

SANTÉ

ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Gestion

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

Direction générale de l'offre de soins

Sous-direction du pilotage
de la performance de l'offre de soins (PF)

Programme SIMPHONIE

Instruction n° DGOS/PF1/2016/82 du 18 mars 2016 relative au programme SIMPHONIE, aux 3 projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016

NOR : AFSH1607979J

Validée par le CNP le 4 mars 2016. – Visa CNP 2016-32.

Date d'application : immédiate.

Catégorie : directives adressées par les ministres aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant, de l'examen particulier des situations individuelles.

Résumé : la présente instruction présente le programme SIMPHONIE et les modalités de déploiement des trois projets liés au parcours administratif du patient. Les ARS sont sollicitées pour sélectionner les établissements qui intégreront la deuxième vague de déploiement des projets « parcours administratif des patients ».

Mots clés : SIMPHONIE – facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) – facturation – paiement – recouvrement – expérimentation – part patient – établissement de santé – parcours administratif patients.

Annexes :

- Annexe 1. – Rappel du contenu du programme SIMPHONIE.
- Annexe 2. – L'expérimentation des trois projets « parcours patient » menée en 2015 auprès de 29 établissements (vague 1).
- Annexe 3. – Dispositif de déploiement prévu au sein des 35 établissements qui s'engageront dans la démarche en 2016 (vague 2) pour les projets « parcours patient ».
- Annexe 4. – Contacts.

La ministre des affaires sociales et de la santé à Mesdames et Messieurs les directeurs généraux d'agence régionale de santé; Mesdames et Messieurs les directeurs d'établissement de santé public et privé non lucratif (pour mise en œuvre).

1. Le programme SIMPHONIE doit permettre aux établissements de sécuriser leurs recettes et d'optimiser le parcours patient

Le reste à charge du bénéficiaire des soins – c'est-à-dire le montant restant à payer par le patient après prise en compte de ses droits assurances maladie obligatoire et complémentaire - représente 3 % de la facturation hospitalière (1,4 milliard d'euros sur les 46,8 milliards du total des prestations facturées¹). La majorité de ces factures sont de faible montant avec un reste à charge patient moyen de 17,2 €. Près de la moitié du montant du reste à charge patient n'est pas recouvré au bout d'un an, soient 550 millions d'euros par an.

¹ Sources : données DGFIP issues d'Helios + données AP-HP.

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan triennal et dans un contexte global de recherche d'efficacité, la sécurisation du recouvrement des recettes constitue un élément clé de l'amélioration de la situation financière des hôpitaux.

D'autre part, le parcours du patient à l'hôpital et en particulier son circuit administratif présente encore des marges d'optimisation, d'automatisation et de simplification.

En réponse à ces enjeux, le programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) a été conçu. Porté par la DGOS, avec l'appui du SGMAP, de la DSS, de la DGFIP et de l'ANAP, SIMPHONIE vise :

- à fortement simplifier le parcours administratif hospitalier du patient, depuis l'accueil du patient jusqu'à la facturation et le recouvrement, grâce à une simplification des organisations et des processus ;
- à dématérialiser tous les échanges (flux de données, documents...) liés à ce parcours entre les différents acteurs : l'usager, l'établissement de santé, le comptable public hospitalier, l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) ;
- du fait de la simplification, de la dématérialisation et de l'optimisation de la chaîne de facturation-recouvrement, à automatiser tous les processus qui peuvent l'être et de concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers (informations sur le reste à charge du patient tout au long du parcours de soins...);
- à sécuriser les recettes de l'établissement grâce à des processus de recouvrement plus efficaces et à contribuer ainsi aux objectifs d'efficacité des établissements dans le cadre du plan triennal ;
- à améliorer la transparence du processus et l'information fournie aux patients : SIMPHONIE permettra aux établissements de santé de remettre aux patients, avant leur sortie de l'hôpital, un document indiquant le montant total facturé au titre de la prise en charge, en distinguant ce qui revient à l'assurance maladie obligatoire, la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et enfin le reste à charge patient, conformément à l'article 94 de la loi de modernisation de notre système de santé.

Pour répondre à ces objectifs, 3 projets ont été expérimentés en 2015 autour de la simplification du parcours administratif du patient en complément des 10 chantiers existants dans le domaine de la facturation et du recouvrement (*cf.* présentation des 13 chantiers en annexe 1). Ces trois projets consistent à :

- mettre en œuvre une facturation à la sortie du patient, démarche accompagnée d'une action de fond sur le codage pour susciter l'intérêt de la population médicale et administrative et leur fournir les moyens nécessaires pour coder les prestations facturables avant la sortie du patient ;
- mettre en place les modalités de facturation permettant le paiement anticipé à l'entrée par le patient des actes et consultations externes (ACE), voire de certains séjours ;
- mettre en œuvre un dispositif de sécurisation à l'entrée des paiements de la part patient sous forme d'encaissement automatique par débit de carte bancaire.

