



**EHESP**

---

**Filière Directeur d'hôpital**

Promotion : **2007 – 2009**

Date du Jury : **Décembre 2008**

---

**Le rôle du bureau des entrées dans le  
circuit de facturation au Centre  
Hospitalier des Quatre Villes: vers un  
nouveau métier pour un service au  
cœur du recouvrement**

---

**Magali NOHARET**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout d'abord Madame PACREAU-LEDAIN, Directrice du Centre Hospitalier des Quatre Villes pour m'avoir accueillie dans son établissement durant mon stage et l'ensemble de l'équipe de direction pour son accueil, Monsieur Guillaume GIRARD, Madame Hélène CAILLE-DRANCOURT, Mademoiselle Annie LELIEVRE et Monsieur Hervé PAULY.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Olivier EMBS, Directeur des services économiques et logistiques, mon maître de stage, pour la qualité de son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité durant mon stage ainsi que Madame Claudie GRESLON, Directrice des finances, des systèmes d'information et de la clientèle pour les nombreux et fructueux échanges que nous avons eu sur ce sujet.

Le temps passé à leurs côtés a été agréable tout en s'avérant être riche d'enseignements.

J'adresse également mes remerciements à l'équipe des finances, les responsables des bureaux des entrées, Madame Joëlle BOUET, mon encadrant mémoire et toutes les personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de cette étude.

Un grand merci à Jérôme pour son soutien et à Nathalie pour son aide précieuse.

Enfin, je dédie ce mémoire à mon père.

---

## Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>3</b>
<b>1 Une succession de réformes depuis 2004 : T2A, EPRD, réformes de l'assurance maladie, future Facturation directe à l'assurance maladie : une révolution pour les établissements de santé.....</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Le bouleversement des modalités de financement des établissements de santé.....</b>	<b>6</b>
1.1.1 La fin du budget global dans les établissements publics de santé.....	6
A) Un système simple .....	6
B) ...Mais avec ses limites.....	6
1.1.2 Vers un financement plus complexe : les interactions des réformes du financement des hôpitaux et de l'assurance maladie .....	7
A) Un bouleversement : la loi du 18 décembre 2003 .....	7
B) Les réformes touchant au financement.....	8
C) Vers une facturation plus technique : les incidences des réformes de l'assurance maladie ..	14
1.1.3 L'EPRD : la rénovation du modèle de gestion hospitalier.....	16
A) La nouvelle procédure d'allocation budgétaire du 30 novembre 2005 .....	16
B) L'importance du Besoin en Fonds de Roulement .....	17
Le pilotage du bas de bilan devient indispensable : la maîtrise du BFR s'avère être un élément majeur de gestion de trésorerie.....	17
C) Le lien <i>bureau des entrées et trésorerie</i> .....	18
1.1.4 Le virage de 2008, l'année de tous les dangers .....	18
1.1.5 Les incidences de la logique T2A.....	20
A) L'amélioration des outils de pilotage des établissements.....	20
B) Une politique d'optimisation des ressources.....	21
C) Des réflexions stratégiques sur les missions de l'hôpital .....	21
<b>1.2 La facturation directe : la production d'une facture de qualité pour une rémunération de l'établissement à hauteur de son activité.....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Principes actuels et futurs de la facturation directe .....	22
A) Description du circuit existant.....	22
B) Perspectives du circuit futur .....	22
C) L'impact de la dématérialisation des échanges .....	24
D) Des écueils persistants et des risques .....	25
1.2.2 Des défis d'organisation interne : la réorganisation de la chaîne de facturation.....	25
A) Réorganiser et améliorer la collecte et la transmission des données administratives du patient : enjeu majeur pour le bureau des entrées.....	26
B) Fiabiliser le recueil de l'information médicale : axe fort de travail envers la communauté médicale et les service de soins .....	27

C)	La facturation.....	29
D)	Le recouvrement amiable et contentieux .....	29
E)	Expédition et télétransmission : .....	30

## **2 Etat des lieux au Centre Hospitalier des Quatre Villes : une organisation du Bureau des Entrées à clarifier et à harmoniser..... 32**

### **2.1 Présentation de l'établissement..... 32**

2.1.1	Une fusion récente de deux centres hospitaliers de proximité et des coopérations .....	32
A)	Pourquoi une fusion ? .....	32
B)	Un établissement en coopération avec un Centre de Lutte Contre le Cancer.....	33
2.1.2	Un environnement géographique et des données socio-économiques externes favorables.....	33
A)	Un territoire riche et peuplé.....	33
B)	Une population active et qualifiée mais vieillissante sur le territoire de santé du CH4V .....	33
C)	Une moindre représentation des bénéficiaires de la CMU et CMUC .....	34
D)	Un hôpital de proximité. ....	34
2.1.3	Un montant d'Admissions en Non Valeur à diminuer .....	35
2.1.4	Caractéristiques générales du CH4V.....	36
A)	Activité globale et chiffres clés en 2007 .....	36
B)	Localisations spatiales des bureaux des entrées.....	36
C)	L'organisation du bureau des entrées.....	37

### **2.2 Analyse du circuit de facturation..... 38**

2.2.1	Un double objectif au service de la facturation et de la fusion.....	38
2.2.2	Description des processus .....	38
A)	Les urgences générales et gynécologiques.....	39
B)	Des consultations externes organisées autour du prépaiement .....	42
C)	Les consultations de gynécologie obstétrique et le suivi de maternité : des pratiques d'accueil hétérogènes. ....	43
D)	Les hospitalisations programmées .....	46

### **2.3 Diagnostic..... 49**

A)	Le point noir : les urgences.....	49
B)	Un accueil administratif non harmonisé entre les deux sites MCO et à l'intérieur des sites .	50
C)	Une culture d'établissement et de facturation à réinventer suite à la fusion .....	50
D)	Le codage.....	52
E)	Les échanges avec l'assurance maladie complémentaire restreints à l'hospitalisation .....	53
F)	L'activité d'encaissement en régie prolongée est développée.....	54
G)	Relations CH4V-CPAM .....	54
H)	Relations entre l'établissement et la Trésorerie. ....	55
I)	Données de recouvrement issues de la Trésorerie.....	55
J)	Diagnostic synthétique SWOT .....	56

### **2.4 Pistes d'amélioration identifiées..... 58**

2.4.1	Axe 1 : Améliorer le pilotage et le suivi des activités liées au recouvrement .....	58
-------	---	----

A)	Disposer d'outils de suivi fiables en interne.....	58
B)	Clarifier le management de la facturation .....	59
C)	Mobiliser le Centre Hospitalier des Quatre Villes dans son ensemble.....	59
2.4.2	Axe 2 : Améliorer l'efficacité de l'organisation du processus facturation .....	59
A)	Harmoniser les procédures et courriers officiels .....	59
B)	Systématiser le contrôle des données administratives.....	60
C)	Élaborer un parcours administratif du patient depuis les Urgences vers les caisses selon les horaires et la capacité de déplacement du patient.....	60
D)	Organisation des relations interservices .....	60
2.4.3	Axe 3 : Une communication interne et externe à améliorer .....	61
A)	Sensibiliser le personnel aux enjeux du recouvrement sans l'opposer à la qualité des soins	61
B)	Communiquer vers le public .....	61
C)	Un espace accueil clientèle à améliorer.....	61
2.4.4	Axe 4 : Fiabiliser le recouvrement en améliorant les échanges avec les partenariats extérieurs	62
A)	Concevoir l'Assurance Maladie dans un rôle d'appui et de conseil.....	62
B)	Mutuelles.....	62
C)	Renforcer les partenariats avec la Trésorerie .....	62
D)	Liaisons informatiques .....	62
<b>2.5</b>	<b>Elaboration d'un plan d'action .....</b>	<b>63</b>
<b>3</b>	<b><i>Professionnaliser l'accueil clientèle et la facturation : le renouveau du BE ou l'affirmation d'un nouveau métier et d'un véritable service clientèle .....</i></b>	<b>64</b>
<b>3.1</b>	<b>Valoriser les professionnels administratifs du BE.....</b>	<b>64</b>
3.1.1	Revaloriser l'image du BE .....	64
3.1.2	Améliorer l'expertise et le niveau de compétences du bureau des entrées .....	65
<b>3.2</b>	<b>L'émergence d'un nouveau métier : le gestionnaire de clientèle .....</b>	<b>68</b>
3.2.1	Vers une fiche de poste commune aux personnels chargés de la prise en charge administrative du patient : le « gestionnaire de clientèle ».....	68
3.2.2	Valoriser ce nouveau métier en intégrant une fiche de poste <i>gestionnaire de clientèle</i> dans le Répertoire des Métiers de la FPH.....	72
A)	L'objectif du Répertoire des métiers de la FPH .....	72
B)	Constat .....	73
<b>3.3</b>	<b>Evoluer vers un <i>service clientèle</i> de qualité.....</b>	<b>73</b>
	<b><i>Conclusion .....</i></b>	<b><i>I</i></b>
	<b><i>Bibliographie .....</i></b>	<b><i>III</i></b>
	<b><i>Liste des annexes .....</i></b>	<b><i>VII</i></b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

AMC: Assurance Maladie Complémentaire  
AMO : Assurance Maladie Obligatoire  
ANV : Admission en Non Valeur  
ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation  
ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation  
ATU : Forfait Accueil et Traitement des Urgences  
BE : Bureau des Entrées  
BFR : Besoin en Fonds de Roulement  
CAF : Capacité d'Auto Financement  
CBU : Contrat de Bon Usage  
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux  
CH4V: Centre Hospitalier des Quatre Villes  
CIM : Classification Internationale des Maladies  
CLCC : Centre de Lutte Contre le Cancer  
CMA : Complications ou Morbidités associées  
CME : Commission Médicale d'Etablissement  
CM24 : Catégorie majeure n°24 (définissant les hospitalisations de moins de 24 heures)  
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie  
CPS : Carte des Professionnels de Santé  
CV : Carte Vitale  
CRH : Compte Rendu d'Hospitalisation  
CRH : Centre René Huguenin  
CRO : Compte Rendu Opérateur  
DAC : Dotation Annuelle Complémentaire  
DAF : Direction des Affaires Financières  
DG : Dotation Globale  
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins  
DIM : Département d'Information Médicale  
DPCA : Forfait Dialyse Péritonéale  
DX : Forfait Dialyse  
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses  
EPS : Etablissement Public de Santé  
FC : Feuille de Circulation  
FFM : Forfait de Petit Matériel

GHM : Groupe Homogène de Malades  
GHS : Groupe Homogène de Séjours  
GHT : Groupe Homogène de Tarifs  
GIE : Groupement d'Intérêt Economique  
GMSIH : Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier  
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
LPP : Liste des produits et prestations remboursables  
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier  
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique  
MIGAC : Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation  
NABM : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale  
NGAP : Nomenclature Générale des Actes Professionnels  
ONDAM : Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie  
OQN : Objectif Quantifié National  
PJ : Prix de Journée  
PLFSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information  
PO : Forfait Prélèvement Obligatoire  
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels de Santé  
RSA : Résumé de Sortie Anonymisé  
RUM : Résumé d'Unité Médicale  
SE : Forfait Sécurité Environnement  
SE : Soins Externes  
SIH : Système d'Information Hospitalier  
SIH : Syndicat Inter Hospitalier  
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire  
SS: Sécurité Sociale  
T2A : Tarification A l'Activité  
TJP : Tarif Journalier des Prestations  
TM : Ticket Modérateur  
UCD : Unité de Dispensation Commune

## Introduction

### *Actualité du sujet*

Le passage à la Tarification à l'activité (T2A), notamment à 100%, est relativement récent. Si tous les acteurs n'ont peut-être pas encore pris assez de recul pour en observer toutes les retombées, il apparaît d'ores et déjà qu'il ne s'agit pas seulement d'un outil de financement destiné à mettre fin à la Dotation globale (DG) et, par la même, à l'inflation des dépenses hospitalières. La T2A représente aussi une manière de rénover la gestion des hôpitaux.

En effet, les dépenses de santé ont progressé plus vite que la richesse nationale ces quarante dernières années. La consommation de soins et de biens médicaux atteint ainsi 11 % du PIB en 2006<sup>1</sup> contre 4,2 % en 1960 (soit 198,3 milliards d'euros)<sup>2</sup>. Si la loi organique du 22 juillet 1996 a instauré le vote annuel d'un objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) comprenant une enveloppe hospitalière, celui-ci semble toutefois insuffisant. Ainsi, à l'exception de 1997, l'ONDAM réalisé a été dépassé chaque année (de plus de 2,7% par rapport à l'ONDAM voté en 2000, de plus de 1,2 % en 2004 et de plus de 1,6 % en 2007)<sup>3</sup>.

La régulation macro-économique des dépenses de santé concerne l'ensemble des enveloppes de l'ONDAM. Il en va ainsi des établissements publics de santé dont le rôle, dans ces réformes, n'en est pas moins primordial pour le rééquilibrage de l'enveloppe hospitalière de l'ONDAM et plus largement pour celui des comptes de l'assurance maladie (en effet, les hôpitaux publics représentent environ 70 % de l'ONDAM hospitalier).

Si la T2A incite à une plus grande médicalisation du financement des établissements de santé au niveau national, cette réforme implique surtout des conséquences sur les organisations internes et le mode de gestion des hôpitaux.

Ainsi, le financement de l'hôpital est aujourd'hui dépendant de l'activité déclarée, et enregistrée, qui sera valorisée financièrement.

A l'inverse de la DG, l'activité de chaque séjour sert de base de financement. Il convient dès lors d'envisager la facturation comme un moyen de valorisation financière.

---

<sup>1</sup> La France se classe désormais au troisième rang des membres de l'OCDE pour la part des dépenses de santé dans le PIB, derrière les Etats-Unis et la Suisse

<sup>2</sup> Source: Comptes nationaux de la santé 2006

<sup>3</sup> Source : Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 ; Equilibres financiers généraux, document du Sénat

En effet, la réforme du financement des hôpitaux a remis au goût du jour des objectifs négligés jusqu'à présent, à savoir l'amélioration de la facturation et du recouvrement dans les établissements de santé. Si le processus a été négligé jusque-là car sa performance n'avait pas vraiment de conséquence sur les recettes de l'établissement, la T2A et son corollaire, la facturation directe à l'assurance maladie, commencent à provoquer, en revanche, une prise de conscience de l'importance de fiabiliser le processus de facturation.

Les dysfonctionnements de la chaîne de facturation dans les établissements de santé dévoilent alors leur ampleur et leur impact sur l'état des finances globales de l'hôpital. L'analyse de cette chaîne met donc en lumière un certain nombre de problématiques.

De ce fait, améliorer la lisibilité de la réglementation et des modalités de facturation dès la phase d'admission des patients constitue un enjeu majeur.

Néanmoins, les habitudes prises non seulement dans l'hôpital mais aussi chez les usagers restent ancrées et la dynamique du changement est parfois lente à impulser.

C'est pourquoi il convient de redynamiser la fonction de facturation ainsi que de bousculer et de moderniser les pratiques et le processus de prise en charge administrative du patient. Cette démarche conduira également à l'amélioration de la prise en charge globale du patient et à la production d'une facturation adéquate.

Par conséquent, de nombreux domaines sont concernés : le management, l'organisation, la communication, les ressources humaines, les partenariats avec les acteurs institutionnels externes.

#### *Intérêt professionnel de ce sujet d'étude*

C'est en raison de cette multiplicité de domaines concernés que ce sujet m'est apparu particulièrement intéressant. De plus, le contexte national de réformes du financement et de l'assurance maladie liées les unes aux autres permet de traiter un thème d'actualité. Ce sujet m'a permis d'allier à la fois l'étude de réformes d'envergure mais aussi des aspects très opérationnels et pratiques sur le terrain. La connaissance de ce domaine peut constituer, à mon sens, une réelle plus-value pour mon avenir professionnel. Enfin, le contexte de fusion entre deux centres hospitaliers de proximité que connaît actuellement le Centre Hospitalier des Quatre Villes (CH4V) m'a permis en réalité de travailler sur un sujet mais avec un double objectif, à savoir l'optimisation de la chaîne de facturation mais aussi l'harmonisation des pratiques entre deux sites anciennement indépendants l'un de l'autre.

### *Démarche méthodologique*

Cette étude a principalement porté sur le circuit de facturation et les pratiques des bureaux des entrées sur chaque site.

Certaines données quantitatives ont été recueillies par l'intermédiaire du contrôle de gestion (notamment pour l'activité), de la Trésorerie Principale ou des extractions de logiciels internes.

S'agissant de données qualitatives portant sur le travail du bureau des entrées, des indicateurs globaux de facturation n'étaient pas disponibles au Centre Hospitalier des Quatre Villes, en raison notamment de la coexistence de logiciels différents selon les sites. De plus, il n'existe pas de tableaux de bord propres à ces services.

D'autre part, l'analyse des différentes pratiques de codage de chaque service de soins a été effectuée par le médecin DIM, nouvellement arrivé en mai 2008.

Ce sont surtout des entretiens, des périodes d'observation ainsi qu'une formation de la MEAH qui m'ont permis d'appréhender la globalité du sujet et d'effectuer un bilan des organisations existantes.

Celui-ci a permis de mettre en exergue les forces et les faiblesses du circuit de facturation existant et de proposer des axes d'amélioration.

Enfin, l'intérêt porté au circuit de facturation étant récent dans les hôpitaux, plusieurs visites et entretiens<sup>4</sup> dans d'autres établissements de santé publics et privés ont permis une démarche de *benchmarking* (approche comparative).

### *Présentation de l'étude*

Afin de mieux comprendre ce que doit être une chaîne de facturation efficiente, ce travail s'est attaché à comprendre tout d'abord comment les grandes réformes nationales impactaient la facturation des hôpitaux et pourquoi la facturation devenait un sujet brûlant dans les hôpitaux, pour ensuite analyser l'organisation existante au Centre Hospitalier des Quatre Villes, (lieu de stage) et formuler des pistes d'améliorations. Enfin, cette étude, principalement articulée autour du bureau des entrées (mais pas uniquement), a mis l'accent sur l'avenir du bureau des entrées, ou tout du moins les fonctions des personnes y travaillant. Ce service devra contribuer au bon fonctionnement du circuit de facturation, encore plus fortement lors de l'instauration de la facturation directe à l'assurance maladie. C'est pourquoi, il ne devra plus être regardé comme par le passé mais devra plutôt être valorisé.

