurer la synchronisation des actes nécessaire à l'automatisation du processus. Des procédures manuelles devront être maintenues dans cet objectif.

	HprimXML V3	HprimXML V2	HprimSanté V2.x
Investissement	Fort	Fort	Faible
Bénéfice fonctionnel	Fort	Assez fort	Très Faible
Perennité	Forte	Assez forte	Très faible

4.4 Information détaillée sur les règlements

Standard cible

HprimXML V3.x



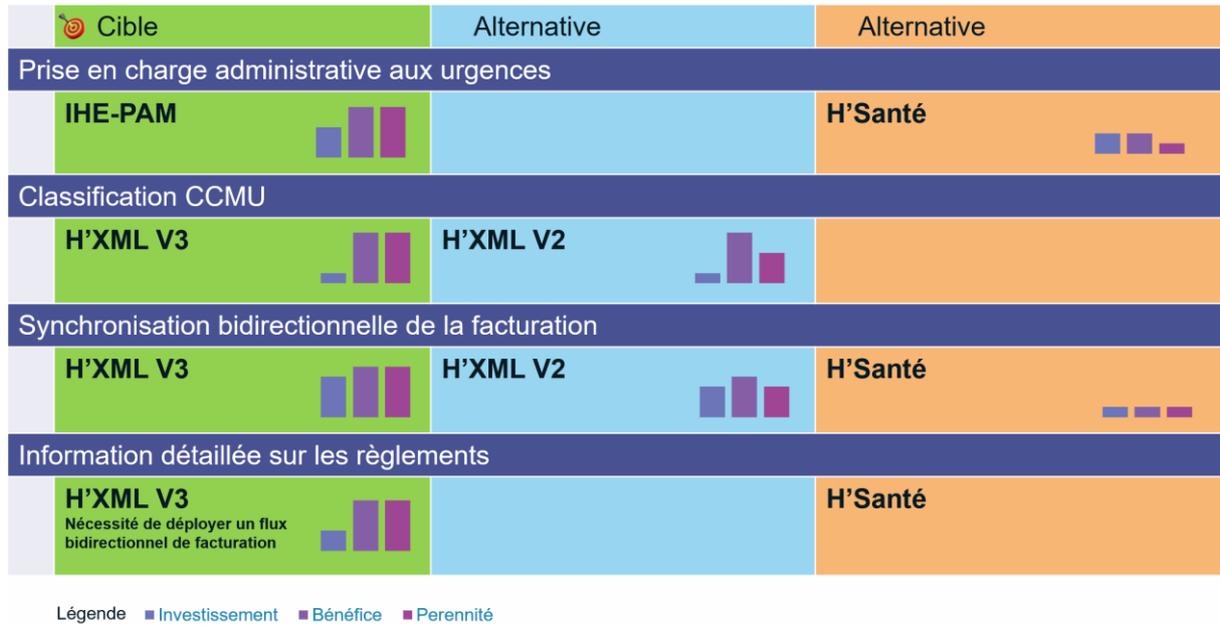
En l'absence de standard permettant d'atteindre l'objectif – Hprim Santé 2.x est trop éloigné de l'objectif pour qu'un usage ou une évolution de ce standard puisse être envisagée - le service evenementReglement est intégré à HprimXML V3.

Il est important de noter que le déploiement des flux de **synchronisation bidirectionnelle** de la facturation est un **prérequis** au déploiement du flux règlement.

	HprimXML V3	HprimSanté V2.x
Investissement	Assez fort	Nul
Bénéfice fonctionnel	Fort	Nul
Perennité	Forte	Nulle

4.5 Conclusion

Le choix d'implémentation des standards cibles représente un investissement un peu plus important pour les éditeurs et leurs clients vs l'alternative d'un standard plus ancien mais ce choix est assuré d'une pérennité beaucoup plus importante et d'une couverture plus complète des besoins clients.



A. Glossaire

AMC	Assurance maladie complémentaire
AMO	Assurance maladie obligatoire
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
B2 (Norme)	Norme de télétransmission de factures inter-régimes
CCAM	Classification commune des actes médicaux
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
Druides	Dispositif de remontée unifié et intégré des données des établissements de santé
FHIR	Fast Healthcare Interoperability Resources
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
GAP	Gestion administrative du patient
GHT	Groupement hospitalier de territoire
HprimXML	Standard d'échange de données intra-hospitalier
HL7	Health Level 7, standard international d'échange du secteur santé
IHE	Integrating the Healthcare Enterprise
IHE-PAM	Profil d'intégration IHE : Patient Administration Management
INS	Identifiant national de santé
IPP	Identifiant permanent du patient
IRM	Imagerie par résonance magnétique
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PIE	Prestations Inter-Etablissements
ROC	Remboursement des organismes complémentaires
RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé

SI	Système d'information
SIH	Système d'information hospitalier
UF	Unité fonctionnelle

B. Références

Programme Simphonie	https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie/simphonie
Réforme des urgences	Simphonie, intégration des outils numériques aux parcours (solidarites-sante.gouv.fr)
IHE France	http://www.interopsante.org/412_p_15688/documents-publics-de-reference.html
HprimXML	http://www.interopsante.org/412_p_19348/documents-publics.html

C. Groupe de travail

Experts

Jérôme DUVERNOIS, eSanté Solutions

Eric DUFOUR, Selic

Contributeurs

Thomas LACHAUME, Okantis

Florence MATHIEU, Berger Levrault

Céline SEGHAIRIA, Berger Levrault

Stéphane BORDE, Berger-Levrault

Marjorie COUZINIER, Clarysis

Nicolas MOREAU, CPage

Valérie DUHAMEL, CPage

Christine BRUNIE, Dedalus

Alexandre BOSLE, Dedalus

Jérôme MOUCHET, Dedalus

Stéphane UMHANG, Dedalus

Eric LAURENT, Dedalus

Carole BANCEL, Dedalus

Charlotte SAVIO, Dedalus

Baptiste COURONNE, Dedalus

Laurent CASTELLI, EDL

Karine TASTET, EDL

Kylian LOPEZ, EDL
Philippe RAFFARD, EDL
Isabelle BALLESTER, Evolucare
François MILLOT, Evolucare
Gilles JUVING, Evolucare
Isabelle DE MONTEIL, Intersystems
Marie CHATENET, Intersystems
Nicolas VOSSAERT, Intersystems
Wissem LARBI, Intersystems
Marisol LABORDE, Maincare
Frédéric DECHANET, Maincare
Cédric FASENTIEUX, Maincare
Catherine RENET, Softway Medical
Loïc CHAVANERIN, Softway Medical
Michel MOSCONI, Softway Medical
Laurent SMADJA, Softway Medical
Guillaume BOUSQUET, Softway Medical
Stéphane WARIDEL, Softway Medical