2. Les modalités de déploiement des trois projets « parcours patient » en 2016

Une expérimentation de ces 3 projets auprès de 29 établissements a été menée avec succès en 2015 et a permis de confirmer l'opportunité de déployer ces actions à plus large échelle, en parallèle de la poursuite de la généralisation des 10 autres projets.

Le comité de pilotage SIMPHONIE² a donc validé le principe d'un élargissement progressif de ces 3 projets selon les modalités suivantes :

2016 : un déploiement des projets à 35 nouveaux établissements en complément des 29 déjà engagés dans la démarche :

- poursuite du déploiement dans les 29 établissements ayant déjà engagé la démarche en 2015 (vague 1 déployée entre 2015 et 2017) avec l'accompagnement d'un prestataire sélectionné et financé par la DGOS.
- lancement de la démarche dans 35 nouveaux établissements (vague 2 déployée en 2016-2017) :
 - fin avril 2016 : choix des établissements par les ARS sur la base d'une présélection effectuée par l'équipe projet SIMPHONIE ;

² Le COPIL SIMPHONIE est composé de la DGOS (direction générale de l'offre de soins), de la DSS (direction de la sécurité sociale), de la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), de la DGFIP (direction générale des finances publiques), du CISS (collectif interassociatif sur la santé) et du SGMAP (secrétariat général à la modernisation de l'action publique).

- fin avril/début mai 2016: validation de la liste des établissements par la DGOS;
- mai 2016: lancement de la démarche dans les établissements retenus avec l'accompagnement d'un prestataire sélectionné et financé par la DGOS;
- de mai 2016 à fin 2016: déploiement des trois projets dans les établissements, accompagnés par le prestataire. Des précisions sur ces modalités de déploiement et sur les actions à mettre en œuvre par les établissements figurent en annexe 3;
- la méthodologie « Lean management » sera utilisée en appui au déploiement de ces 3 projets;

à partir de 2017: une généralisation progressive des 3 projets « parcours patient » SIMPHONIE sera réalisée dans l'ensemble des établissements ex-DG, EPS en lien avec la mise en œuvre des GHT, et PNL, selon des modalités à préciser courant 2016 (vague 3).

3. Modalités de sélection des établissements pour 2016

L'équipe projet SIMPHONIE transmettra à chaque ARS, concomitamment à la publication de la présente instruction, une présélection des établissements de leur région et un nombre indicatif d'établissements à retenir. Ces établissements auront été sélectionnés sur la base de différents critères: enjeux financiers (évalués en particulier à partir du niveau de reste à recouvrer part patient), établissements en grande difficulté financière, avancement du déploiement de FIDES dans l'établissement, maturité et capacité à mobiliser des équipes....

Je vous remercie donc de bien vouloir procéder au choix des établissements qui s'engageront dans la démarche en 2016 à partir de cette liste. Le choix devra être communiqué à la DGOS par courriel (gilles.hebbrecht@sante.gouv.fr; julie.lagrave@sante.gouv.fr) au plus tard pour le 29 avril 2016, accompagné d'un dossier de candidature complété par chacun des établissements.

Pour la ministre et par délégation :

Le directeur général de l'offre de soins,
J. DEBEAUPUIS

*Le secrétaire général
des ministères chargés des affaires sociales,*
P. RICORDEAU

ANNEXE 1

RAPPEL DU CONTENU DU PROGRAMME SIMPHONIE

Pilotage du programme

Sous la coordination du chef de programme SIMPHONIE, une équipe projet nationale dédiée est en place au sein de la DGOS pour piloter, déployer le programme et accompagner les ARS et les établissements.