---

<sup>4</sup> cf. Annexe 1, Liste des personnes rencontrées

# **1 Une succession de réformes depuis 2004 : T2A, EPRD, réformes de l'assurance maladie, future Facturation directe à l'assurance maladie : une révolution pour les établissements de santé**

Les établissements de santé doivent faire face non seulement à de profonds changements concernant leur mode de financement mais aussi aux réformes de l'Assurance maladie. De plus, le modèle de gestion hospitalière est également bouleversé par l'instauration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses. Ceci implique de nombreuses conséquences sur l'organisation actuelle des hôpitaux et leur circuit de facturation.

## **1.1 Le bouleversement des modalités de financement des établissements de santé**

### **1.1.1 La fin du budget global dans les établissements publics de santé**

#### **A) Un système simple**

La loi du 19 janvier 1983 avait pour objectif de ralentir la très forte croissance des dépenses hospitalières en les encadrant et en substituant au Prix de Journée anciennement mis en place, une Dotation Globale (DG), c'est-à-dire une enveloppe à caractère limitatif.

La dotation globale ou budget global, reposait sur le principe suivant : la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie faisait l'objet, chaque année d'une dotation globale au profit de chaque établissement, versée mensuellement par les organismes d'assurance maladie. Le représentant de l'État en région arrêta le montant de la dotation à partir de celle de l'année précédente et augmentée selon un taux directeur national fixé annuellement par les ministres concernés en fonction des hypothèses économiques générales dont les prévisions de prix et de salaires. L'hôpital n'était donc pas incité à facturer aux patients puisqu'une augmentation de ses recettes pouvait engendrer une diminution de sa dotation l'année suivante.

#### **B) ...Mais avec ses limites.**

La situation financière des hôpitaux s'est retrouvée figée dans certains établissements publics de santé, donnant parfois une rente de situation aux hôpitaux bénéficiant du système inflationniste engendré par le prix de journée. Le fondement de la DG sur une

base historique ne prenait en considération que peu d'évolutions de nature et de volume d'activités. Les progrès techniques en termes de molécules particulièrement onéreuses ou de dispositif médicaux ont motivé des demandes de financement supérieures au taux directeur d'où la constitution chronique de reports de charges.

Pour certains, la DG était un système incitant à limiter si besoin l'activité pour cadrer les dépenses face aux recettes annoncées<sup>5</sup>.

Face aux imperfections de ce système, une expérimentation de nouveaux modes de financement des établissements de santé, publics et privés, basés sur une tarification à la pathologie, a été lancée en 2000.

Le PLAN « HOPITAL 2007 », annoncé en 2002, prévoyait notamment l'expérimentation et la mise en place opérationnelle d'une tarification à l'activité des établissements de santé afin d'allouer des financements en fonction de l'activité.

### **1.1.2 Vers un financement plus complexe : les interactions des réformes du financement des hôpitaux et de l'assurance maladie.**

#### A) Un bouleversement : la loi du 18 décembre 2003

La loi du 18 décembre 2003<sup>6</sup> a instauré un nouveau mode de financement des établissements de santé publics et privés basé sur la nature et le volume d'activité réellement réalisé.

Cette réforme, déclinée dans un premier temps pour le domaine MCO, vise également à terme les domaines SSR et Psychiatrie.

Si les principes de rémunération sont identiques entre les établissements publics et privés MCO, le mode d'allocation des ressources diffère entre ces deux secteurs pour ce qui relève du cadre de la T2A.

En effet, la portée de cette réforme, notamment sur les finances, a nécessité la mise en place de mécanismes de transition sur plusieurs années dans chacun des deux secteurs.

Néanmoins, le changement est lourd à mettre en oeuvre, non seulement en raison des bouleversements générés par cette réforme, mais aussi par la multiplicité de réformes complémentaires qui se sont succédées depuis<sup>7</sup>.

---

<sup>5</sup> Cf. PFEIFFER M., *Passage à la T2A au CHU de Nice : l'impact sur les services en charge du recueil des données médico-économiques*, Mémoire ENSP 2004

<sup>6</sup> Loi n°2003-1199

Les nombreuses réformes du financement et celles de l'assurance maladie sont étroitement liées et interagissent les unes avec les autres.

## B) Les réformes touchant au financement

Le contexte de multiplicité des réformes et les contraintes de calendrier ont provoqué une mise en place au coup par coup.

### a) *La Classification Commune des Actes Médicaux*

La CCAM est le référentiel, commun aux secteurs public et privé, des actes médicaux - techniques qui sert à établir :

- les honoraires des actes techniques réalisés lors des consultations ;
- les honoraires pour les interventions réalisées en établissement privé ;
- la tarification des séjours hospitaliers dans le cadre de la T2A ;

La prise en compte de la CCAM dans les établissements a profondément modifié les pratiques avec la saisie à la source des informations par les professionnels de santé.

Ce phénomène a également nécessité l'évolution du système d'information : adaptation des logiciels, dispositifs d'aide à la saisie, intégration d'un nouveau référentiel CCAM dans le système d'information de chaque établissement dès qu'il est remis à jour.

Les évolutions du référentiel portent autant sur des changements tarifaires que sur la prise en compte de nouvelles règles qui peuvent nécessiter parallèlement des adaptations des conditions de déclaration d'activité et de facturation des prestations.

C'est ainsi le cas avec la version 10 de la CCAM qui est notamment liée à la nouvelle tarification des forfaits techniques de scanner et d'IRM, issue des dispositions de la convention nationale des médecins libéraux<sup>8</sup> et applicable au 12 septembre 2007.

Ces dispositions impliquent une gestion des forfaits selon des seuils d'activité prédéfinis par type d'appareil.

### b) *La tarification à l'activité en MCO*

Le modèle de financement en MCO repose sur 3 modes de financement :

- Un financement lié à l'activité (T2A) pour rémunérer les séjours et venues des patients, quel que soit le mode de prise en charge ;

---

<sup>7</sup> GIMSIH, Déc.2007, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie et impacts sur les systèmes d'information des établissements de santé au 01/09/2007*

<sup>8</sup> Avenant 24 du 25 juillet 2007 de la convention nationale des médecins libéraux

- Une dotation annuelle pour rémunérer des missions d'intérêt général et pour l'aide à la contractualisation (MIGAC/MERRI). (La liste des activités concernées par cette dotation est fixée par un arrêté) ;
- Des forfaits annuels pour rémunérer des activités de soins particulières (urgences, prélèvements d'organes, greffes).

S'agissant du financement lié à l'activité pour rémunérer les séjours et venues des patients, il convient de distinguer si la prise en charge s'effectue en hospitalisation ou hors hospitalisation.

En hospitalisation, l'activité est rémunérée sur la base :

- d'un tarif forfaitaire fixé sur une durée moyenne de séjour en établissement (GHS) ou sur une base journalière en hospitalisation à domicile (GHT) ;
- des suppléments journaliers sont facturés en sus du GHS pour des activités lourdes autorisées (ex : réanimation, soins intensifs, etc.) ;
- des produits onéreux, médicaments et dispositifs médicaux, sont facturés en sus du GHS (liste limitative) et soumis au respect d'un contrat de bon usage (CBU).

Hors hospitalisation, l'activité est rémunérée à l'acte ou par forfait en fonction :

- de consultations et actes externes (acte NGAP ou CCAM) ;
- du recours au secteur opératoire hors urgence, pour certains actes CCAM (forfait SE) ;
- du passage aux urgences hors hospitalisation (forfait ATU) ;
- de la Consommation de matériels « pour soins urgents » hors autorisation d'urgence, pour certains actes CCAM (forfait FFM) ;
- de séances de dialyse (forfait Dx) ;
- de prélèvements d'organes (forfait PO).

De plus, le modèle de financement varie selon le secteur :

Le secteur public fait face à :

- l'application de la T2A depuis janvier 2004, de manière progressive jusqu'en 2007 : un taux de financement à l'activité fixé chaque année (50 % en 2007) et une dotation annuelle versée en complément (DAC) ;
- une déclaration d'activité fournie aux ARH via le PMSI ;
- la valorisation financière de l'activité par l'ARH sur la base des données PMSI et du taux de T2A de l'année ;
- l'application transitoire d'un taux de conversion fixé par établissement pour calculer la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie ;
- l'allocation mensuelle des ressources (DAC et T2A) par la caisse pivot de l'établissement sur la base des arrêtés de l'ARH.

Le secteur privé, quant à lui, connaît :

- l'application de la T2A depuis mars 2005 ;
- l'application transitoire d'un coefficient correcteur sur les tarifs des GHS et des suppléments ;
- la facturation directe à l'assurance maladie des prestations hospitalières et des honoraires des praticiens ;
- un dispositif d'acompte versé par la caisse pivot de l'établissement à réception des factures et le versement du complément après traitement de la facture par la caisse gestionnaire de l'assuré ;
- une déclaration d'activité fournie aux ARH via le PMSI.

Enfin, le modèle du secteur public évolue dans le temps.

Le passage à la tarification à l'activité provoque en effet des changements importants dans le secteur public et PSPH dans les modalités de détermination des ressources, dans les procédures budgétaires et comptables, et dans les circuits d'information et de traitement des données pour les établissements.

Le schéma de la T2A reposait sur la mise en œuvre de trois étapes successives :

- La première en 2004 basée sur la mise en place d'un dispositif transitoire maintenant le cadre budgétaire et comptable existant. En revanche, les budgets étaient déterminés et ajustés selon les modalités d'application de la réforme en prenant en compte l'activité mesurée par le PMSI. Cette régularisation s'opérait par décisions modificatives en cours d'année ; la part de financement reposant sur l'activité était fixée à 10% en 2004.
- La deuxième étape en 2006 avec la mise en place d'une nouvelle procédure budgétaire, impliquant une réforme du régime budgétaire et comptable des établissements : l'EPRD.<sup>9</sup> De plus, les éléments d'activité, ainsi que les données relatives à la consommation de médicaments et dispositifs médicaux doivent être adressées trimestriellement aux ARH, qui les valorisent et les notifient à la caisse d'assurance maladie pivot pour paiement. La part de financement reposant sur l'activité était fixée à 20% en 2005 et 35 % en 2006.
- La troisième étape, prévue initialement pour 2006 puis reportée en 2009<sup>10</sup> doit modifier les systèmes de facturation des établissements et de liquidation des caisses en adressant directement les éléments de facturation aux caisses

---

<sup>9</sup> Cf. *infra*

<sup>10</sup> Loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008

d'assurances maladie. Ceci devrait permettre aux établissements de facturer directement à l'assurance maladie, sans l'interface de l'ARH.

L'échéance de 2008 prévoyait également un financement des hôpitaux en T2A à 50% ; or, il n'en a pas été ainsi.

*c) La suppression du taux de conversion et la prise en compte du taux réel de prise en charge par l'assurance maladie : les prémises de la facturation directe*

Jusqu'en 2007, les données transmises aux ARH étaient des données d'activité déconnectées de toute information sur la couverture sociale du patient ; la tutelle appliquant un taux moyen de prise en charge des prestations par l'assurance maladie, appelé taux de conversion, pour calculer le financement au titre de la T2A des établissements anciennement sous DG.

Les ARH avaient notifié en 2005 à chaque établissement son taux de conversion reposant sur le rapport des anciennes recettes des groupes 1 et 2 de l'année 2003. L'objectif à terme était de supprimer ce taux moyen et d'enrichir les données transmises du taux réel de prise en charge du patient concerné.

Le taux de conversion a été supprimé en 2007 pour l'ensemble des établissements concernés et est remplacé par une prise en compte au taux réel de prise en charge de chaque prestation par l'assurance maladie.<sup>11</sup>

L'enjeu pour les établissements de santé est donc de parvenir à apparier les données médicales (GHS ou consultations et actes externes) de chaque patient avec ses données administratives et de transmettre les éléments chaînés chaque mois par *epmsi*.

Cette disposition s'apparente à la facturation directe dans la mesure où les données d'activité doivent être individualisées et correctement tarifées. Les informations erronées ou non déclarées ne sont alors pas rémunérées.

*d) Le Contrat de bon usage (CBU)*

En complément à la réforme du financement pour les établissements MCO, un décret du 24 août 2005 institue le contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations (facturables en sus des GHS) dont l'objectif est d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient.

L'ARH et les établissements de santé signent un contrat pour une période de 3 à 5 ans

---

<sup>11</sup> Circulaire du 21 mars 2007, relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion

qui fait l'objet d'une évaluation annuelle.

En contrepartie des engagements souscrits, le niveau de prise en charge par l'assurance maladie est maintenu. Dans le cas contraire, le taux de remboursement peut être réduit et fixé dans une fourchette comprise entre 70 et 100%, pour tout ou partie des médicaments ou produits et prestations objets du contrat. La part non couverte ne peut être facturée au patient et reste donc à charge de l'établissement. Il s'agit pour les établissements de se mettre en conformité et de disposer d'une traçabilité des produits délivrés. Le suivi doit être tracé de la prescription jusqu'à la facturation, car le niveau de remboursement peut varier d'un produit à l'autre et selon les années.

Les objectifs généraux consistent en l'amélioration et la sécurisation du circuit du médicament et des prestations au sein de l'établissement. Ces objectifs se traduisent par la mise en oeuvre de projets lourds, notamment l'informatisation du circuit du médicament et de celui du circuit des produits et prestations, le développement de la prescription et de la dispensation à délivrance nominative, la traçabilité de la prescription à l'administration pour les médicaments, etc.

Les produits facturables en sus des GHS peuvent également être source de revenus pour les établissements. Lorsque le prix d'achat des produits par l'établissement est inférieur au tarif de responsabilité publié au JO, les établissements bénéficient d'un intéressement sur l'écart constaté<sup>12</sup>.

Au final, la facturation des médicaments et produits et prestations en sus des GHS se complexifie car elle fait intervenir un ensemble de règles et d'informations d'origines diverses, dans un domaine encore peu informatisé.

#### e) *Rétrocession, codage UCD et marge*

L'arrêté du 23 janvier 2007<sup>13</sup> impose aux établissements de santé, la transmission du code UCD (unité commune de dispensation) et des données associées pour la facturation de la rétrocession de médicaments.

En effet, dans les établissements de santé, les médicaments peuvent être délivrés :

- soit à un patient hospitalisé : en principe, ces médicaments sont inclus dans les forfaits de G.H.S. Toutefois, certains médicaments particulièrement coûteux et figurant sur une liste peuvent être facturés en sus des forfaits d'hospitalisation ;

---

<sup>12</sup> Le montant de ce taux d'intéressement à 50 %.

<sup>13</sup> Arrêté du 23 janvier 2007 relatif à la facturation aux régimes obligatoires d'assurance maladie par les établissements de santé des médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique en vue de leur remboursement

- soit à un patient non hospitalisé : les pharmacies des établissements de santé, en principe réservées à l'approvisionnement en médicaments des établissements de santé, sont amenées pour certaines à délivrer certains médicaments à des patients en ambulatoire. Il s'agit de l'activité de rétrocession. Ces médicaments figurant sur une liste ne sont, en principe, pas disponibles en officines de ville sauf exceptions. En principe, ces médicaments sont identifiés par un code.

L'Unité Commune de Dispensation, dénommée : "code UCD", constitue, quant à elle, une codification commune de certains médicaments dispensés uniquement par les établissements de santé.

C'est une normalisation d'échange de produits hospitaliers identifiés en vue d'une amélioration des circuits de distribution,

Ce code UCD caractérise la plus petite unité utilisée pour la dispensation des médicaments dans les établissements de soins mais il s'agit surtout d'une norme d'échange à l'hôpital retenue dans le cadre de la Tarification à l'activité (T2A) et de la rétrocession.

Elle entraîne ainsi une évolution des supports de facturation et oblige à l'utilisation de la télétransmission en mode sécurisé pour garantir la confidentialité des données médicales.

De plus, l'identification du praticien prescripteur (le futur RPPS) constitue une donnée obligatoire.

Les médecins exerçant leurs fonctions dans les établissements publics de santé devront être identifiés par un n° personnel, distinct du n° identifiant la structure (Finess) dans laquelle ils exercent leur activité<sup>14</sup>. Le RPPS se substituera au n° ADELI au plus tard à compter du 1er janvier 2009. La finalité du RPPS est de permettre, dans le cadre de l'ONDAM, une identification plus précise des praticiens exerçant en milieu hospitalier et un meilleur suivi de leurs prescriptions, notamment celles exécutées en ville.

L'amendement Door-Bur dans la LFSS 2008 met à la charge des établissements de santé les dépenses de remboursement induites par les actes et prescriptions exécutés en ville en cas d'impossibilité pour l'assurance maladie d'identifier le médecin hospitalier au moyen du couple n° RPPS/N° Finess.

En outre, il est possible de facturer en plus des médicaments une marge rémunérant les frais liés à la gestion et la dispensation de la pharmacie rétrocédée. Cette marge est désormais forfaitaire.

---

<sup>14</sup> Prévu par l'amendement Vasselle, LFSS 2005.

f) *La campagne tarifaire annuelle*

Elle fixe les orientations en matière de ressources pour tous les établissements et définit les mesures permettant leur mise en oeuvre.

Par exemple, pour 2007, il y a eu différentes mesures : passage en T2A à 50% pour les établissements de santé (ex-DG), passage à 100% en T2A de 5 GHS de chirurgie ambulatoire dans les ES (ex-DG), création de nouvelles unités médicales (supplément de réanimation pédiatrique, trois forfaits pour rémunérer la mobilisation du secteur opératoire à l'occasion d'un acte médical réalisé sur un patient pris en charge en soins externes), passage d'une remontée d'informations trimestrielles à mensuelles pour le PMSI.

En 2008, les principales mesures ont été le passage en T2A à 100%, la modification des tarifs (soit -3,7% à compter du 1er janvier, puis + 0,50% au 1<sup>er</sup> mars, majoration des tarifs applicables pour les interruptions volontaires de grossesse chirurgicales de 20%, progression des tarifs de dialyse péritonéale (DPA et DPCA) qui augmentent de 2%.<sup>15</sup>

La prise en compte dans les établissements relève d'un niveau de complexité important à l'instar de l'instauration en 2007 des trois forfaits de sécurité et d'environnement qui sont facturables dans des conditions croisées (recours à un secteur opératoire et réalisation de certains actes, fixés réglementairement).

C) Vers une facturation plus technique : les incidences des réformes de l'assurance maladie

a) *La participation forfaitaire d'un euro*

La loi du 13 août 2004 instaure une participation forfaitaire due pour chaque acte ou chaque consultation pris en charge par l'assurance maladie et réalisé par un médecin ainsi que pour les actes de biologie. Cette mesure est applicable depuis le 1er janvier 2005.<sup>16</sup>

La détection des participations forfaitaires et leur perception sont gérées par les organismes d'assurance maladie obligatoire. Ces derniers ont donc besoin de connaître les données d'activité externe réalisées par les établissements.

D'une remontée globale d'activité trimestrielle aux ARH via le PMSI, les établissements anciennement sous DG doivent donc évoluer vers la production de factures individuelles

---

<sup>15</sup> Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/XXX du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé.

<sup>16</sup> Le nombre de participation forfaitaire supporté par bénéficiaire des soins est plafonné par jour et par an.

pour chaque patient et être capable de les télétransmettre aux différents organismes d'assurance maladie obligatoire, gestionnaires des patients.

*b) Le parcours de soins coordonné*

La loi du 13 août 2004 prévoit que chaque bénéficiaire de plus de 16 ans doit désigner un médecin traitant chargé de coordonner l'intervention des autres médecins, Cette mesure est applicable depuis le 1er juillet 2005. Pour les établissements de santé, il convient de déterminer la situation du patient dans le parcours de soins pour pouvoir établir la facturation.

En effet, la coordination des soins avec le médecin traitant donne lieu à une rémunération complémentaire. Aussi, si le patient ne respecte pas le dispositif du parcours de soins coordonné, l'établissement peut percevoir une majoration de tarif (jusqu'à 17,5% du montant de l'acte) et la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est minorée (50% au lieu de 70%). La majoration de tarif et la minoration de prise en charge sont à la charge du patient.

Il est logique que la prise en compte de la situation du patient relève du bureau des entrées pour ce qui est de l'existence ou non d'un médecin traitant et des professionnels médicaux pour la situation du patient au regard du parcours de soins.

Dans ces conditions, l'identification du professionnel de santé est essentielle.

*c) Le ticket modérateur 18 euros*

Le décret du 19 juin 2006<sup>17</sup> instaure un ticket modérateur à la charge du patient pour les actes affectés soit d'un coefficient supérieur à 50 soit d'un tarif égal ou supérieur à 91 €. Il s'applique aux actes et séjours depuis le 1er septembre 2006.

C'est aux établissements de recouvrer le ticket modérateur de 18 euros auprès du patient ou de l'organisme complémentaire dont il dépend. Il s'agit donc d'identifier rapidement les cas d'application du ticket modérateur de 18 euros pour procéder au recouvrement à la sortie du patient.

*d) La future réforme du tarif journalier de prestation*

Elle consisterait à asseoir la participation restant à la charge du patient ou de son organisme complémentaire sur le GHS et non plus, comme aujourd'hui, sur les tarifs

---

<sup>17</sup> Décret n°2006-707

journaliers de prestations (TJP). Cette réforme s'inscrit également dans le processus de convergence entre le secteur public et le secteur privé (qui facture déjà le ticket modérateur sur le GHS et les honoraires).

En conclusion, les réformes liées au financement des établissements de santé et les réformes de l'Assurance Maladie sont imbriquées les unes avec les autres, elles impactent donc directement et d'autant plus les établissements de santé et leurs système de facturation.

Mais ces enchaînements de réformes du financement et de l'assurance maladie ne sont pas isolés. Ils s'insèrent dans un schéma plus global, à savoir la rénovation du modèle de gestion hospitalier.

### **1.1.3 L'EPRD : la rénovation du modèle de gestion hospitalier**

A) La nouvelle procédure d'allocation budgétaire du 30 novembre 2005<sup>18</sup>

L'année 2006 marque l'entrée en vigueur de la réforme de l'état prévisionnel des recettes et dépenses (l'EPRD), deux ans seulement après l'introduction de la T2A. Les enjeux budgétaires et stratégiques de cette double, voire triple réforme, sont conséquents.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses constitue un cadre budgétaire beaucoup plus contraignant sur le plan politique et financier. Les dépenses doivent en effet être ajustées à partir des prévisions de recettes établies sur la base de l'activité prévisionnelle valorisée en application des tarifs nationaux et des forfaits prévus. Le pilotage des établissements se fait désormais par les recettes d'où l'importance de la fiabilité de la prévision d'activité et de la prévision des recettes au moment de l'élaboration de l'EPRD. Seule cette prévision permet de déterminer le niveau des dépenses à engager pour l'année à venir. Les établissements ont l'obligation de présenter aux instances un suivi quadrimestriel de l'EPRD. La sincérité des prévisions doit donc aller de pair avec la recherche de l'équilibre : il n'est plus possible de masquer des déficits par des reports de charges. Il devient important de mesurer les écarts entre le prévisionnel et le réalisé pour prendre des dispositions de redressement.

---

<sup>18</sup> Décret n°2005-1474 du 30 novembre 2005

Un suivi mensuel des engagements des dépenses et des recettes est donc nécessaire. Ce nouveau cadre budgétaire offre une plus grande souplesse de gestion grâce au lien exploitation/ investissement introduit.

Néanmoins, ce cadre rend nécessaire une plus grande rigueur dans la gestion de la trésorerie. Seul l'équilibre de l'EPRD permet de garantir la mise en œuvre du plan pluriannuel d'investissements.

De plus, la capacité d'autofinancement (CAF) joue un rôle majeur de lien entre le budget et la stratégie d'investissement. Si la CAF est insuffisante, l'hôpital doit arbitrer entre un plan visant à reconstituer sa CAF (mesure de redressement budgétaire, amélioration de la trésorerie) ou la révision de sa politique d'investissement. La prévision prend ainsi toute son importance.

Néanmoins, la visibilité offerte par les pouvoirs publics en matière de prévision de recettes s'avère parfois difficile, les recettes étant potentiellement variables selon les campagnes tarifaires. L'enjeu se situe donc en matière de dépenses ou d'estimation du besoin en fonds de roulement (BFR) et de trésorerie, ceci incitant les établissements à se fixer des objectifs d'amélioration interne, notamment en matière de facturation-recouvrement et de paiement des fournisseurs.

## B) L'importance du Besoin en Fonds de Roulement

Le pilotage du bas de bilan devient indispensable : la maîtrise du BFR s'avère être un élément majeur de gestion de trésorerie.

La trésorerie est la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. Le fond de roulement est ce dont doit disposer en permanence l'hôpital pour payer ses investissements. Le BFR est ce que l'hôpital immobilise en permanence dans ses recettes pour assurer le décalage entre les dépenses et les recettes du cycle d'exploitation. Ce qui reste devient de la « vraie trésorerie ».

L'enjeu est ainsi de pouvoir décaisser à moindre coût et de limiter le recours à l'emprunt au strict minimum, le cas échéant.

Le BFR traduit le fonctionnement du cycle d'exploitation, l'élaboration de toute stratégie financière passe d'abord par l'estimation du poids du BFR. En effet, le mécanisme de l'EPRD ne part pas du résultat de l'exercice antérieur mais de la trésorerie disponible. Il convient donc d'analyser les liquidités disponibles en début d'année en essayant de faire la part des choses entre la trésorerie nécessaire pour financer les charges d'exploitation et celle disponible pour l'investissement, et de définir une marge de sécurité afin de conserver une trésorerie positive. Or, la maîtrise du BFR et sa baisse ne peuvent être obtenues qu'en améliorant les délais de recouvrement des produits, compte tenu du fait

que les délais de paiement des fournisseurs obéissent à des délais normatifs de 50 jours maximum (en supposant que ces délais-ci soient déjà au maximum).

La gestion de la trésorerie va donc se jouer sur la capacité des établissements à réorganiser leur chaîne de facturation.

#### C) Le lien *bureau des entrées et trésorerie*

Le bureau des entrées devient dès lors capital pour assurer le recueil d'information sur les droits, l'exhaustivité de la facturation et notamment les recettes de titre 3. De plus, c'est à lui que revient d'améliorer et d'accélérer le recouvrement des recettes par la transmission des éléments facturables, de réduire les délais d'émission des titres de recettes, de favoriser les encaissements en régie à la sortie du patient et d'agir contre les créances irrécouvrables auprès des patients. Le bureau des entrées doit donc recouvrer rapidement et de façon exhaustive les recettes pour garantir la trésorerie.

### 1.1.4 Le virage de 2008, l'année de tous les dangers

Si les réformes énumérées ci-dessus s'appliquent peu à peu, l'année 2008 a accéléré le train des réformes avec le passage en T2A à 100 %. L'année 2008 se présente comme une année de transition vers d'autres changements.

#### a) *La T2A à 100%*

Le passage « imprévu » du financement des hôpitaux à la tarification à l'activité à 100% en 2008 a été annoncée par le Président de la République lors de son discours de Bordeaux, du 16 octobre 2007.<sup>19</sup>

L'année 2008 connaît donc le passage à 100% en T2A pour l'activité MCO des établissements ex-DG. Ce passage implique la suppression de la dotation annuelle complémentaire.

De plus, il s'accompagne de la création d'un coefficient de transition, à l'instar du modèle en vigueur pour les établissements anciennement sous objectifs quantifié national (OQN).

L'objectif est de maintenir le niveau de recettes de l'année précédente.

---

<sup>19</sup> cf. Annexe 2, Allocution de M. le Président de la République, Installation de la Commission LARCHER, CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007

Le coefficient de transition est calculé pour chaque établissement de manière à tenir compte de l'impact sur les recettes d'assurance maladie des nouvelles modalités de financement. Il est calculé de la manière suivante pour chaque établissement :

$$\text{Recettes 2007 (DAC+ activités à 50\%)} / \text{Recettes théoriques 100\% T2A}$$

Ce coefficient a un double impact : il révèle les effets de la convergence intra-sectorielle sur les recettes de l'établissement (si le coefficient est supérieur à 1, le passage en T2A 100% constitue une perte de ressources qu'il convient de compenser par des gains de productivité ; si le coefficient est inférieur à 1, l'établissement est gagnant à la T2A). En outre, ce coefficient impose la nécessité de se réorganiser<sup>20</sup> pour les établissements qui connaissent une perte ou une stagnation de l'activité. Par la suite, ce coefficient donne lieu à l'application des taux moyens de convergence, dans la perspective de la convergence intra-sectorielle.

Par dérogation, les activités d'HAD et de prélèvements d'organes sont déjà financées à 100% et ne sont pas affectées par le coefficient de transition.

*b) Les franchises médicales*

Depuis le 1er janvier 2008, la franchise médicale, somme déduite des remboursements effectués par l'Assurance Maladie, s'applique sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Elle est plafonnée à 50 euros par an, au total. Les franchises correspondent au principe « de reste à la charge du patient d'une partie des dépenses de santé ».

La logique de gestion s'apparente à celle de la participation forfaitaire : détection et perception des franchises gérées par les organismes d'assurance maladie obligatoire en fonction des données transmises.

*c) La préparation vers la facturation directe à l'assurance maladie.*

Pour les établissements, cette mesure implique d'envoyer les informations d'activité sur le périmètre des franchises aux organismes d'assurance maladie, en télétransmission par messagerie sécurisée. 2008 est l'année de la généralisation de la télétransmission dans une architecture Internet sécurisée, comme préalable, permettant les échanges de flux

---

<sup>20</sup> Source MEAH, chantier sur l'optimisation du circuit de facturation

d'information d'une part entre les établissements de santé et les organismes sociaux débiteurs (flux B2) et d'autre part, entre les organismes sociaux et les comptables publics hospitaliers (flux de retour Noémie). Dans la perspective de la facturation individuelle directe, les établissements doivent passer en infrastructure sécurisée pour leur flux aller et retour avant la fin 2008<sup>21</sup>.

### **1.1.5 Les incidences de la logique T2A**

La mise en place de la T2A a (ou devrait avoir) pour conséquences une amélioration des outils de pilotage des hôpitaux, la recherche de l'optimisation des ressources mais aussi plus globalement des réflexions stratégiques sur les missions de l'hôpital.

#### **A) L'amélioration des outils de pilotage des établissements**

Les réformes impliquent pour les établissements publics une réflexion sur les modalités de pilotage global de l'établissement.

Le paiement à l'activité nécessite de développer une gestion budgétaire prévisionnelle<sup>22</sup> et un contrôle de gestion efficient. Au-delà de la gestion stratégique et dans le cadre de la réforme de la nouvelle gouvernance, il devient nécessaire de donner aux pôles les moyens de suivre leurs activités, leurs contrats de pôle le cas échéant. Le suivi des recettes par pôle, voire son rapprochement avec les coûts, devient un des outils d'analyse de la performance, et de négociation.

La chaîne de facturation, qui fournit certaines données de pilotage, permet non seulement de traiter les questions de recettes et de débiteurs, mais aussi d'éclairer les réflexions financières dans leur ensemble. Il est donc important que les données fournies soient de bonne qualité pour l'analyse interne.

D'un point de vue micro-économique, au niveau de chaque activité, il est important de connaître les causes des écarts entre son propre coût de production et celui des établissements ENC servant à calculer le tarif des GHS : structure des coûts directs ou indirects, effet lié à l'organisation, au volume d'activité, à des considérations de qualité, ou à un particularisme local, etc. D'un point de vue macroéconomique, à l'échelle de l'établissement, l'objectif est de s'assurer d'un relatif équilibre à moyen terme entre les secteurs générateurs de marges et les autres, pour permettre au mécanisme de solidarité budgétaire le financement de l'ensemble des activités hospitalières.

---

<sup>21</sup> Circulaire interministérielle N°DHOS/E3/DGFP/5B/2008/DSS/252 du 24 juillet 2008

<sup>22</sup> cf. supra (ERPD)

## B) Une politique d'optimisation des ressources

Les établissements ont rapidement pris conscience de la nécessité de maximiser leurs ressources budgétaires. Celles-ci dépendent des stratégies de politiques médicales mises en œuvre : renforcement des équipes médicales, investissement sur une nouvelle activité, processus d'intégration verticale ou horizontale d'activités au sein de pôles pour atteindre une taille critique ou créer des synergies (par filière de patients, d'organes, pour mutualiser des moyens ou atteindre des volumes d'activité, etc.)

## C) Des réflexions stratégiques sur les missions de l'hôpital

La T2A constitue le vecteur d'une harmonisation progressive des modes de financement entre établissements, indépendamment de leur taille, de leur statut ou de leur implantation géographique. Même si de nombreuses sources de disparités subsistent, la T2A ouvre des perspectives en matière de comparaison des modes d'exercice des activités, en fonction des résultats obtenus et des coûts engendrés pour la collectivité. L'appropriation des mécanismes de la T2A doit inciter à terme chaque établissement à s'interroger sur ses missions de santé en lien avec son environnement et les mécanismes de planification sanitaire : quelles activités doivent rester par essence du ressort de l'établissement, quelles sont celles pouvant être déléguées ou réalisées à plusieurs ? Quels sont les domaines stratégiques, vecteurs de croissance, sur lesquels il est important de se positionner pour assurer l'avenir ?

En conséquence, la fin de la dotation globale, la mise en place de la T2A, la juxtaposition de réformes de l'assurance maladie, la modernisation du cadre de gestion hospitalier avec l'instauration de l'EPRD, la dématérialisation des échanges et les télétransmission en norme sécurisées etc. sont autant de paramètres impactant la facturation et par là même la rémunération des établissements.

Mais la qualité et la mise sous contrôle du circuit de facturation seront s'autant plus importantes avec la mise en œuvre de la facturation directe à l'Assurance maladie.

## **1.2 La facturation directe : la production d'une facture de qualité pour une rémunération de l'établissement à hauteur de son activité**

Il convient tout d'abord d'analyser l'organisation de ce futur circuit pour appréhender ensuite les défis relatifs aux organisations internes qui se poseront aux hôpitaux.

### **1.2.1 Principes actuels et futurs de la facturation directe**

#### **A) Description du circuit existant**

Le financement des établissements est aujourd'hui assuré mensuellement par leur caisse pivot sur la base de l'activité déclarée via le PMSI. Le maintien de ce modèle est prévu officiellement jusqu'au 31 décembre 2008 selon la LFSS 2008. Aujourd'hui, il existe un double circuit de versement des recettes dont les modalités en attendant la facturation directe sont les suivantes :

- un versement par les organismes d'assurance maladie sur la base de l'activité transmise (GHS, actes externes) et valorisée pour la part assurance maladie obligatoire des assurés sociaux
- une facturation des prestations restant à la charge des patients ou de leur organisme complémentaire (TM, forfait journalier, etc.)

Actuellement, les établissements adressent à l'ARH via l'ATIH, un relevé des séjours, qui était trimestriel et est devenu mensuel. Puis l'ARH calcule le montant dû par l'assurance maladie en application des barèmes de la T2A et le notifie à l'établissement concerné et à la « caisse pivot » pour paiement. Cette dernière paye en quelque sorte « en aveugle ».

Outre la dématérialisation des échanges en cours de déploiement, la LFSS de 2008 prévoit au 1<sup>er</sup> janvier 2009 la généralisation de la facturation directe à l'assurance maladie.