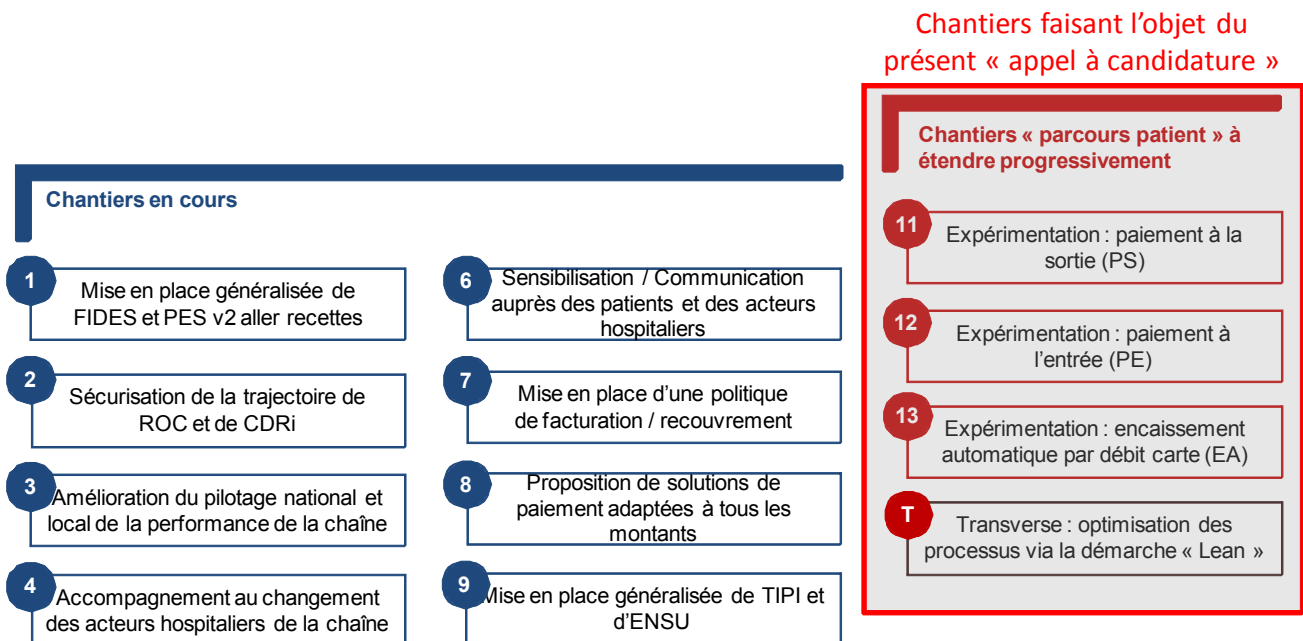
Cette équipe projet DGOS travaille en partenariat avec l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), le SGMAP (Secrétariat général à la modernisation de l'action publique), la DSS (Direction de la sécurité sociale), la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés), la DGFIP (Direction générale des finances publiques) et autres partenaires en tant que de besoin.

Le COPIL SIMPHONIE est composé de la DGOS, de la DSS, de la CNAMTS, de l'ANAP, de la DGFIP, du CISS (Collectif interassociatif sur la santé) et du SGMAP.

Le programme SIMPHONIE englobe 13 projets complémentaires :

- des projets déjà en cours de généralisation (projets 1 à 10 ci-dessous: FIDES, PES V2, ROC, TIPI, CDRI, ENSU...) permettront d'améliorer la qualité de la facturation hospitalière (avec notamment la vérification en ligne des droits vis-à-vis de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et des organismes AMC et donc:
 - de simplifier le dialogue entre le patient, l'établissement de santé, l'AMO et l'AMC, avec une prise en charge systématique en tiers payant;
 - de simplifier le dialogue sur le reste à charge entre les établissements de santé et les patients;
- trois projets dont l'expérimentation a commencé en 2015, plus centrés sur le parcours patient (projets 11 à 13 ci-dessous: paiement à l'entrée, paiement à la sortie, encaissement automatique) permettront:
 - de simplifier le parcours administratif des patients au sein de l'hôpital (gain de temps sur les files d'attente à l'enregistrement et à l'encaissement; moindres déplacements entre les lieux de soins et ceux administratifs; limitation des passages en caisse aux seuls patients ayant un reste à charge à régler...);
 - d'apporter tout au long du parcours de soins (et notamment lors des hospitalisations) des simulations sur la prise en charge par l'AMC et le reste à charge pour le patient en fonction de l'évolution de son parcours de soins (nouvel épisode de soin...) et des choix effectués par le patient (chambre particulière...);
 - de systématiser le paiement par le patient de son reste à charge avant sa sortie de l'hôpital (à la caisse, avec une borne de paiement...).

Les 13 chantiers du programme SIMPHONIE :



Chantiers déjà en cours de généralisation (chantiers 1 à 10)

Chantier 1 – Mise en place généralisée de FIDES et PES V2 recettes

Facturer directement, individuellement et au fil de l'eau la part obligatoire des prestations de soins, de manière dématérialisée, et mettre à disposition de la puissance publique les parcours exhaustifs et détaillés des patients, chaînant les soins de ville et l'hôpital.