#### **B) Perspectives du circuit futur**

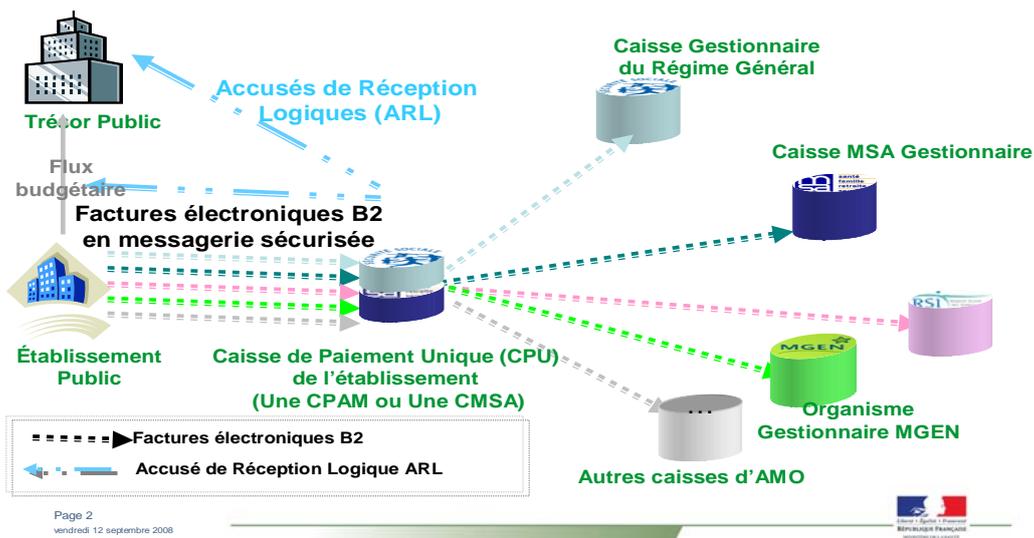
La déclaration anonyme en masse, établie selon les données PMSI prendra donc fin.

Les établissements devront être capables de produire une facture :

- individuelle (facturation par patient par opposition à la facturation globale) ;
- directe (la sécurité sociale devient l'interlocutrice directe des établissements) ;
- au fil de l'eau (facturation en temps réel afin d'optimiser la gestion de la trésorerie).

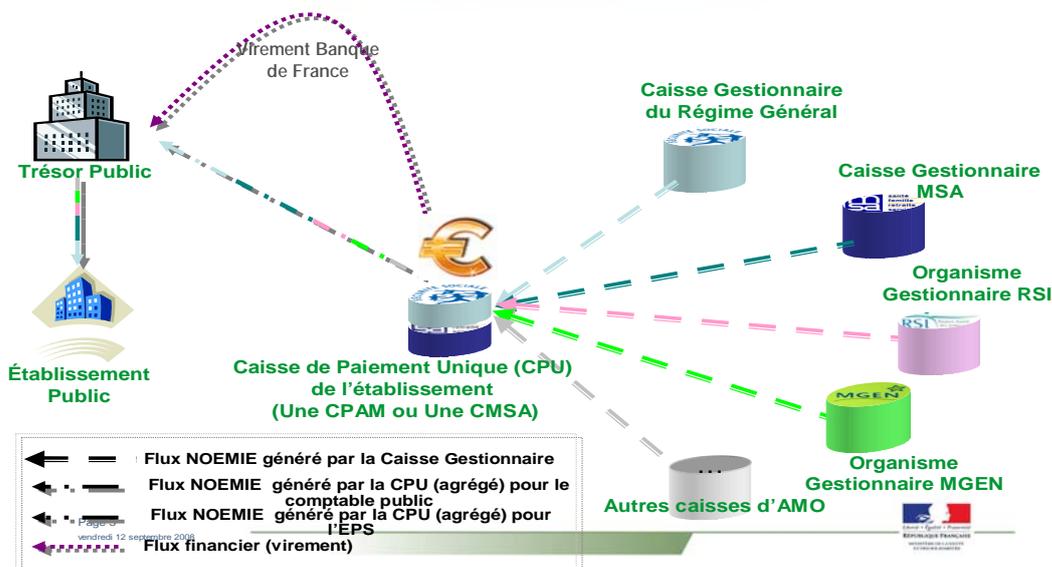
Lors de la facturation directe, les éléments de facturation seront adressés directement aux caisses d'assurance maladie via une caisse de paiement unique sous la forme de la norme B2 comme explicité dans le schéma suivant.

**MeaH** En 2009 → Facturation directe des soins externes et des séjours entre les ES et l'AMO en messagerie sécurisée J1 J2 J3



Puis, la CPU pivot devra assurer toutes les demandes de paiement et tous les retours passeront par elle (cf. schéma suivant).

**MeaH** En 2009 → Mise en place d'un interlocuteur financier unique entre chaque ES et l'AMO : la caisse de Paiement Unique (CPU) J1 J2 J3



Il devient donc capital d'apparier correctement les données *pmsi* avec les données administratives sinon, la caisse pivot ne pourra pas les redistribuer.

### C) L'impact de la dématérialisation des échanges

La dématérialisation a pour objet de gérer de façon totalement électronique des données ou des documents métier (correspondances, contrats, factures, brochures, contenus techniques, supports administratifs, etc.) qui transitent au sein des entreprises et/ou dans le cadre d'échanges avec des partenaires (administrations, clients, fournisseurs, etc.).

Dans le cadre de la facturation directe aux organismes d'assurance maladie obligatoire (AMO), les établissements de santé doivent constituer leurs factures au format B2 (norme actuellement en vigueur) et les adresser en messagerie sécurisée à leur caisse pivot. En retour, les AMO adressent des fichiers au format NOEMIE pour informer du paiement ou du rejet de la facture (comme explicité sur le schéma précédent).

L'envoi des factures en messagerie sécurisée est devenu obligatoire pour assurer la confidentialité des données médicales contenues dans les factures (codes GHS, CCAM, LPP, NABM, etc.).

Les établissements privés, qui procédaient déjà pour la plupart à des échanges dématérialisés, ont tous migré vers ce nouveau modèle en 2005 pour le passage à la T2A.

Les établissements anciennement sous DG procèdent encore actuellement à des télétransmissions sur la base d'un protocole d'accord établi en 2003. Les échanges sont limités avec le régime général, et à leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie de rattachement. Le périmètre des factures concerne les « titres de recette », portant sur la rétrocession de médicaments, les assurés migrants, les bénéficiaires de l'AME, le ticket modérateur des bénéficiaires de la CMU-C, etc.

Tous les établissements doivent évoluer vers la dématérialisation des factures avec l'ensemble des caisses des régimes d'assurance maladie obligatoire pour fournir l'ensemble de l'activité externe pour la gestion de la participation forfaitaire et des franchises, pour assurer la confidentialité des informations médicales, pour améliorer le délai de recouvrement des factures et répondre aux enjeux de trésorerie dans la perspective de la facturation directe au fil de l'eau.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Cf. *supra*

#### D) Des écueils persistants et des risques

Or, plusieurs écueils persistent : l'insuffisante évolution des systèmes d'information, le cloisonnement des informations médicales et administratives.

Les difficultés rencontrées lors de la suppression du taux de conversion ont provoqué une prise de conscience : l'existence de deux circuits parallèles (les données médicales du DIM et les données administratives du bureau des entrées) implique nécessairement des réflexions sur les organisations internes.

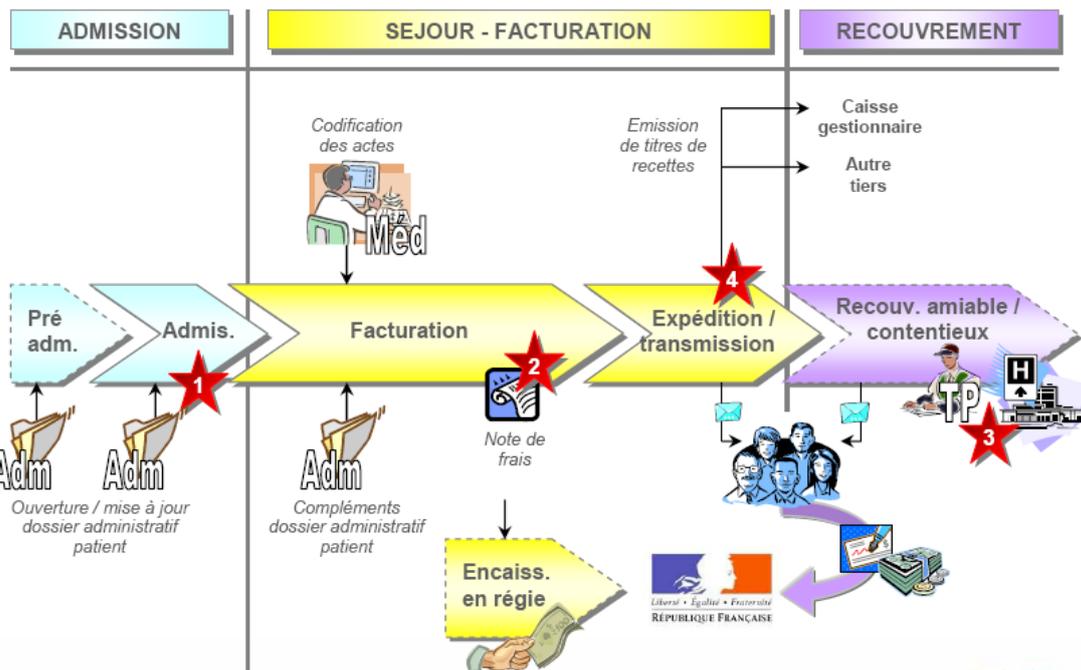
Par conséquent, la mise en place de la facturation directe reste principalement un sujet d'organisation de la chaîne de facturation, qui commence dès l'accueil du patient avec l'identification des droits.

De plus, les principales difficultés sont l'exhaustivité de toutes les informations (informations qui ne sont pas relevées comme, par exemple, noter un acte mais oublier le médicament ou le produit implantable qui ne sera donc pas facturé), la qualité de l'information (information imprécise qui donnera lieu à des sous cotation). Enfin, les informations doivent être concordantes pour l'ATIH ou l'assurance maladie sinon, celles-ci généreront un rejet de paiement.

C'est pourquoi les modèles exposés ci-dessus imposent de nécessaires réorganisation interne dans les modes et organisations de travail.

#### **1.2.2 Des défis d'organisation interne : la réorganisation de la chaîne de facturation**

La réforme de la tarification nécessite une adaptation des organisations internes et du mode de management. Elle présente un double enjeu : la production d'une facture de qualité et la valorisation de l'activité pour une rémunération à hauteur de l'activité. La facturation et le recouvrement dans un établissement doivent désormais s'entendre sous la forme d'une chaîne où toutes les informations sont imbriquées et impactent le reste des acteurs de cette même chaîne. La MEAH, dans son chantier portant sur la facturation, a résumé cette chaîne selon le schéma suivant :



Dans ce schéma, 4 points clés, représentés par des étoiles, sont identifiés :

Etoile 1 : l'enjeu porte sur la qualité de collecte et de transmission des données administratives du patient ;

Etoile 2 : l'enjeu est la qualité de l'information transmise par les entités de production de soins (actes, mouvement, etc.) ;

Etoile 3 : l'enjeu porte sur le recouvrement amiable avec le transfert d'informations issues de l'établissement, sur la maîtrise de l'encaissement réalisé en régie de recettes au sein de l'établissement et sur le recouvrement par le comptable public ;

Etoile 4 : l'enjeu représenté est celui de la fiabilité des échanges avec les tiers : AMO et Trésor public, avec identification des titres de recettes correspondants.

Il convient dès lors de développer la notion de processus de facturation comme un prolongement et un parallèle de la production de soins et non pas comme un processus à part. Ce processus passe par une succession d'étapes clés.

A) Réorganiser et améliorer la collecte et la transmission des données administratives du patient : enjeu majeur pour le bureau des entrées

L'organisation des points d'accueil, la montée en compétence et la valorisation des agents, la transmission des données et le relais de l'information sont des points capitaux de la chaîne de facturation et de recouvrement. L'accélération des délais de facturation exige un traitement rapide, exhaustif et rigoureux des données administratives du patient. Le circuit de la prise en charge administrative doit garantir l'enregistrement en temps réel des éléments nécessaires à l'élaboration d'une facture et à sa transmission aux débiteurs

(assurance maladie, organismes complémentaires, etc.). Le processus d'admission doit aussi intégrer de nouvelles fonctions : identito-vigilance, vérification et mise à jour des données d'assurance maladie, gestion du parcours de soins coordonné, généralisation des pré-admissions et pré-sorties quand cela est possible.

La vérification de l'identité est la base de la chaîne de facturation. Elle est capitale pour des raisons médico-légales. La présentation de la carte vitale et d'une pièce d'identité est fortement encouragée. Pour les patients en situation de précarité, l'existence de procédures spécifiques de recherche de droits et le travail en partenariat avec les travailleurs sociaux doivent être favorisés.

De même, la création d'un dossier administratif du patient en temps réel est la condition pour une saisie instantanée et à la source des actes. Cette recommandation nécessite d'adapter les horaires d'ouverture des guichets, de pratiquer l'ouverture de dossier en pré-admission et de former le personnel des services des urgences à la création d'un dossier administratif en cas de non présence d'un agent administratif.

De plus, en vue d'une facturation rapide et fiable aux organismes d'assurance maladie, l'équipement en lecteurs de carte vitale et de bornes de mise à jour est un préalable.

Enfin, le développement ou l'accentuation d'une politique d'encaissement en régie est une obligation : il convient d'inciter au maximum le patient à passer en caisse à sa sortie. L'option du prépaiement peut être organisée : néanmoins, celui-ci peut s'avérer délicat à valoriser si les prestations effectuées sont différentes de celles prépayées.

En revanche, le fait de garder la carte vitale du patient venu se faire enregistrer au guichet des soins externes puis se rendant en consultation est un moyen d'éviter un taux de fuite important. Ceci nécessite néanmoins un codage en direct de la part des praticiens dans les salles de consultations. Le patient peut retourner alors aux guichets des soins externes pour récupérer sa carte vitale et/ ou payer le ticket modérateur<sup>24</sup>.

B) Fiabiliser le recueil de l'information médicale : axe fort de travail envers la communauté médicale et les service de soins

a) *Il devient indispensable de favoriser le codage à la source et en temps réel*

Celui-ci s'avère indispensable afin de réduire les délais de production de l'information. Aux vues de l'importance de la rentrée des recettes, il semble logique et raisonnable que ce soit le producteur de soins, connaissant précisément l'acte réalisé et les antécédents, qui code. C'est de la qualité de ce codage que vont dépendre les recettes. Une plus

---

<sup>24</sup> Cf. pratique observée au CH Simone Veil d'Eaubonne-Montmorency, Val d'Oise (95)

grande adhésion et implication des praticiens, des chefs de services et de leur équipe est une nécessité incontournable dans ce nouveau contexte. La mise à plat, l'harmonisation des pratiques de codage et la formation au codage non seulement des praticiens en poste mais également des jeunes générations ou des praticiens à temps partiels demeurent un enjeu pédagogique.

De même, des outils d'aide au codage peuvent être mis à la disposition du corps médical et des sessions de formation peuvent être organisées par le service du DIM aux permanents et aux nouveaux arrivants.

Certains établissements ont mis en place la saisie à partir de code-barre pour plus de facilité et de rapidité. En effet, notre société est une société de consommation et le monde industriel a depuis longtemps cherché à optimiser le travail.

De ce fait, des établissements ont recours à l'utilisation de code-barres pour retrouver un patient dans la base de données<sup>25</sup> et/ou pour coder un acte<sup>26</sup>. Ces codes peuvent être scannés automatiquement à l'aide de « douchettes », évitant ainsi à l'opérateur de saisir le code, source d'erreur, d'énerverment et de perte de temps. L'objectif de ces code-barres est de diminuer le temps de saisie, d'en améliorer l'acceptabilité par les personnes concernées et de fiabiliser la saisie.

En outre, l'activité doit être saisie au fil de l'eau pour permettre une actualisation du budget au fur et à mesure. La saisie doit donc être réalisée directement dans les services producteurs de soins.

De plus, le délai de production des RSA doit être le plus proche de la fin du séjour du patient pour permettre une transmission mensuelle de l'activité à la tutelle et à l'assurance maladie à la sortie du malade.

*b) L'exhaustivité et la qualité du recueil d'information dans le codage d'activités (actes et diagnostics) sont primordiaux*

Tout acte ou séjour non enregistré engendre une perte financière.

De la même manière, les erreurs de codage relatives au séjour peuvent induire une perte de recettes en cas de sous-cotation du séjour (oubli des co-morbidités associées ou à l'inverse un paiement injustifié de tarif, même si pour ce dernier cas, des mécanismes de sanction et de récupération de l'indu sont prévues via les contrôles externes de l'assurance maladie). Cependant, en cas de sous cotation, il n'est pas possible de rectifier le codage et la facturation. La non qualité du codage, et par conséquent de la facturation, a donc un coût pour l'établissement.

---

<sup>25</sup> Visite au Centre Hospitalier d'Eaubonne Montmorency, Val d'Oise (95)

<sup>26</sup> Visite au Centre Hospitalier d'Orsay, Essonne (91)

Avec la mise en place de la nouvelle gouvernance et l'instauration de la contractualisation avec les pôles, il deviendra nécessaire d'inclure le délai de transmission des RUM au DIM dans les tableaux de bord élaborés par le contrôle de gestion. Par conséquent, le rapprochement du DIM avec le bureau des entrées et de la facturation est une hypothèse à privilégier.

#### C) La facturation

Celle-ci découle des étapes précédentes : le recueil des données administratives ainsi que la qualité, l'exhaustivité et la rapidité des services producteurs de soins à transmettre l'information sur leur activité sont nécessaires à la réalisation d'une facture de qualité. De ce fait, le délai de facturation (délai entre la sortie du patient et l'émission effective du titre de recettes) devient un indicateur capital.

Un des problèmes souvent rencontrés est le recouvrement chronophage des recettes pour cause de NPAI (n'habite plus à l'adresse indiquée) par les agents de l'hôpital ou de la Trésorerie pour les titres portant principalement les particuliers.

Les agents de la Trésorerie peuvent faire des recherches dans des logiciels internes à leur ministère. Cependant, ces recherches prennent du temps.

Les courriers NPAI ont pour conséquence un allongement des délais de paiement du particulier redevable à l'hôpital (temps de retour du courrier par la Poste vers la Trésorerie, temps de tri et de recherche d'une nouvelle adresse, temps d'envoi de la facture, etc.)

#### D) Le recouvrement amiable et contentieux

Celui-ci dépend de la capacité à émettre une facture fiable et rapide correctement répartie entre les débiteurs. La vérification avant facturation et l'encaissement en régie sont des éléments à mettre sous contrôle.

La collaboration avec la trésorerie pour suivre et traiter les dossiers en instances. (Identification des motifs, seuils de contentieux, procédures amiables...) devient capitale. Le taux de rejet (des factures émises) et le taux de recouvrement (des titres émis vers les différents débiteurs) sont des indicateurs à suivre.

En outre, la « chaîne de poursuite » au niveau de la Trésorerie est longue et s'organise de la manière suivante :

- 1) Après un avis des sommes à payer envoyé par la Trésorerie, une lettre de rappel (30 jours après la prise en charge initiale)<sup>27</sup> est envoyée sans frais par la Trésorerie dès lors que le montant à payer est supérieur à 4,57 euros.
- 2) Par la suite, en cas de non paiement de l'avis des sommes à payer et/ou en l'absence de réponse du débiteur, les agents de la Trésorerie engagent une procédure de « commandement à payer » (60 jours après la prise en charge initiale) dès lors que le seuil de 16, 77 euros à payer est dépassé. Néanmoins, pour cette dernière procédure, la Trésorerie retient 3 % du montant du titre à recouvrer. Des frais de recouvrement sont donc un élément à suivre.
- 3) En cas d'échec, la procédure suivante est la saisie (90 jours après la prise en charge initiale) avec un seuil minimum de 100 euros à payer.
- 4) Enfin, « l'Etat de poursuite extérieure » et le « rappel de poursuite extérieure » sont utilisés.

En conséquence, plus les délais de l'hôpital pour préparer les avis des sommes à payer sont courts, plus la procédure de recouvrement se met en route rapidement de la part de la Trésorerie. Néanmoins, le recouvrement des petites sommes pose problème puisqu'il est nécessaire d'atteindre certains seuils pour engager la procédure suivante, comme par exemple, dépasser le seuil de 100 euros pour engager une saisie.

E) Expédition et télétransmission :

La dématérialisation des flux en B2 et Noémie et des flux avec les organismes complémentaires est un axe fort de travail pour les établissements. Les relations institutionnelles avec les régimes obligatoires et complémentaires doivent être approfondies en favorisant des relectures, si besoin, des conventions de tiers payant, l'identification de correspondants, la mise en place d'un dispositif de pilotage et de suivi des motifs de rejets de l'assurance maladie et des mutuelles.

---

<sup>27</sup> Le délai de prise en charge initial s'entend après l'intégration des données dans le système d'information de la Trésorerie, c'est-à-dire quand l'hôpital envoie ses données à la Trésorerie).

En conclusion, cette réorganisation du circuit de facturation touche à la fois la transformation de la culture de gestion, le changement des organisations et la mise en œuvre d'outils adaptés. C'est pourquoi une gestion globale de projet est nécessaire, impliquant tous les acteurs concernés, pour éviter que chaque réforme ne soit traitée de manière individuelle sans prendre en compte les impacts sur les autres sujets.

La mobilisation passe par la communication vers les patients, les services de soins et surtout le corps médical et les agents chargés de la gestion administrative des patients (agent des admissions et des soins externes).

De ce fait, après avoir effectué un état des lieux au Centre Hospitalier des Quatre Villes, nous nous attarderons principalement sur l'organisation et la place qu'il convient de porter aux agents travaillant dans les bureaux des entrées, service stratégique dans la chaîne de facturation puisqu'en amont de cette chaîne.

## **2 Etat des lieux au Centre Hospitalier des Quatre Villes : une organisation du Bureau des Entrées à clarifier et à harmoniser**

Après une présentation du CH4V, nous analyserons le circuit de facturation existant pour ensuite tenter de poser un diagnostic et proposer des pistes d'amélioration.

### **2.1 Présentation de l'établissement**

#### **2.1.1 Une fusion récente de deux centres hospitaliers de proximité et des coopérations**

A) Pourquoi une fusion ?

Situés au sud-ouest des Hauts-de-Seine (92), le Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres et le Centre Hospitalier de Saint Cloud, distants de 3 km, étaient deux établissements de proximité soumis aux fortes contraintes pesant actuellement sur les établissements de cette catégorie (application de normes sécuritaires lourdes, contraintes financières liées à la mise en œuvre de la tarification à l'activité...). Peu à peu, l'évolution des techniques médicales ainsi que les exigences de sécurité et de qualité ont amené les responsables politiques et hospitaliers à réfléchir à la nécessité de regrouper les deux établissements.

En outre, les SROS de deuxième et troisième générations ont mis en évidence sur l'Île-de-France une dispersion des plateaux médico-techniques et des services associés (réanimation, gynécologie- obstétrique...) mais également une insuffisance de l'offre de soins orientée spécifiquement vers les personnes âgées.

Dans ce contexte, l'ARH de l'Île-de-France ayant indiqué sa volonté de rapprocher les deux hôpitaux publics dès 2003, les conseils d'administration des deux établissements ont voté ce projet de fusion fin 2004.

La création de l'établissement fusionné a pris effet le 1<sup>er</sup> janvier 2006, pour être renommé depuis le 1<sup>er</sup> février 2007 « Centre Hospitalier des QUATRE VILLES » (CH4V). Actuellement, le CH4V travaille au rapprochement et à la mutualisation de services et notamment à la consolidation d'une offre de soins de proximité diversifiée en médecine, chirurgie et maternité, au recentrage d'un plateau technique de qualité et à la modernisation des bâtiments.

B) Un établissement en coopération avec un Centre de Lutte Contre le Cancer.

Le CH4V - site de Saint Cloud se situe face au Centre de lutte contre le cancer René Huguenin (CRH). Une passerelle relie les deux bâtiments. Le CH4V est le seul établissement hospitalier de France (hors CHU) à avoir une coopération avec un centre anti-cancéreux (CLCC). Le bloc opératoire, le bloc externe et la réanimation sont organisés en GIE, le laboratoire de biologie autour d'un SIH. En outre, le CH4V et le CRH ont signé une convention de co-utilisation pour l'IRM et le Scanner et une convention pour l'anatomo-cyto-pathologie. Les patients se présentent au bureau des entrées du CH4V pour les examens sauf pour ceux concernant le laboratoire de biologie.

### **2.1.2 Un environnement géographique et des données socio-économiques externes favorables**

A) Un territoire riche et peuplé

Le CH4V se situe dans la banlieue ouest parisienne, territoire ne présentant pas de handicap socio-économique majeur.

En effet, les Hauts-de-Seine sont le plus petit département de la couronne parisienne, mais également le plus peuplé : les estimations de l'INSEE au 1er janvier 2006 portent la population des Hauts-de-Seine à 1 532 000 habitants, soit une densité de 8 636 hab/km<sup>2</sup>.<sup>28</sup>

Le PIB par habitant est trois fois plus élevé dans les Hauts-de-Seine que la moyenne nationale. Le taux de chômage est de 6 % ce qui situe le département en dessous du seuil national de 7,2 % au 1<sup>er</sup> trimestre 2008<sup>29</sup>. Par ailleurs, le département accueille plus de 6 000 sièges sociaux d'entreprises.

Le CH4V relève du territoire de santé 92-2, situé au centre du département des Hauts de Seine. Ce territoire de santé est le moins peuplé du département. La population de ce territoire de santé est une population relativement aisée.

B) Une population active et qualifiée mais vieillissante sur le territoire de santé du CH4V

A l'image de la région Ile-de-France, le département des Hauts-de-Seine se caractérise par l'importance de sa population « en âge de travailler », et la moindre représentation

---

<sup>28</sup> Pour comparaison, la densité à Londres est de 4 700 hab/km<sup>2</sup>, à Tokyo de 5 796 hab/km<sup>2</sup> et à New York de 10 292 hab/km<sup>2</sup>.

<sup>29</sup> Source INSEE, Ile de France, Juillet 2008, *Faits et Chiffres*, n°180.

des tranches d'âge les plus jeunes. Ainsi, les 20-59 ans constituent 58 % de la population alto-séquanaise soit un écart de plus de 4 points par rapport à la population nationale. Les plus de 60 ans ne représentent que 17 % de la population contre 21 % au niveau national. Pourtant, l'indice de vieillissement de la population du territoire de santé 92-2 est plus élevé que celui du département. La part de la population des plus de 60 ans, pour les communes de rattachement du CH4V, Saint-Cloud, Chaville, Ville d'Avray et Sèvres, est respectivement de 21,9 %, 21 %, 19,7 % et 17,3 %.<sup>30</sup>

La population des Hauts-de-Seine se distingue également par la part très importante de ses catégories socioprofessionnelles tertiaires et notamment, une forte représentation des cadres et professions intellectuelles supérieures (27,5 % de la population active contre 12 % en France).

Le département est riche, le revenu moyen par ménage s'élevant à 28 000 euros en 2004 (alors qu'il est en moyenne de 15 000 euros pour la France), mais aussi très disparate. Ainsi, des communes telles que Gennevilliers qui ont un revenu bas (12 000 euros) côtoient des communes aisées (Neuilly-sur-Seine, 62 500 euros).

#### C) Une moindre représentation des bénéficiaires de la CMU et CMUC

Fin juin 2006, sur le département des Hauts-de-Seine, 43 680 personnes bénéficiaient de la couverture maladie universelle (CMU) de base et 75 716 de la CMU Complémentaire (CMUC), soit respectivement 3 % et 5,2 % de la population protégée par le régime général.

La proportion de ces bénéficiaires est inférieure à celle constatée au niveau régional (3,5 % et 6,9 %) et au niveau national (3,1 % et 8,1 %). La part des personnes ayant la CMUC varie sur le département de 0,9 % à Marnes-la-Coquette à 8,6 % à Gennevilliers.<sup>31</sup>

#### D) Un hôpital de proximité.

Le CH4V est un hôpital au service des populations vivant dans les communes de son bassin de proximité. Les patients proviennent principalement de Boulogne-Billancourt,

---

<sup>30</sup> TROUDE M., 2006, *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical, le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres*, Mémoire ENSP ; (Données issues du SROSS de 3<sup>e</sup> génération).

<sup>31</sup> Source : CPAM des Hauts de Seine, Département des Etudes statistiques, avril 2007, *le recours aux soins dans les Hauts de Seine*.

Saint Cloud, Sèvres, Garches, Chaville, Rueil-Malmaison, Meudon, Issy-les-Moulineaux, Ville d'Avray et Suresnes<sup>32</sup>.

Le territoire est doté d'une densité importante de praticiens libéraux. Ainsi, la proportion particulièrement élevée des praticiens de ville exerçant en secteur 2 et la présence d'une seule maison médicale de garde sur le territoire peuvent conduire un certain nombre de patient à consulter dans le service des urgences.

### **2.1.3 Un montant d'Admissions en Non Valeur à diminuer**

Les admissions en "non valeur" (ANV) (c'est-à-dire des créances irrécouvrables) sont en effet la conséquence d'actions amiables et contentieuses infructueuses tout d'abord au niveau de l'hôpital puis par la Trésorerie.

A la date du 12 février 2008, les Restes à Recouvrer (RAR) du CH4V, entre 2000 et 2006 inclus, s'élevaient à 13 052 titres pour un montant de 1 839 615 euros, dont 12 828 titres soit 1 644 810 euros pour les budget H, tous débiteurs confondus (soit une moyenne des RAR de 262 802 euros par an pour la période citée).<sup>33</sup>

En moyenne, 250 000 euros étaient apurés par an jusqu'en 2006. En 2007, le montant des ANV apurées s'élève à 500 000 euros, tous budgets confondus et exercices cumulés au sein du CH4V.

Il s'est avéré cependant difficile d'obtenir des données chiffrées officielles pour effectuer des comparaisons fiables entre établissements.

A titre de comparaison et toute proportion gardée, lors du chantier pilote de la MEAH concernant l'optimisation du recouvrement des produits hospitaliers, un établissement participant à ce chantier a divisé par cinq ses Restes A Recouvrer sur les mutuelles et assurances (RAR arrêtés au 31/12/2006) entre janvier 2007 et novembre 2007 après des courriers ciblés de la part de la Direction des Finances et de celle des Usagers auprès de ces débiteurs<sup>34</sup>.

Il est à signaler que le taux de recouvrement spontané le plus faible en 2007 au CH4V concerne les mutuelles<sup>35</sup>.

---

<sup>32</sup> Cf. *Rapport de gestion 2007* du Centre Hospitalier des Quatre Villes.

<sup>33</sup> Source : Trésorerie Principale de Saint-Cloud.

<sup>34</sup> MEAH, janvier 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Rapport de phase 4 Bilan et résultats*, p.9.

<sup>35</sup> cf. Annexe 3.

## 2.1.4 Caractéristiques générales du CH4V

### A) Activité globale et chiffres clés en 2007

Le budget du CH4V est de 82 millions d'euros (tous budgets confondus) ; le budget H de l'établissement s'élève à 68 millions d'euros.

Le CH4V est localisé sur trois sites dont deux sites MCO (hôpital de Sèvres, hôpital de Saint-Cloud et site d'hébergement de personnes âgées, dénommé site de Lelégard à Saint Cloud)

Sur les deux sites MCO, la configuration architecturale est organisée autour d'un bâtiment monobloc. (Sur le site de Saint-Cloud, ce bâtiment monobloc est composé de plusieurs ailes enchevêtrées les unes aux autres et une juxtaposition de niveaux pas toujours identique d'une aile à l'autre).

Le nombre de lits installés s'élève à 543 dont 219 lits de MCO. Le nombre de RSS est de 17 626 en 2007 (+3,24 % par rapport à 2006) dont 5600 séjours CM24.

Le nombre de dossiers de consultations externes y compris urgences s'élève à 117 413 dont 93 952 hors urgences<sup>36</sup>.

Le CH4V étant issu d'une fusion, les logiciels de gestion administrative des patients étaient différents sur chaque site jusqu'à début 2008 : CPAGE sur Saint Cloud et Médiane sur Sèvres. Depuis 2008, CPAGE a été étendu à l'ensemble du CH4V.

D'autre part, les logiciels de codage sont différents d'un site à l'autre : CDP2 sur Saint Cloud et DIAMM sur Sèvres.

### B) Localisations spatiales des bureaux des entrées

Les bureaux des admissions et des soins externes sont regroupés dans le même service sur les deux sites mais les guichets sont matériellement séparés.

Sur le site de Sèvres, ces bureaux se situent au niveau de l'entrée principale de l'hôpital (niveau-1), mais un étage en dessous des urgences (situées au niveau 0).

Sur le site de Saint-Cloud, les bureaux se situent face à l'entrée principale de l'hôpital mais un étage en dessous des urgences et un étage au dessus de l'entrée secondaire.

---

<sup>36</sup> Source : *Rapport de gestion 2007*, CH4V

C) L'organisation du bureau des entrées

Le tableau ci-dessous présente les effectifs du bureau des entrées.

<b><u>Effectifs ETP</u></b>	Site de Saint Cloud	Site de Sèvres
Encadrement du BE	1	1
Accueil général	2	0
Ouverture guichet au public	8h/18h	
Hospitalisation	6	4
Horaires d'ouverture au public	Du lundi au vendredi de 8h à 16h30	Du lundi au vendredi de 8h à 16h30
Week-end	Samedi : de 8h30 à 15h30	Samedi : de 8h30 à 15h30
Consultations externes	5	3
Horaires d'ouverture au public	Du lundi au vendredi de 8h à 16h30	Du lundi au vendredi de 8h à 16h30
Polyvalence des agents sur les postes d'accueil, de gestion des consultations et d'hospitalisations	NON Sauf les agents de l'accueil agissant parfois en soutien pour les guichets des consultations	NON
Nombre d'ETP	14	8

Le tableau ci-dessous fait un « zoom » sur les urgences, souvent sources de problèmes en terme de recouvrement.

<b><u>Les Urgences</u></b>	Site de Saint-Cloud	Site de Sèvres
Existence d'un BE	NON	NON
Présence d'un bureau de sortie / caisse	NON + Caisses non situées sur le parcours physique du patient	NON+ Caisses non situées sur le parcours physique du patient
Nombre de passages	15 019	11 461
<i>Dont 1<sup>er</sup> passage</i>	<i>13 068</i>	<i>10 393</i>
% d'hospitalisation issu des urgences	14,93%	10,28%

## **2.2 Analyse du circuit de facturation**

### **2.2.1 Un double objectif au service de la facturation et de la fusion**

L'activité de facturation, qui pouvait apparaître comme accessoire dans de nombreux établissements publics de santé en France, est replacée aujourd'hui au centre des préoccupations hospitalières : l'optimisation du recouvrement des créances doit être considérée comme une action prioritaire dans le cadre d'une T2A à 100% et dans la perspective d'une facturation directe à l'assurance maladie.

Néanmoins, il convient de souligner, avant la fusion des deux hôpitaux, une volonté de la part des deux directions de favoriser le plus possible le recouvrement au comptant par la création de régies d'encaissement aux bureaux des entrées.

En outre, l'étude du circuit de facturation avait également pour intention de connaître les différentes organisations administratives, pratiques de codage et de facturation, etc. entre les deux sites MCO, chacun étant précédemment indépendant de l'autre.

### **2.2.2 Description des processus**

L'étude du circuit de facturation a fait l'objet d'une analyse et d'un rapport interne dans le cadre du stage, détaillant le travail des différents acteurs, les impacts de ceux-ci sur le recueil d'informations administratives et médicales ainsi que les dysfonctionnements. Ce rapport interne a permis à la Direction des Finances, en collaboration avec le département de l'information médicale et le contrôle de gestion de mettre à plat l'organisation actuelle de ce circuit.

Une partie de ce rapport est présentée ici par type d'accueil (circuit des urgences, circuit des consultants externes et circuit des hospitalisés).

Pour une meilleure compréhension de l'analyse suivante et du choix d'approfondir parfois certaines spécialités médicales ou types de prises en charge, il convient de préciser que 53 % des entrées MCO concernent la spécialité de gynécologie-obstétrique. C'est la raison pour laquelle des « zooms » sont parfois effectués dans ce diagnostic.

En outre, il convient de signaler que l'ensemble du CH4V a fait le choix de ne pas accepter le tiers payant pour les consultations externes et les passages aux urgences depuis la fusion.