Dématérialiser les pièces comptables et mettre en place la signature électronique.

Chantier 2 – Sécurisation de la trajectoire de ROC et de l'implémentation de CDRi hospitalier

Sécuriser le calendrier du déploiement de ROC pour répondre à l'enjeu principal des établissements à l'heure actuelle – la gestion de la relation avec les organismes complémentaires – afin de libérer des ressources pour améliorer la gestion de la relation patient.

Sécuriser l'implémentation de CDRi hospitalier pour permettre l'acquisition automatisée des droits du patient auprès de l'AMO, quelle que soit sa caisse d'affiliation, afin de diminuer le temps alloué à cette tâche et de limiter les rejets de factures.

Chantier 3 – Amélioration du pilotage national et local de la performance de la chaîne

Disposer d'une visibilité sur toute la recette hospitalière aux niveaux national et local.

Disposer d'indicateurs clés sur la performance de la chaîne accueil/facturation/recouvrement, permettant d'assurer son pilotage.

Conduire ou impulser des actions permettant d'augmenter l'efficacité de la chaîne et de sécuriser les recettes.

Chantier 4 – Accompagnement au changement des acteurs hospitaliers de la chaîne

Assurer la montée en compétences des agents et des cadres administratifs hospitaliers sur des thématiques clés de l'accueil/facturation/recouvrement.

Assurer la montée en compétences des agents et des cadres administratifs hospitaliers pour permettre l'expérimentation/la mise en œuvre des cibles identifiées dans le cadre du programme.

Chantier 5 – Professionnalisation de la filière accueil/facturation/recouvrement

Structurer une filière professionnelle accueil – facturation – recouvrement dans une optique d'optimisation de l'articulation des différentes fonctions mobilisées et de montée en compétence et de professionnalisation de l'ensemble des acteurs de la chaîne.

Chantier 6 – Sensibilisation/communication auprès des patients et des acteurs hospitaliers

Changer la perception/sensibiliser les patients (et les acteurs hospitaliers) à l'importance du règlement.

Chantier 7 – Mise en place d'une politique nationale de facturation/recouvrement des faibles montants

Optimiser les coûts de gestion au regard des montants recouverts des factures de faible montant. Harmoniser les pratiques locales en matière de facturation des faibles montants.

Chantier 8 – Proposition de solutions de paiement adaptées à tous les assurés

Proposer un panel de moyens/solutions de paiement satisfaisant l'ensemble des usagers et, ainsi, améliorer la qualité du service rendu et moderniser l'image de l'hôpital public: carte bancaire, SMS, bornes de paiement, TIPI...

Limiter l'utilisation des chèques, actuellement premier moyen de paiement, pour limiter les coûts de gestion liés à leur traitement.

Proposer une offre de paiements compatible avec tous types de montants (petits et grands).

Chantier 9 – Mise en place généralisée de TIPI et ENSU

Intégrer les factures hospitalières des établissements publics de santé à l'espace numérique sécurisé couvrant l'ensemble des démarches des usagers et les factures émises par les organismes publics (projet ENSU).

Moderniser et dématérialiser les paiements de services publics locaux en offrant aux patients la possibilité de payer les factures par carte bancaire sur internet (projet TIPI).

Chantier 10 – Maîtrise des régies

S'assurer la maîtrise des régies pour que celles-ci puissent permettre un taux d'encaissement de 80 % du reste à charge patient le jour de la venue.

Chantiers « parcours patient » (10 à 13) faisant l'objet du présent appel à candidatures

Objectifs généraux de ces chantiers :

Facturer le maximum de dossiers avant que le patient ne quitte l'Établissement de santé.

Optimiser l'encaissement pendant la présence du patient dans l'établissement pour les activités programmées (consultations, séjours programmés...).

Optimiser le recouvrement hospitalier en proposant systématiquement un paiement de la part patient avant la sortie de l'hôpital de ce dernier.

Chantier 11 – Paiement à la sortie

Obtenir la valorisation de la totalité des actes produits en temps réel, par la mise en place, dans tous les établissements, d'organisations assurant la coordination des acteurs impliqués, et l'adoption de mesures d'incitation et/ou d'obligation pour valoriser l'activité en temps réel.

Chantier 12 – Paiement à l'entrée

Proposer le paiement à l'entrée de la part patient pour toutes les prestations des soins qui peuvent être facturées à l'entrée.