En effet, l'établissement éprouvait des difficultés à recouvrer les sommes dues auprès de certaines mutuelles. Par ailleurs, les patients n'étaient parfois pas à jour de leurs cotisations tout en présentant pourtant une carte de prise en charge.

A) Les urgences générales et gynécologiques

a) *Organisation de l'accueil administratif et enregistrement dans le logiciel*

La procédure est sensiblement la même sur les deux sites. A l'arrivée du patient aux urgences, l'infirmière procède à son inscription sur CPAGE tout en le questionnant cliniquement sur les raisons de sa venue.

Il n'y a pas d'Infirmière d'Accueil et d'Orientation, ni d'agent du bureau des entrées dédié. Il y a quelques années, les Urgences avaient expérimenté l'enregistrement du patient par un agent administratif mais cette situation n'était pas optimale : en effet, seul un IDE peut questionner cliniquement le patient dès son arrivée afin de déterminer l'urgence du cas.

La participation du personnel soignant des Urgences au CH4V dans le recueil des données administratives est à noter.

Si ce recueil d'informations était auparavant sommaire, il est nettement plus approfondi depuis le printemps 2008. En effet, une procédure a été rédigée pour montrer au personnel soignant le chemin d'accès afin d'enregistrer un patient dans CPAGE.

Les informations et pièces demandées sont les suivantes : nom, prénom, date de naissance, adresse, Carte Vitale ou autre document de prise en charge.

De plus, depuis le mois de mai 2008, une nouvelle procédure a été instituée aux Urgences : la Carte Nationale d'Identité ou un équivalent est demandée puis photocopiée.

L'IDE rentre les données citées précédemment dans CPAGE, insère la CV dans le lecteur CPS pour éditer les droits à couverture sociale. Cette feuille est récupérée une fois par jour en semaine, par un agent des Soins Extérieurs.

Toute création de dossier patient dans CPAGE génère automatiquement un dossier dans CDP2 (logiciel de codage) au nom du patient sur le site de Saint Cloud. À Sèvres, le logiciel de codage s'appelle DIAMM.

b) *Codage : des pratiques différentes selon les sites.*

Site de Saint Cloud

Le personnel paramédical code ces actes dès qu'ils sont réalisés au stylo sur la feuille de circulation qui sert alors de « pense-bête », puis le codage sur CDP2 est effectué

directement au fil de l'eau après le passage du patient. Le codage réalisé des actes AMI sur CDP2 est mentionné sur le registre de la main courante.

Les médecins codent quand ils le peuvent directement sur CDP2. Les Internes de gynécologie codent directement au fil de l'eau sur CDP2 dans la salle de consultation avant de repartir dans les étages (il convient de préciser que chaque box aux urgences est équipé d'un ordinateur).

#### Site de Sèvres

Le codage est inscrit au stylo sur la feuille de circulation (FC). Le logiciel DIAMM n'est que peu utilisé, souffrant semble-t-il d'un manque d'ergonomie, de facilités d'accès ... Le personnel des urgences a donc pris l'habitude de ne pas coder dans DIAMM. Les FC sont transmises aux agents du bureau des SE qui codent dans le logiciel le lendemain.

#### c) *Facturation et Encaissement*

Le personnel des urgences laisse repartir le patient sortant chez lui. Il n'est que très peu orienté vers la caisse. En outre, aucun panneau ou signalisation incitant à aller payer n'existe.

#### Site de Saint-Cloud

Par la suite, des *lettres de relance*, avant l'avis des sommes à payer, sont envoyées systématiquement au domicile des patients par les agents des SE pour le paiement du ticket modérateur. Les lettres sont émises par le bureau des SE tous les 15 jours.

Cela pose non seulement un problème de délai de recouvrement (les lettres de relance peuvent partir relativement tard après le passage aux Urgences) mais aussi une difficulté d'organisation : si le patient règle tardivement par courrier en recevant la lettre de relance, il est très probable qu'un titre ait déjà été émis. Les agents doivent alors le retrouver pour raccrocher le règlement et annuler le titre.

#### Site de Sèvres

Il n'existe pas de lettre de demande de prise en charge de l'Assurance maladie ou de lettre de relance pour le Ticket Modérateur : un avis des sommes à payer part directement de la Trésorerie, via le bureau des Soins Externes.

#### Cas du patient arrivé aux urgences sans aucun document de prise en charge SS ou assimilé

Dans ce cas, sur le site de Saint-Cloud, les agents de SE envoient le lendemain du passage un courrier demandant une photocopie de l'attestation de SS ou autre document de prise en charge.

Une fois la prise en charge de l'assurance maladie revenue, cette donnée est enregistrée dans CPAGE. Une lettre de relance pour la part TM et/ou un avis des sommes à payer sur le site de Sèvres seront à nouveau envoyés au domicile du patient.

Il en résulte une « paperasse chronophage » selon les agents rencontrés. De plus, le courrier de demande des coordonnées de SS n'incite pas le patient à venir à la fois présenter ses documents de prise en charge par l'Assurance maladie et régler la part TM afin d'éviter un second courrier.

Le délai de recouvrement s'en trouve donc rallongé, d'autant plus que les caisses des SE ne sont pas ouvertes le samedi,

Points critiques rencontrés :

- Les informations administratives communiquées aux urgences sont souvent incomplètes ou erronées (adresse et numéro de téléphone inscrits très rapidement, manque de moyens pour vérifier les informations). Les tâches administratives ne sont pas la première préoccupation des personnels soignants, peu formés à ces tâches.

- Des dysfonctionnements techniques existent avec la carte CPS et la borne CV : la borne CV tombe parfois en panne, la carte CPS a une durée active de lecture de la CV de 4 heures environ. Rien n'indique que la carte CPS est désactivée (aucune alarme visuelle sur le nouveau boîtier). Dans la précipitation, les infirmiers ne regardent pas toujours l'activation de la carte CPS (permettant de lire les droits, le taux de prise en charge par la SS).

- Le personnel des urgences ne dispose pas d'une procédure d'utilisation de la carte CPS.

- Pour des patients européens, le personnel demande l'adresse, rarement le formulaire européen de prise en charge (il est à noter cependant que le nombre de patients concernés est très faible).

- Le patient n'est que très peu incité à aller payer aux caisses. Les motifs invoqués sont multiples: le patient est fatigué, la file d'attente est démotivante aux caisses, les horaires d'ouverture sont trop restreints, et de toute façon, le codage n'est pas souvent réalisé en temps réel sur CDP2 par les médecins sur le site de Saint Cloud.

Tout au plus, une information orale, selon les agents, est délivrée pour inciter le patient à se rendre à la caisse. Le discours « rentrez chez vous, vous recevrez la facture par la Poste » demeure.

- CPAGE décoche parfois automatiquement une majoration qui devrait pourtant être appliquée à certaines heures dans CDP2. (Cette majoration est récupérée de manière manuelle par les agents des Soins Extérieurs). (Ce dysfonctionnement est en voie de résolution)

- Autre dysfonctionnement rencontré : l'établissement est confronté (depuis le début de l'année 2008) à une perte de passage aux urgences (certains ATU ne sont pas retrouvés dans le logiciel et donc non facturés). A l'heure de la rédaction de ce mémoire, l'établissement recherche les causes de ces pertes.

B) Des consultations externes organisées autour du prépaiement

a) *Organisation de l'accueil administratif et enregistrement des patients*

Une pièce d'identité et la CV sont demandées par l'agent et le patient est enregistré dans CPAGE. Si la carte vitale n'est pas à jour, les agents peuvent la réactualiser dans la borne placée devant les guichets.

b) *Codage*

Selon le médecin avec lequel le patient à rendez-vous, l'agent pré-code certains actes (Les agents disposent d'un classeur récapitulatif).

c) *Facturation et Encaissement*

Le CH4V a fait le choix de ne plus accepter le tiers payant pour les consultations externes. Le patient règle le ticket modérateur s'il ne bénéficie pas d'une prise en charge à 100% et reçoit une quittance pour sa mutuelle. Une FC est remise au patient afin de se rendre en consultation. Arrivé dans le service pour sa consultation, ce dernier doit présenter sa FC à l'entrée.

Le point positif de ce fonctionnement est qu'il ne semble pas y avoir de contournement du BE par les patients : les patients viennent s'enregistrer et récupèrent leur FC. Les professionnels de santé, dans leur grande majorité, savent que la présentation de la FC est un gage de passage aux caisses.

d) *Points critiques rencontrés*

- Une réflexion sur le pré-codage et le pré-paiement devra être menée. En effet, si l'avantage principal est l'obligation de passage en caisse pour le patient, en revanche, les inconvénients qui apparaissent sont notamment la déresponsabilisation pour les acteurs de soins et le risque de perte financière par le non-codage d'actes non prévus ou non pré-payés ( « pourquoi corriger ce qui a été codé aux caisses, de toute façon, c'est déjà payé » ou bien « pourquoi faire repasser le patient aux caisses pour payer un acte AMI qui n'a pas été codé, il va refaire la queue juste pour cela »).

- Dans un même ordre d'idée, lors d'une consultation spécialisée prépayée, en cas de besoin d'une radio imprévue, le patient est invité à se rendre immédiatement au service

de radiologie pour effectuer celle-ci. Or, cette radio n'a pas été pré-codée et n'a donc pas été pré-payée.

- Les locaux ne permettent pas d'offrir un accueil de qualité : si les locaux sont modernes, l'attente se fait cependant debout, les patients n'osant pas aller s'asseoir de peur de perdre leur tour. Selon les horaires, la file d'attente empiète sur le couloir, lieu de passage vers la sortie.

- De même, la file d'attente est la même pour tous : patients arrivants, patients sortants et ramenant la FC ou encore patients des urgences désirant payer les frais liés à leur passage.

- Les agents, soucieux d'enregistrer rapidement les patients pour diminuer la file d'attente, procèdent à l'enregistrement dans CPAGE très vite, voire trop vite ? (Ils ne lisent pas toujours les messages d'alerte sur le dossier d'un patient par exemple).

- Concernant le parcours de soins coordonnés, les agents des soins externes demandent au patient si celui-ci a un médecin traitant. Ils ne demandent pas si c'est ce même médecin traitant qui l'envoie à l'hôpital.

- Il n'y a pas de polyvalence des agents des admissions avec ceux des soins externes alors que leurs guichets jouxtent ceux des SE. Si les agents de l'accueil et des SE s'entraident, cela paraît moins évident entre les agents des admissions et des SE.

- Les absences du personnel médical sont difficilement connues sauf pour les vacances d'été. Le corps médical n'actualise pas toujours ses tableaux de service (le comportement du corps médical entraîne parfois des absences inopinées lors de plages de consultations qui sont ainsi annulées sans en avertir tous les agents concernés). Ceci a des répercussions sur la gestion des plannings des agents du BE et l'adaptation au flux des rendez-vous.

- Quelques consultations ont parfois lieu le samedi matin (le nombre de consultation est faible cependant). Pour celles-ci, les agents des SE récupèrent les listes papier avec les coordonnées le lundi pour enregistrer les patients, puis ils envoient une facture à domicile.

- Seul un agent des admissions travaille le samedi mais il ne s'occupe pas des soins externes.

- De même, les caisses fermant à 16h30, un patient terminant sa consultation après cette heure ne paye pas (faible nombre tout de même) et il recevra la facture chez lui.

C) Les consultations de gynécologie obstétrique et le suivi de maternité : des pratiques d'accueil hétérogènes.

Un « zoom » est effectué ici sur la discipline de gynécologie obstétrique.

En effet, 30,3 % des consultations de l'établissement sont des consultations de gynécologie-obstétrique (en valorisation financière).

À partir du 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse, la patiente est prise en charge à 100% par l'assurance maladie. Une distinction est ainsi opérée sur un site (celui de Sèvres) concernant le taux de prise en charge de la patiente avant et après cette date.

a) *Site de Sèvres*

- Organisation de l'accueil administratif et enregistrement avant le 1er jour du 6<sup>e</sup> mois

À chaque consultation, les patientes se rendent en caisse pour présenter leurs documents de prise en charge et être enregistrées.

- Codage, facturation et encaissement avant le 1er jour du 6<sup>e</sup> mois

La consultation est prépayée par la patiente (les hôtessees donnent des indications sur le motif de venue de la patiente aux caisses des soins externes). Les caisses ont un classeur récapitulatif des actes réalisés par médecin ou sage femme.

Puis, la patiente se rend en consultation avec une quittance (pas de feuille de circulation quand la patiente a payé le TM, mais une FC est remise à la patiente quand elle n'a pas à payer de TM afin de prouver qu'elle est bien passée aux caisses).

- Organisation de l'accueil administratif à partir du 1er jour du 6<sup>e</sup> mois

Lors de la première consultation se déroulant après le 1<sup>er</sup> jour du 6<sup>e</sup> mois de grossesse, les caisses identifient la prise en charge à 100 % de la patiente et remettent des étiquettes spécialement dédiées pour cette spécialité à la patiente qui les garde pour chaque rendez-vous qu'elle aura à l'hôpital (consultation obstétricien, sage-femme, laboratoire, etc.). La patiente ne se présentera plus aux caisses jusqu'à son accouchement.

- Codage à partir du 1er jour du 6<sup>e</sup> mois

A chaque consultation, le professionnel de santé prend une étiquette et la colle sur une feuille papier en y inscrivant au stylo les actes qui ont été réalisés. La patiente ne revient jamais en caisse à partir de ce jour.

- Enregistrement et facturation dans le logiciel à partir du 1er jour du 6<sup>e</sup> mois

Tous les soirs, les feuilles papiers, sur lesquelles les consultations et actes ont été codés à la main, sont transmises aux caisses externes. Les agents de SE saisissent le lendemain les actes inscrits sur le papier dans le logiciel pour facturation (les patientes étant prise en charge à 100%, la prise en charge est donc identique à chaque passage dans ce cas).

b) *Site de Saint-Cloud*

- Organisation de l'accueil administratif

La patiente se présente à la caisse du service de consultation de gynécologie obstétrique au niveau B (le matin, un agent des caisses des soins externes est décentralisé) ou aux caisses centrales au niveau A, l'après-midi ou en cas d'absence de l'agent des soins externes.

- Codage, facturation et encaissement

L'agent pré-code les actes prévus et un prépaiement est demandé à la patiente. La patiente règle selon son taux de prise en charge. Une feuille de consultation est remise à chaque fois (quel que soit le taux de prise en charge). Il y est inscrit au stylo ce que l'agent a pré-codé.

En consultation, les médecins ou sages-femmes doivent valider ou corriger sur le papier ce qui a été inscrit (les sages femmes corrigent directement sur CDP2). Il convient de rappeler ici que toutes les salles de consultations du niveau B disposent d'ordinateurs.

Puis, la patiente ramène la FC au guichet des caisses (il s'agit d'une simple dépôt sauf s'il y a une correction à apporter dans le pré codage et donc le prépaiement).

c) *Rythme de facturation*

En juin 2008, pour les soins externes, le titrage des dossiers est fait deux ou trois fois par mois à Sèvres, une fois par mois à Saint-Cloud.

d) *Bilan et points critiques rencontrés*

- Site de Sèvres

Ce système a l'avantage de simplifier les démarches administratives pour la patiente en lui évitant ainsi de se présenter aux guichets des soins externes à chaque rendez-vous.

Néanmoins, l'inconvénient de ce système est une lourdeur de gestion pour les agents des SE. Une part importante du temps des agents des soins externes concerne le travail de saisie des actes dans le logiciel. Il convient toutefois de signaler que les salles de consultations ne sont pas toutes équipées de postes informatiques.

- Site de Saint Cloud

- En consultation, les sages femmes codent en temps réel les actes effectués en suivi de grossesse et en explorations fonctionnelles. Une réflexion sur les bénéfices du pré-codage doit être menée.

- De plus, les consultations commencent parfois à 8h et la caisse du service de consultation de gynécologie obstétrique, au niveau B, n'ouvre qu'à 9h. Les patientes doivent se présenter aux guichet des SE au niveau A. Les horaires des agents des soins externes ne semblent donc pas toujours adaptés.
- La FC ne revient pas toujours aux agents des SE. La patiente garde parfois la FC.

#### D) Les hospitalisations programmées

##### a) *Organisation de l'accueil administratif et enregistrement*

Des pré-admissions sont réalisées pour les hospitalisations programmées sur les deux sites. Les patients sont informés dès leur consultation de l'importance d'aller faire leur pré admission. La secrétaire du service où aura lieu la future hospitalisation doit orienter, en principe, le patient vers le service des admissions afin qu'il fasse sa pré admission.

Sur le site de Sèvres, au moment de la pré-admission, il est demandé au patient d'effectuer lui-même sa demande de prise en charge mutuelle. La mutuelle renvoie directement à l'hôpital la prise en charge. Pour les transferts entrants et les hospitalisations en urgence, les admissions demandent à la famille de passer au Bureau des Admissions pour fournir la carte de mutuelle si cela n'a pu être fait auparavant.

Sur le site de Saint-Cloud, ce sont les agents des admissions qui effectuent la demande de prise en charge mutuelle.

##### b) *Codage*

Les pratiques de codage des actes et diagnostics sont très hétérogènes selon les services.

En théorie, il est prévu que les médecins codent les actes CCAM ainsi que les diagnostics de la CIM 10. Ce codage doit arriver au niveau du PMSI avec la feuille de RUM, la feuille de compte rendu d'hospitalisation (CRH) et la feuille de compte rendu opératoire (CRO) le cas échéant, soit en version papier, soit directement sur le logiciel de codage CDP2. Puis, la TIM contrôle.

En pratique, les actes sont codés par les médecins plus ou moins rapidement, de manière plus ou moins constante avec parfois des oublis. S'agissant de la CIM 10, le codage est plus ou moins inconstant ou juste. La TIM code parfois les actes CCAM manquants à la place du corps médical et corrige le codage CIM 10, quand il existe, à partir des CRO et CRH qu'elle reçoit (les dossiers médicaux restent dans le service).

Le département de l'information médicale estime que les délais d'obtention des actes CCAM, des diagnostics de la CIM 10 et des CRH et CRO sont longs.

### c) *Facturation*

Le rythme de facturation en hospitalisation est le même sur les deux sites (deux facturations par mois) mais le travail est organisé différemment.

- A Sèvres : le Département de l'Information Médicale donne le signal pour libérer le dossier en facturation. Celui-ci passe alors à l'arrière où les droits du patient sont vérifiés. Les agents vont chercher l'acte exonérant dans DIAMM et le saisissent.

Si l'acte y figure, les agents valident la numérotation du dossier, celui-ci part alors dans la chaîne de facturation. Sinon, la transaction est bloquée et les agents réclament la réception de l'acte.

- A Saint Cloud : les droits sont vérifiés (assurance maladie, mutuelle). Les agents ne s'occupent pas des actes.

Les actes sont parfois saisis en cours de séjours et les agents le notent dans le dossier. Mais, même s'il n'y a pas d'acte, le dossier est quand même libéré et envoyé en facturation, avec un redressement probable par la suite.

Le titrage des dossiers est réalisé deux ou trois fois par mois à Sèvres, deux fois par mois pour l'hospitalisation à Saint-Cloud.

Les méthodes de travail sont différentes d'un site à l'autre pour la facturation : A Sèvres, le travail est effectué en différents lots (ex : cellule PMI, cellule consultation, cellule FIV, cellule hospitalisation de Jour, cellule néonatalogie, etc.) ; à Saint Cloud, le travail est réalisé en deux lots (urgences et hospitalisations).

### d) *Encaissement*

A sa sortie, le patient se présente aux guichets des admissions pour clôturer son dossier et régler éventuellement certaines prestations non prises en charge par la mutuelle, s'il dispose d'une mutuelle ou bien le reste des frais à sa charge s'il n'a pas de mutuelle.

### e) *Points critiques rencontrés*

Le moment de la pré admission constitue un temps d'échange privilégié avec le patient ou sa famille : le patient a le temps de s'asseoir pour donner toutes les informations nécessaires, dans un climat relativement serein.

Si les agents détectent un problème d'ouverture de droit, ils se mettent en relation avec le service social.

- Site de Sèvres : les Admissions travaillent beaucoup en pré admission notamment pour les admissions à la maternité.

- Site de Saint Cloud : la demande de prise en charge de mutuelle est souvent faite par courrier, ce qui représente une perte de temps, ou par fax lors de la pré-admission ou de l'admission.

En attendant la réponse de la mutuelle, la facturation peut être elle aussi mise en attente. Il convient donc d'anticiper les demandes dès que possible.

Les pré-admissions en maternité existent sur le site de Sèvres. Il n'en existe pas sur le site de Saint Cloud, sauf pour les césariennes programmées. Or, il convient de rappeler ici qu'en 2007 ont eu lieu 2020 naissances sur le site de Saint-Cloud et 1645 sur le site de Sèvres.

Lors de l'arrivée d'une patiente en maternité sur le site de Saint-Cloud, le service envoie le futur père ou un agent du service soit au bureau des entrées pendant les heures d'ouverture, soit aux urgences afin de procéder à l'admission dans CPAGE et d'éditer des étiquettes (il est impératif d'ouvrir un dossier dans CPAGE pour pouvoir coder dans CDP2).

- Il n'existe pas d'outils de suivi du travail des agents. Ils ne travaillent pas par portefeuille.
- Le mouvement n'est pas toujours fait en temps réel dans tous les services de soins. Il existe des erreurs. De plus, le mouvement est réalisé à la fois dans CPAGE et en version papier, d'où une perte de temps et un accroissement des tâches administratives dans les services de soins ainsi qu'aux bureaux des entrées. Les agents des admissions vérifient le mouvement sur CPAGE d'après la version papier. Ceci peut impacter la facturation notamment pour celle du régime particulier.

- Le parcours physique du patient au sein même des guichets du bureau des entrées sur le site de Saint Cloud paraît lourd. Le règlement par carte bancaire n'est pas possible au guichet où le patient sortant est assis. S'il souhaite régler en carte bancaire, les agents demandent au patient de se déplacer à un autre guichet alors qu'il existe des lecteurs de carte bancaire à tous les guichets. Or, ceux-ci ne sont pas activés.

- Il est à noter, par ailleurs, chez les agents des BE un manque de connaissance sur la T2A et les changements de la facturation. Les agents n'ont pas encore intégré l'importance des délais de paiement, de la réception rapide des prises en charge mutuelle etc. Ils travaillent encore avec des habitudes prises lors du fonctionnement par dotation globale.

Cette analyse, très descriptive, avait pour but de mieux appréhender la réalité quotidienne des acteurs de la chaîne de facturation. Elle permet également permis de poser un diagnostic sur l'état des lieux de la chaîne de facturation.

## 2.3 Diagnostic

A) Le point noir : les urgences

a) *Un taux d'entrée par les urgences à prendre en compte.*

Sensible pour la qualité du taux de recouvrement, le taux d'entrée par les urgences reste faible par rapport aux autres modes d'entrées du CH4V. Dans des zones plus défavorisées ou à population plus mobile (zone touristique), l'entrée par les urgences peut être forte, voire représenter le tiers des modes d'entrée.

Néanmoins, à titre de comparaison, dans les huit établissements participant au chantier MEAH sur le recouvrement, le pourcentage d'hospitalisations issues des urgences par rapport au nombre total d'hospitalisations varie de 4,80 % à 35 %, la moyenne de ces huit établissements s'élevant à 15,8 %.

Au CH4V, les passages aux urgences justifient une hospitalisation dans 12,60 % des cas.

b) *L'architecture de chaque site du CH4V : favorable pour le recouvrement des consultations et des hospitalisations mais peu encline au recouvrement des passages aux urgences*

L'accueil des patients sur les deux sites MCO du CH4V est contraint par l'architecture des bâtiments. Le manque de locaux disponibles est une réalité à laquelle sont confrontés de nombreux services.

Les urgences et les caisses des soins externes ne sont pas situées au même étage<sup>37</sup>.

Cependant, les guichets des soins externes et des admissions sont localisés dans le hall d'accueil de l'entrée principale desservant soit les étages supérieurs sur le site de Sèvres et permettant ainsi de centraliser le passage des patients, soit les étages inférieurs et supérieurs sur le site de Saint Cloud.

En revanche, le cheminement de sortie des patients peut se faire par différentes sorties (principale ou annexe) sur les deux sites.

Le CH4V connaît des difficultés de recouvrement sur les urgences. Ce service mobilise un temps de travail important pour les agents des soins externes aussi bien pour l'envoi de lettres de relance sur le site de Saint-Cloud que pour le codage des actes réalisés aux urgences sur le site de Sèvres.

---

<sup>37</sup> À titre de comparaison, cinq des huit établissements du chantier pilote de la MEAH sur le recouvrement ont un bureau des entrées décentralisé aux urgences. (cf. Rapport de phase 4)

B) Un accueil administratif non harmonisé entre les deux sites MCO et à l'intérieur des sites

a) *L'absence de guichet unique qui ne facilite pas une politique d'accueil de qualité*

L'accueil du patient est fragmenté au CH4V notamment sur le site de Saint-Cloud :

- il est spécialisé par mode d'entrée : guichet des consultations externes / guichet des hospitalisations. Le personnel du bureau des entrées est spécialisé par mode d'entrée et n'a que peu de lien avec le personnel administratif des services de soins.

- il sépare en partie le recueil des données administratives des prestations annexes proposées par l'établissement : le paiement d'une chambre individuelle et du téléphone est effectué au guichet des hospitalisations, la demande et le paiement de la télévision sont gérés par un prestataire extérieur et s'effectue à la cafétéria.

– il est spécialisé selon les guichets sur le site de Saint Cloud : en effet, le patient accueilli à un guichet d'hospitalisation (n°1 ou n°2) est invité à se rendre à un autre guichet (n°3) lorsqu'il souhaite payer en carte bancaire. Bien que des terminaux bancaires soient installés à chaque guichet d'hospitalisation, les agents ne s'en servent pas et demandent au patient de se déplacer.

b) *L'hétérogénéité des pratiques d'accueil au sein du même établissement*

Les pratiques d'accueil sont parfois différentes pour une même spécialité d'un site à un autre (accueil en consultation de gynécologie- obstétrique, admission à la maternité). Or, 53 % des entrées de MCO sont des entrées en gynécologie –obstétrique.

C) Une culture d'établissement et de facturation à réinventer suite à la fusion<sup>38</sup>

a) *Un cloisonnement des services*

Ce cloisonnement se situe à deux niveaux :

- entre le bureau des entrées (admissions et SE) et les services soignants :

---

<sup>38</sup> PFEIFFER M., MADELMONT F., janvier-février 2006, « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », *Revue Hospitalière de France*, n° 508.

Les agents du BE ne partagent pas spontanément les informations avec les personnels des services de soins (administratifs, secrétaires médicales, soignants). En effet, les agents du BE se rendent peu dans les services de soins et hésitent à s'adresser à eux directement afin d'obtenir des informations complémentaires.

En cas de difficultés avec un service de soins, les agents du bureau des entrées préfèrent mettre en place des circuits parallèles qui allongent et complexifient leur travail plutôt que d'engager le dialogue avec le service concerné. De plus, les services soignants ne semblent accorder que peu d'intérêt à ce qui ne contribue pas directement aux soins.

- à l'intérieur du service Admission /Soins externes :

Il n'existe pas de polyvalence non seulement entre ces deux services pourtant situés géographiquement au même endroit mais également à l'intérieur même des Admissions. Depuis le printemps 2008, un début de polyvalence au sein des admissions s'organise concernant l'apprentissage de la facturation par tous.

*b) Une connaissance imparfaite de la réglementation sociale, des réformes et de leurs répercussions*

Les agents du bureau des entrées maîtrisent l'utilisation des outils carte CPS et carte Vitale pour ouvrir les droits de sécurité sociale.

Mais, comme présenté auparavant, la réglementation sociale devient plus complexe dans l'analyse de chaque cas de patient accueilli, les agents n'appliquent pas toujours de façon homogène les règles et les bonnes pratiques. Un exemple : il est demandé si le patient a un médecin traitant mais non si c'est ce même médecin traitant qui envoie le patient consulter à l'hôpital.

De plus, les courriers à destination du public ne semblent pas harmonisés entre les sites. Si le site de Sèvres dispose d'un fichier informatique répertoriant les courriers et lettre-type actualisés, le site de Saint-Cloud fonctionne encore avec des courriers anciens. Par exemple, à Saint-Cloud, le délai demandé pour le retour de la prise en charge mutuelle est d'un mois. Or, dans un contexte de T2A et de future facturation directe à l'assurance maladie, il serait plus intéressant de demander au patient sa prise en charge « le plus rapidement possible » voire même avant son entrée. De même, sur le site de Sèvres, les courriers envoyés au domicile des patients ne comportent pas le nouveau nom de l'hôpital adopté un an auparavant.

Ce manque de connaissance des agents peut s'expliquer notamment par leurs manques de formation en relation avec leur métier (recherche sur les formations effectuées par ces agents depuis 2005 auprès de la Direction des Ressources Humaines).

Enfin, le personnel des urgences n'associe pas systématiquement la carte CPS et la lecture de la Carte Vitale, ce qui empêche de récupérer les droits inscrits sur la Carte Vitale. Des procédures d'accueil existent mais elles s'apparentent plus à des guides d'utilisation des logiciels qu'à des procédures.

*c) Un management du processus de facturation à améliorer*

Les outils de pilotage (indicateurs de suivi de l'activité de facturation) ne sont pas développés. De même, des procédures communes et connues de tous les services pour les deux sites MCO seraient nécessaires afin de fiabiliser le processus de recueil d'information: beaucoup de personnels interviennent dans cette chaîne sans en connaître l'importance et les conséquences.

Quelques procédures relatives à la clientèle existent pourtant (notamment sur le site de Sèvres, datées de quelques années) mais elles ne sont pas suffisamment exploitées sur l'ensemble du CH4V.

En outre, les mentalités des personnels et du corps médical doivent aussi évoluer : l'hôpital n'est pas gratuit et la Dotation Globale n'existe plus. Par corollaire, le vieux discours « rentrez chez vous, vous recevrez la facture par courrier » est désormais à bannir car désresponsabilisant.

D) Le codage

*a) Une diversité des modalités de codage*

L'application inégale des règles de codage par le corps médical au sein du CH4V nuit à une bonne visibilité de l'activité de facturation et de recouvrement.

Un projet de réorganisation du codage des séjours est en cours de préparation afin d'unifier et d'optimiser le codage sur l'ensemble des sites (transmission rapide aux TIM des comptes rendus d'hospitalisation et opératoire, le cas échéant, détaillés pour un codage effectué par les TIM).

*b) Une facturation difficile lors de la sortie du patient faute de codification des actes à temps*

Il apparaît aujourd'hui que les personnels médicaux ont parfois des difficultés à accepter et à intégrer les enjeux de la tarification à l'activité. Ils semblent qu'ils n'aient pas encore pris la mesure de leur rôle décisif dans le processus de recouvrement.

Les problèmes rencontrés dans la codification (lenteur d'élaboration du compte rendu d'hospitalisation, lenteur du codage) ne facilitent pas l'accélération de la saisie au plus près de l'acte.

Le département de l'information médicale estime globalement que les délais de codage des actes CCAM, des diagnostics et des CRH et CRO pourraient être plus courts. L'organisation en pôles d'activités et la responsabilisation de ceux-ci sur leur budget et leur activité pourront accélérer, peut-être, leur prise de conscience et faciliter leur mobilisation sur l'enjeu d'une codification rapide et fiable.

Pour les consultations externes, le prépaiement permet dans la majorité des cas de facturer le patient avant sa consultation et donc sa sortie. Il reste à analyser si le pré codage est adapté et bien conforme à l'activité réalisée en consultation.

Si les problèmes de complexité de la codification et l'absence d'outil performant d'aide au codage peuvent expliquer partiellement la lenteur de la saisie des actes, ils ne viennent simplement que renforcer le manque de motivation des médecins eux-mêmes.

#### E) Les échanges avec l'assurance maladie complémentaire restreints à l'hospitalisation

La tendance est en effet aujourd'hui à la complexification des contrats d'assurance maladie des organismes complémentaires qui cherchent ainsi à mieux maîtriser les risques couverts en raison du désengagement du régime obligatoire. Ainsi, les contrats sont de plus en plus individualisés et leurs dates de validité de plus en plus restreintes. Les cartes émises n'étant que la preuve de l'ouverture de droits au moment de leur émission mais non au moment de leur présentation à l'accueil de l'établissement, le risque est d'ouvrir des droits auprès d'un organisme complémentaire alors que le bénéficiaire est radié ou suspendu.

C'est pourquoi, le CH4V a fait le choix de ne plus accepter le tiers payant pour les soins externes afin d'éviter un processus de facturation de plus en plus « en aveugle » qui génère un nombre important de rejets par les mutuelles qui parfois refusent de prendre en charge un patient ou bien re-qualifient le niveau de couverture de la prise en charge.

Ceci peut s'avérer à la fois un inconvénient pour le CH4V (fuite des patients recherchant le tiers payant) mais également un avantage (encaissement en régie directement lors du prépaiement).

#### F) L'activité d'encaissement en régie prolongée est développée

Le paiement en régie présente un certain nombre d'avantages : moins d'envoi de courriers (traitement, affranchissement, NPAI, etc.), encaissement immédiat et surtout probant. Tous les agents des BE du CH4V peuvent encaisser mais le délai de codage et donc de réalisation des factures ne permet que rarement de faire payer le patient à sa sortie surtout aux urgences ou en hospitalisation.<sup>39</sup>

La régie prolongée permet ainsi de désengorger l'émission des titres par la Trésorerie surtout pour les consultations externes.

En raison de la fusion et des restructurations et mutualisations de certaines activités au sein du CH4V, une comparaison des encaissements en régie s'avère peut exploitable.

#### G) Relations CH4V-CPAM

Le passage à la T2A et à la prochaine facturation directe à l'assurance maladie suppose une maîtrise des flux d'échanges entre l'établissement et l'assurance maladie obligatoire (B2-NOEMIE).

Néanmoins, le recouvrement peut souffrir aussi de la non-qualité générée en amont du processus par le manque de fiabilité de la collecte des données sur l'identification et l'ouverture des droits. En conséquence, le processus génèrera un nombre important de rejets des titres de paiement par les débiteurs.

S'agissant des relations existantes avec la CPAM 92, celles-ci s'articulent actuellement et notamment autour du suivi de la mise en place de la télétransmission CH4V / TP / CPAM 92.

Le site de Saint Cloud a démarré en télétransmission en janvier 2007 et Sèvres fin juillet 2007. Le CH4V totalisait en 2007 24 % de rejets Noémie et 41 % en montant.<sup>40</sup> La norme nationale étant de 2,5 % de rejets pour les établissements de santé. Ce taux de rejet important est lié à la mise en place de la télétransmission. Il est possible, par un suivi étroit, de diminuer sensiblement les rejets pour arriver à un taux de 5 à 6 %.

Le CH4V a enregistré en janvier 2008 sur le site de Saint-Cloud 16 % de rejets, et du 1<sup>er</sup> au 21 février 2008 18 % ; sur le site de Sèvres, le taux était de 24,21 % en janvier 2008.

---

<sup>39</sup> Cf. *supra*

<sup>40</sup> Source Trésorerie Principale

Des échanges gagneraient à être développées en matière de formation ou d'accompagnement aux changements et réformes de l'Assurance maladie envers les agents du bureau des entrées, à l'instar des pratiques organisées dans d'autres Centres Hospitaliers ( CH du Pays de Gier, dans la Loire, par exemple).

#### H) Relations entre l'établissement et la Trésorerie.

Le CH4V ne dispose pas d'un trésorier présent au sein de l'hôpital ou dédié spécifiquement à lui. A titre de comparaison, la moitié des huit établissements du chantier MEAH (deux CHU et deux CH) ont un trésorier présent ou dédié à l'hôpital.

Le projet de gestion 2008/2012 du CH4V, voté par le conseil d'administration, prévoit en revanche un partenariat étroit entre la Trésorerie et l'établissement. Un quart des actions envisagées concerne la facturation et le recouvrement.

Des échanges réguliers d'informations sur des indicateurs de suivi de recouvrement se mettent en place permettant de connaître pour chaque type de débiteurs le montant de la prise en charge, les montants recouverts, les restes à recouvrer, le taux brut de recouvrement<sup>41</sup>.