Promouvoir une analyse des types de prises en charge réalisées en consultations externe pour déterminer ceux qui sont connus à l'arrivée du patient.

Chantier 13 – Encaissement automatique par débit de carte bancaire ou autorisation de prélèvement

Sécuriser le recouvrement du reste à charge patient.

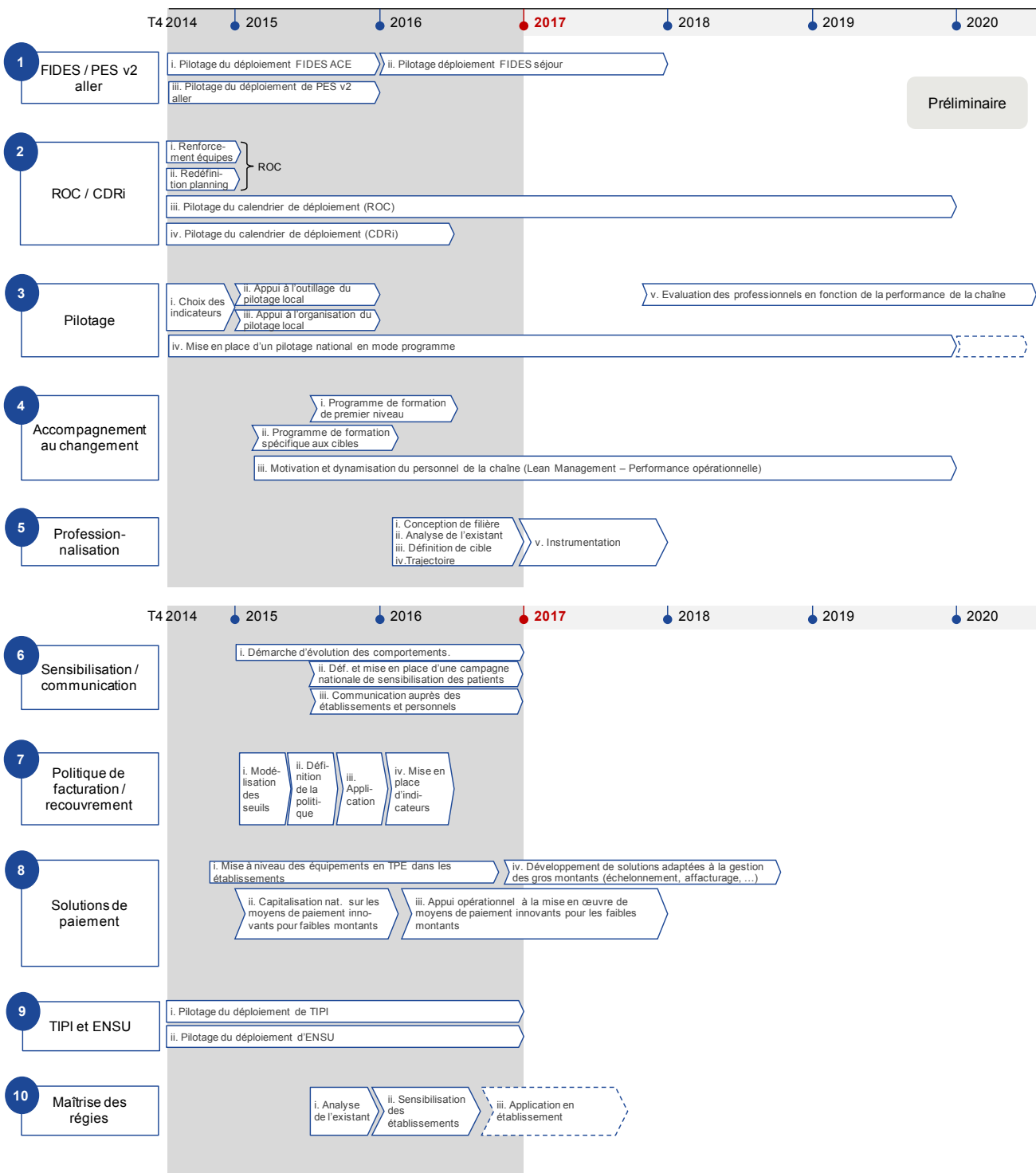
Expérimenter deux solutions :

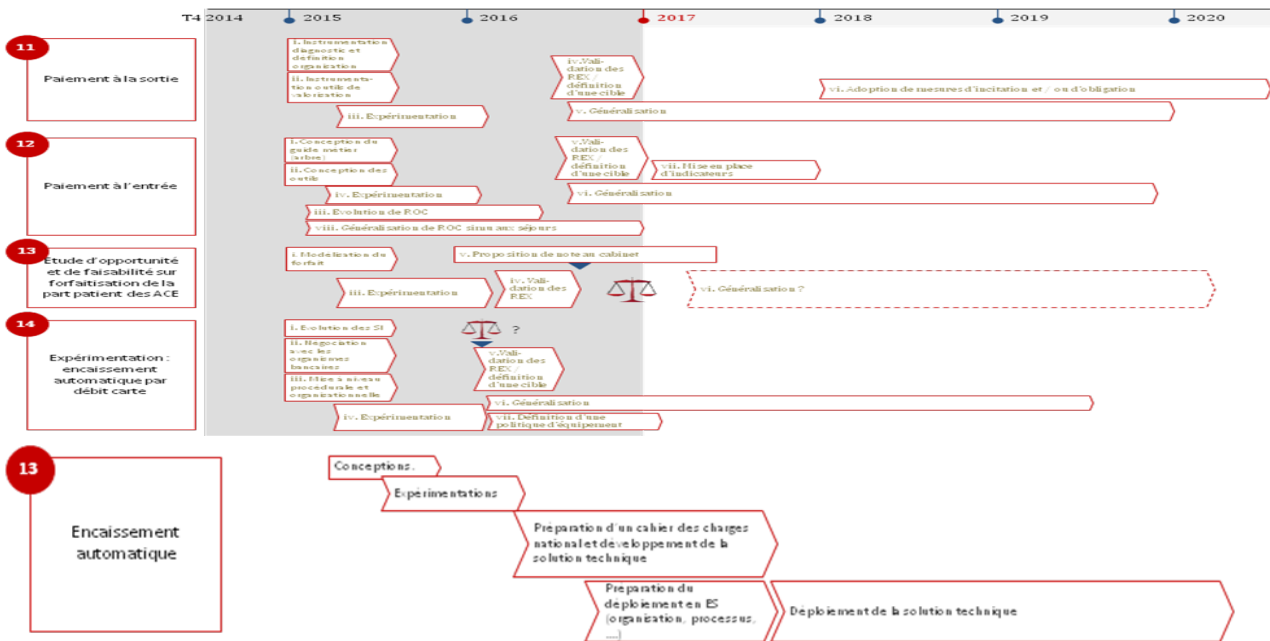
1. Initiation d'un débit carte bancaire lors de la présence du patient à l'hôpital.
2. Signature par le patient d'une autorisation de prélèvement.

Chantier transverse « Lean management »

La méthode « Lean management » ne constitue pas un chantier en tant que tel, mais une méthode transverse d'optimisation des processus qui concourt à la mise en place de l'ensemble des autres chantiers.

Planning prévisionnel de déploiement des 13 chantiers





À terme, le périmètre du programme SIMPHONIE couvrira tous les patients, toute l'activité hospitalière (actes et consultations externes, urgences, séjours, HAD, etc.) et tous les établissements de santé: publics, privés non lucratifs et lucratifs, en MCO, PSY et SSR.

ANNEXE 2

L'EXPÉRIMENTATION DES TROIS PROJETS « PARCOURS PATIENT » MENÉE EN 2015 AUPRÈS DE 29 ÉTABLISSEMENTS (VAGUE 1)

29 établissements ont expérimenté une ou plusieurs des cibles : paiement à l'entrée, paiement à la sortie, encaissement automatique :

5 CHU : Lille, Toulouse, Montpellier, Tours et Nancy ;

2 GH de l'AP-HP : Saint-Louis Lariboisière Fernand Widal et le Groupement hospitalier de l'Est Parisien ;

18 CH :

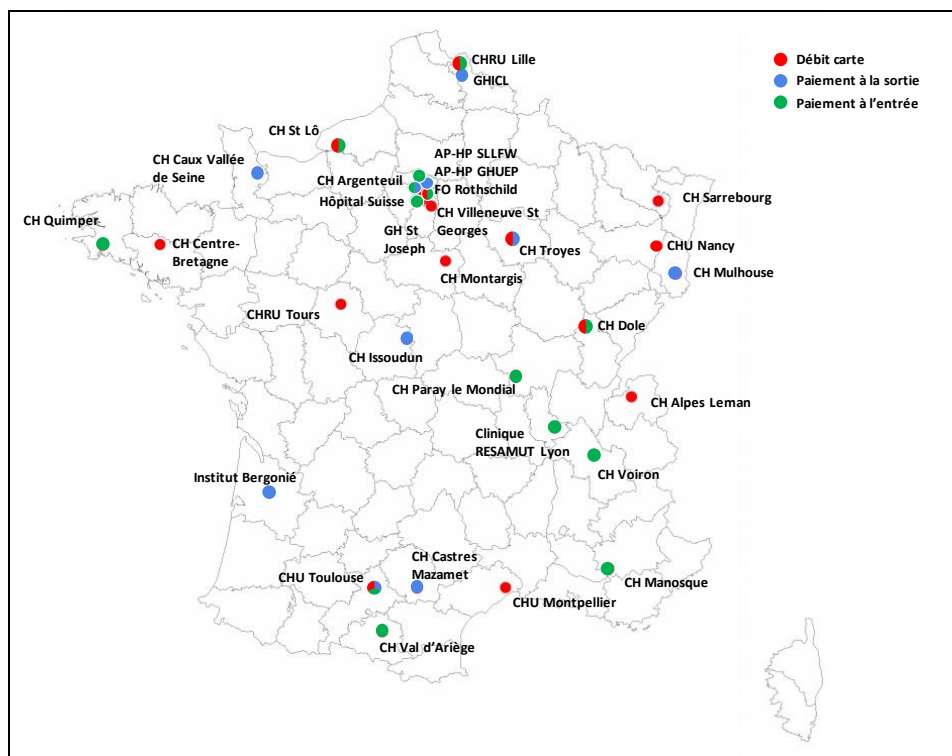
2 CH avec un CA inférieur à 20M€ : Issoudun et Caux Vallée de Seine ;

9 CH avec un CA compris entre 20 et 70 M€ : Saint-Lô, Centre-Bretagne, Sarrebourg, Montargis, Voiron, Val d'Ariège, Dôle, Manosque, Castres-Mazamet ;

7 CH avec un CA supérieur à 70 M€ : Mulhouse, Argenteuil, Alpes Léman, Villeneuve-Saint-Georges, Quimper, Paray-le-Monial, Troyes ;

4 établissements privés à but non lucratif : FO Rothschild, Clinique Resamut Lyon, GCS Institut Catholique de Lille, Institut Bergonié.

La représentativité des travaux menés est assurée : les expérimentations couvrent 73 secteurs de soins différents et 38 spécialités médicales :



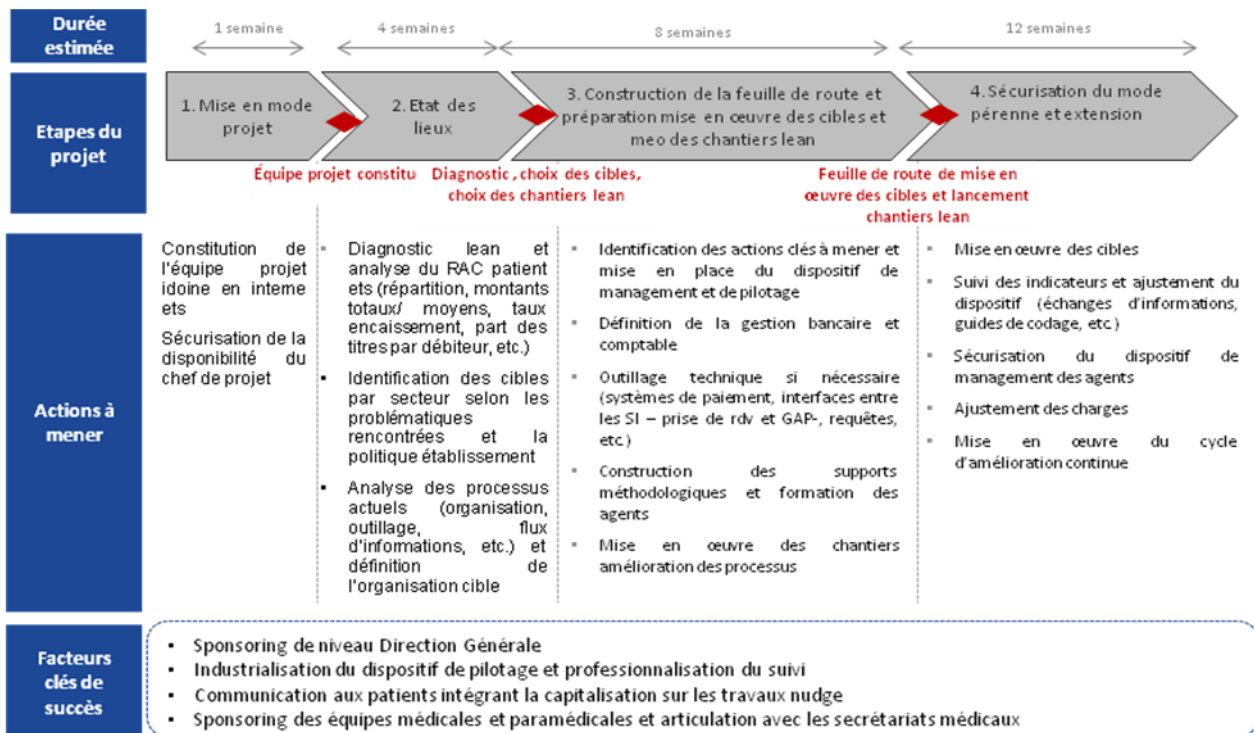
Les résultats atteints sont très encourageants :

	Paiement à l'entrée	Paiement à la sortie *	Encaissement automatique
Acceptabilité patient	73% en moyenne*	90% en moyenne	Une acceptabilité allant de 16% à 77%**
Acceptabilité agents	86% en moyenne	NC	de 30% à 100%
Nombre de patients	1 581 patients touchés	3 551 patients encaissés	166 patients touchés
Montant des paiements	Montant moyen : 12€ Montant total encaissé : 16 000€	Montants moyens HC : 74€ / ACE : 24€ Montant total : 69 516 €	Montant total encaissé : 2 737€
	*données de 9 établissements (juillet-septembre 2015)	*données de 7 établissements sur 11 (juin-octobre 2015)	**données de 4 établissements sur 5 (août-septembre 2015)

ANNEXE 3

DISPOSITIF DE DÉPLOIEMENT PRÉVU AU SEIN DES 35 ÉTABLISSEMENTS QUI S'ENGAGERONT DANS LA DÉMARCHE EN 2016 (VAGUE 2) POUR LES PROJETS « PARCOURS PATIENT »

Proposition de planning type de déploiement au sein d'un établissement: 25 semaines environ



Recommandations de déploiement:

Afin de s'assurer une mise en œuvre efficace du projet, il est recommandé:

- un portage par la direction générale;
- la nomination d'un chef de projet à mi-temps;
- la mise en place d'une équipe projet constituée des représentants des secteurs en cours de déploiement.

Les engagements des établissements sélectionnés

Les établissements sélectionnés s'engagent à mettre en œuvre les éléments suivants:

- le projet « encaissement automatique » sera mis en œuvre systématiquement dans tous les établissements. En complément, l'établissement choisira de mettre en œuvre soit l'un des deux projets « paiement à l'entrée » ou « paiement à la sortie », soit les deux projets de manière concomitante, contexte promu par l'équipe projet;
- l'équipe projet hospitalière sera disponible pour mener à bien, avec l'appui des accompagnants nationaux, les travaux nécessaires à la réussite des projets;
- l'établissement réalisera un reporting sur l'avancement du projet;
- l'établissement transmettra au prestataire les éléments nécessaires à la capitalisation et au retour d'expérience.

Dispositif d'accompagnement

L'équipement bénéficiera d'un accompagnement réalisé par un prestataire sélectionné et financé par la DGOS.

Cet accompagnement du prestataire comprendra *a minima*:

- des journées d'accompagnement sur place dans les établissements;
- un support et un accompagnement par téléphone et courriel.

Il devra permettre à l'établissement de réaliser les principales actions décrites en p.12 ci-dessus. Il devra en outre permettre à l'équipe projet nationale SIMPHONIE de disposer d'éléments de capitalisation.

En complément, l'établissement pourra également s'appuyer sur son référent « Facturation/SIMPHONIE » en ARS ainsi que sur l'équipe projet nationale SIMPHONIE.

Kits d'outils

Un kit d'outils, qui sera progressivement enrichi, sera mis à disposition des établissements et ARS sur le site <http://social-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/article/symphonie>:

- un kit de déploiement;
- des guides de bonnes pratiques;
- des modes opératoires et « arbres de décision »;
- des logigrammes;
- des retours d'expérience.



ANNEXE 4

CONTACTS

Pour plus d'information, vous pouvez contacter :

Karine Eliot : karine.eliot@sante.gouv.fr ; 01/40/56.40.52 ;

Julie Lagrave : julie.lagrave@sante.gouv.fr ; 01/40/56.82.37 ;

Gilles Hebbrecht : gilles.hebbrecht@santé.gouv.fr ; 01.40.56.50.11 ou 06.72.26.60.17.