Si des échanges d'informations ont toujours existé, le changement de contexte nécessite d'accentuer les échanges comme par exemple pour les corrections des NPAI.

#### I) Données de recouvrement issues de la Trésorerie

Le taux de recouvrement est pris à la clôture de l'exercice y compris la journée complémentaire. Le taux de recouvrement exprime le « produit » final, c'est-à-dire le résultat du processus. Ce taux permet de mesurer l'efficacité du recouvrement sur l'exercice 2007. Pris à cette date, le taux est révélateur de la rapidité de l'émission des titres de l'exercice.

Ce taux de recouvrement s'exprime globalement par débiteur (particuliers, caisses, mutuelles, Etat et collectivités locales). Mais, il faut savoir que le taux concernant un exercice donné variera fortement d'une période de mesure à une autre puisque l'effort de l'établissement et de la TP se poursuit jusqu'à ce que l'ordonnateur décide de passer en ANV les titres émis non recouvrables.

Ainsi, la rapidité de l'émission d'une facture ou d'un titre de recouvrement est un gage d'un plus grand succès dans le recouvrement.

---

<sup>41</sup> Source : applicatif OREGHON, Trésor Public

### Taux de recouvrement spontané par type de débiteurs au CH4V<sup>42</sup>

	Taux de recouvrement spontané Exercice 2007	Taux de recouvrement spontané Exercice 2006
Hospitalisés et consultants	76,86 %	78,77 %
Caisses de sécurité sociale	65,06 %	61,53 %
Mutuelles et autres tiers payants	63,93 %	69,47 %
Etat, département, collectivités territoriales	73,74 %	71,65 %
Débiteurs divers	95,35 %	86,64 %

Pour l'exercice 2007, le CH4V se situe en dessous de la médiane des établissements de sa catégorie (Moyen CH) pour l'évolution des montants recouverts sur les hospitalisés et les consultants par exemple.

(Cette catégorie « Moyen CH » est définie par le Trésor Public : elle comprend des établissements similaires budgétairement).

Ainsi, la médiane est de + 4,89 % d'évolution des montants recouverts entre 2007 et 2006 sur les hospitalisés et les consultants ; le CH4V se situe à + 1,31 % d'évolution entre 2007 et 2006<sup>43</sup>. (S'il convient de comparer les bases de départ ou sa situation à une moyenne nationale ou régionale, ces informations n'ont pas été disponibles).

On peut donc supposer que le taux de recouvrement au CH4V pourra s'améliorer dans le futur.

#### J) Diagnostic synthétique SWOT

L'analyse SWOT (ou matrice SWOT, de l'anglais *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces), est un outil de stratégie

---

<sup>42</sup> Source: Oregon, Trésor Public. (Cf. annexe 3 pour le détail des taux de recouvrement)

<sup>43</sup> Ces chiffres ont été communiqués par la Trésorerie Principale de Saint-Cloud ; cependant, il n'a pas été possible de disposer de ces données comparatives pertinentes.

permettant de déterminer les options stratégiques envisageables au niveau d'un domaine d'activité.

Ce tableau permet ici d'analyser les éléments issus de l'environnement externe et interne de l'établissement et qui jouent sur le projet d'optimisation du processus de recouvrement.

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'existence de régies de recettes et de régie prolongée</li> <li>- La demande d'une pièce d'identité au BE</li> <li>- L'harmonisation du logiciel de gestion administratif CPAGE au sein de l'établissement</li> <li>- La participation du personnel soignant des urgences à l'accueil administratif du service</li> <li>- Le prépaiement en consultation rendant obligatoire le passage au BE</li> <li>- La configuration architecturale plus ou moins monobloc</li> <li>- Volonté forte de la Direction des Finances d'harmoniser les pratiques et de clarifier le circuit de facturation</li> <li>- Actions de sensibilisation de la part de la Direction des Finances vers le corps médical sur l'importance d'un codage rapide et exhaustif</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La gestion administrative du patient n'est pas le cœur de métier du personnel soignant des urgences : méconnaissance des répercussions en cas d'erreur</li> <li>- Pas d'agent du BE aux urgences et caisses des soins externes situées hors du parcours physique du patient des urgences</li> <li>- Le prépaiement en consultation : risque de non codage d'activité supplémentaire et imprévue</li> <li>- Une diversité des règles de codage de la CIM 10 et actes CCAM en hospitalisation</li> <li>- Un manque d'adhésion du corps médical aux enjeux de la T2A et de la facturation</li> <li>- Des logiciels de codage différents d'un site à l'autre</li> <li>- Le manque d'indicateurs pertinents au BE</li> <li>- L'absence de polyvalence des agents entre les admissions et les soins externes</li> <li>- Le cloisonnement entre les services de soins et le BE</li> <li>- Le manque de formation au métier de l'accueil et de la facturation pour les agents du BE</li> </ul>
Opportunités	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La fusion et les réorganisations engendrées</li> <li>- La réorganisation en pôles et la mise en place de tableaux de bord d'activité pour plus de responsabilisation</li> <li>- Des réunions régulières DAF/ services soignants sur le suivi de l'activité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'illusion de gratuité de l'hôpital notamment aux urgences</li> <li>- Une succession de réformes techniques rendant le sujet de la facturation complexe</li> <li>- La coexistence de 2 logiciels administratifs différents sur les sites jusqu'à début 2008.</li> </ul>

## 2.4 Pistes d'amélioration identifiées

Les conclusions des observations constatées ont permis de dégager différents éléments qui pourraient contribuer à l'optimisation de la chaîne de facturation. Ceux-ci sont présentés dans cette partie au travers de quatre axes considérés comme des objectifs stratégiques. La mise en œuvre de chaque axe peut nécessiter la mise en place de différentes actions.

### 2.4.1 Axe 1 : Améliorer le pilotage et le suivi des activités liées au recouvrement

« On ne pilote bien que ce que l'on mesure ». Pour cela, il deviendra indispensable de :

A) Disposer d'outils de suivi fiables en interne

- Harmonisation des règles de codage par le DIM comme préalable ;
- Mise en place de tableaux de bord internes au CH4V (délai de codage, de facturation, d'envoi, taux de facturation patient en fin de mois, taux de rejets B2, nombre de retour NPAI ... par exemple) ;

Trois indicateurs semblent importants à suivre comme éléments de pilotage du processus :

- DMC : délai moyen de codage (nombre de dossiers en attente de codage après un jour, une semaine, un mois, délai de dernier codage par rapport à la date d'entrée)

C'est un indicateur clé de l'étape « séjour-facturation », qui nécessite la mobilisation des médecins et du DIM, l'objectif étant la saisie au plus près de l'acte.

- DMF : délai moyen de facturation (qui est sensible au délai de codage). Il s'agit du délai de facturation par rapport à la date d'entrée, à la sortie du patient.

C'est un indicateur clé du processus administratif et financier, son contenu peut varier en fonction de l'organisation interne de la facturation.

- DMR : délai moyen de règlement (délai d'émission du titre, délai d'encaissement)

Il varie en fonction de l'organisation des modes d'encaissement.

- Suivi régulier des indicateurs disponibles à la TP : logiciel HTR et Oregon ;

- Accentuer les réunions de suivi DAF, DIM, TP et BE et mise en place d'un groupe de travail au sein de l'établissement pour les corrections, les actions, la sensibilisation ( DAF, Ingénieur en organisation, contrôleur de gestion, DIM / TIM).

B) Clarifier le management de la facturation

- Identification d'un responsable unique pour tous les sites (un ingénieur en organisation et responsable de la gestion administrative des patients a été recruté en septembre 2008) ;
- Définir des indicateurs de suivi quantitatif de l'activité propre au BE (nombre de dossiers mis en facturation par agent, montant encaissé en régie par agent, etc.) ;
- Intégrer le DIM au service clientèle – facturation pour expliquer les impacts de la facturation ;
- Mettre en place une cellule qualité de la facturation.

C) Mobiliser le Centre Hospitalier des Quatre Villes dans son ensemble

Cette mobilisation pourrait être réalisée, par exemple, avec quelques modifications suivantes :

- Faire ressortir dans l'organigramme de l'hôpital un service clientèle ou GAP fort et à part ;
- Continuer à aborder le sujet en Conseil Exécutif, CME et CTE ainsi que le suivi régulier du codage et de la facturation ;
- Sensibiliser à nouveau le corps médical et les secrétariats médicaux (en partenariats avec le DIM) sur le codage en temps réel ;
- Intégrer des objectifs de codage et facturation dans les futurs contrats de pôle (délai de codage, de facturation des dossier à partir de l'entrée du patient, taux d'exhaustivité, etc.).

#### **2.4.2 Axe 2 : Améliorer l'efficacité de l'organisation du processus facturation**

A) Harmoniser les procédures et courriers officiels

- Mise en place de procédures communes pour l'ouverture des droits pour tous les services chargés de la prise en charge administrative du patient (enregistrement dans CPAGE, lecture CV, carte CPS, etc.) ;
- Moderniser ou réécrire certains courriers à destination des patients (comportant le vrai nom de l'hôpital fusionné, le logo etc.) pour être plus explicite.

- B) Systématiser le contrôle des données administratives
- Veiller à la bonne utilisation des lecteurs de CV et de carte CPS notamment aux Urgences (procédure rédigée en juin 2008) pour éviter une perte d'activité (perte d'ATU sur les deux sites).
- C) Élaborer un parcours administratif du patient depuis les Urgences vers les caisses selon les horaires et la capacité de déplacement du patient
- Continuer la sensibilisation du service des urgences à la problématique de la facturation et les impacts sur le nombre de passages (cf. dotation annuelle) ;
  - Sensibiliser le personnel sur l'importance d'obliger les patients à aller payer (quand ces derniers le peuvent physiquement) si le codage a été fait en temps réel sur CDP2 ;
  - Réfléchir sur l'intérêt de mettre en place « un parcours fléché » ;
  - Réfléchir à l'allongement des plages horaires des caisses l'après midi (fermeture à 16h30 actuellement) et le samedi notamment (disponibilité du public pour régler les papiers administratifs).
- D) Organisation des relations interservices
- Améliorer les relations services de soins et BE en provoquant des réunions régulières ;
  - Inciter les agents du BE à rechercher des informations administratives auprès des équipes soignantes et des secrétariats médicaux (ex : attestation en ALD) ;
  - Mettre en place un correspondant dans chaque service de soins pour les agents du BE en cas de besoin (par exemple, les secrétaires médicales) ;
  - Rechercher un allègement des tâches de travail en s'interrogeant sur leur valeur ajoutée : suppression de certaines tâches de travail redondantes (double vérification des actes en SE, mouvement fait sur informatique et sur papier par les services de soins, etc.) ;
  - Encadrement des services de soins par les agents des admissions pour améliorer le mouvement des patients afin de supprimer la version papier ;
  - Adapter les horaires de travail du BE en fonction des services de consultations et de soins.

### 2.4.3 Axe 3 : Une communication interne et externe à améliorer

- A) Sensibiliser le personnel aux enjeux du recouvrement sans l'opposer à la qualité des soins
- Sensibiliser les services de soins sur ce thème en développant les pré-admissions sur l'ensemble du CH4V (idée de tranquillité du ou de la patient(e) et son entourage le jour de l'admission) ;
  - Sensibiliser tous les agents sur l'intérêt de recueillir les bonnes informations administratives (démarche pédagogique lors de réunion de service avec des représentants du BE et de la DAF par exemple) ;
  - Mettre un terme à l'idée répandue chez certains personnels selon laquelle « Hôpital = gratuité » ;
  - Responsabiliser les médecins : poursuivre leur sensibilisation sur l'intérêt de coder rapidement et de faire payer l'activité de soins ; il en va de la définition des seuils d'activité pour les tutelles, de la reconnaissance de l'activité, de la légitimation des demandes de personnels supplémentaires ou de non remplacement, etc.
- B) Communiquer vers le public
- Informer les patients sur les documents à présenter lors de leur venue, surtout aux urgences ;
  - Elaborer des documents types remis au patient pour rappeler les démarches administratives à faire avant ou après la venue à l'hôpital (l'identification administrative du patient est synonyme de sécurité médicale et de tranquillité administrative) ;
  - Améliorer la signalétique du service des admissions / SE depuis les divers services de consultations ou d'urgence sur le site de Saint-Cloud (cf. supra) ;
  - Communiquer vers le public sur l'obligation de payer (surtout aux urgences) en salles d'attente et sous forme de démarche ludique.
- C) Un espace accueil clientèle à améliorer
- Mettre en place un système d'appel avec ticket et numéro afin de permettre une attente assise sur les deux sites ;
  - Améliorer l' « espace d'attente » sur le site de Saint-Cloud.

#### **2.4.4 Axe 4 : Fiabiliser le recouvrement en améliorant les échanges avec les partenariats extérieurs**

- A) Concevoir l'Assurance Maladie dans un rôle d'appui et de conseil
- Nouer des relations privilégiées pour permettre des formations à la réglementation de la part des agents de l'assurance maladie ;
  - Analyser rapidement et de manière systématique les motifs de rejets des CPAM pour en tirer les conséquences.
- B) Mutuelles
- Désigner un correspondant attitré, en lien avec chaque mutuelle, pour régler rapidement les demandes de prise en charge ou bien formaliser une procédure d'appel ou d'envoi de mail connue par tous les agents des BE ;
  - Travailler avec certaines mutuelles réputées « mauvais payeur ou lente » pour optimiser le taux de recouvrement sur l'exercice courant.
- C) Renforcer les partenariats avec la Trésorerie
- Perpétuer les réunions de travail entre la TP et le CH4V sur la qualité du recouvrement ;
  - Poursuivre la réalisation du Projet de Gestion 2008 / 2012 qui associe étroitement la TP et le CH4V ;
  - Etablir des partenariats entre agents du BE et agents du pôle Hôpital de la Trésorerie pour échanger des informations concernant notamment les adresses de patient (ex : actualisation des fichiers de l'hôpital en fonction des recherches effectuées par la Trésorerie suite à un NPAI).
- D) Liaisons informatiques
- harmoniser les logiciels utilisés entre les deux sites et interfacier certains applicatifs des services soignants ou médico-techniques avec CPAGE ;
  - Etudier la faisabilité de liaisons dématérialisées avec les mutuelles ;
  - Analyser les motifs de rejets informatiques.

## 2.5 Elaboration d'un plan d'action

Dans l'optique d'un mémoire opérationnel, différentes pistes d'amélioration sont donc apparues.

La direction des finances a décidé d'élaborer un plan d'action durant l'été 2008 afin de remédier, dès le second semestre de l'année, à certains dysfonctionnements.

Ce plan est présenté en annexe 4.

Nous pouvons donc en conclure que les axes de travail sont donc multiples et variés.

Si les hôpitaux doivent composer avec des systèmes d'information et la télétransmission sans avoir une réelle emprise sur eux, l'adhésion du corps médical à la mise en place d'un codage rapide et exhaustif est également primordiale.

Néanmoins, la priorité devra porter surtout sur les ressources humaines et les compétences des agents du BE.

En effet, s'agissant des personnels, l'enjeu est d'autant plus fort, car dans un contexte à fortes contraintes (peu d'embauches prévisibles, personnel de faible qualification, démotivation éventuelle, marges de manœuvre étroites en matière financière), la gestion de ces personnels est soudainement devenue un point clé dans la problématique de l'efficience de la chaîne de facturation-recouvrement dans les établissements de santé.

La capacité à manager ces agents, à en tirer le meilleur se révèle être sans conteste un défi que le Centre Hospitalier des Quatre Villes, et d'autres établissements de santé sûrement, devront affronter.

### **3 Professionnaliser l'accueil clientèle et la facturation : le renouveau du BE ou l'affirmation d'un nouveau métier et d'un véritable service clientèle**

L'accueil administratif connaît un périmètre variable selon les établissements : il va de l'accueil téléphonique jusqu'à la secrétaire médicale dans le service de soins en passant par le guichet d'accueil général de l'hôpital ou le bureau des admissions et soins externes. De ce fait, il concerne une multiplicité d'acteurs.

Nous nous concentrerons ici sur le personnel du bureau des entrées puisque l'accueil physique au CH4V s'effectue principalement au niveau des BE.

#### **3.1 Valoriser les professionnels administratifs du BE**

##### **3.1.1 Revaloriser l'image du BE**

L'accueil administratif ne constitue pas la mission spécifique d'un corps d'agents de la fonction publique hospitalière. Cette fonction est partagée par des personnels de différents statuts, souvent hétérogènes :

- des personnels administratifs de catégories C : les adjoints administratifs et les agents administratifs ;
- des personnels administratifs de catégorie B : les secrétaires médicales ;
- des personnels administratifs d'encadrement : les adjoints des cadres de catégorie B ou les attachés de catégorie A ;
- enfin, des personnels paramédicaux (agents des services hospitaliers, aides-soignants, etc.) qui sont reclassés sur des fonctions d'accueil général.

Il n'existe donc pas de filière dédiée aux métiers d'accueil dans le monde hospitalier ni de formation spécifique.

Cet état de fait traduit une certaine dévalorisation pour un secteur souvent tenu à l'écart des grandes évolutions de l'établissement.

*« Traditionnellement, être affecté au bureau des entrées était parfois considéré comme une punition que ce soit pour des raisons disciplinaires ou pour une incapacité à exercer à un autre poste. Ainsi, le bureau des entrées a longtemps souffert d'une image peu*

*valorisante, caractérisée par une faible qualification des agents et par une organisation rigide et pyramidale. »<sup>44</sup>*

Par conséquent, ce service représentait pour les autres services une image de pesanteur. Les tâches de gestion ont occupé peu à peu une part importante par rapport à la fonction d'accueil.

Au travers de ces considérations, la valeur ajoutée du bureau des entrées a donc pu apparaître de moindre importance pour le reste de l'établissement, du moins jusqu'à présent.

Ainsi, un grand nombre d'agents, travaillant directement sur le processus de facturation, a subi le désintérêt de l'ensemble de l'institution pour cette activité dans nombre d'établissements publics de santé en France ; (cette activité ne représentant qu'un enjeu mineur sous dotation globale). Aujourd'hui, le passage en T2A à 100%, combiné à la mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau (prévoyant l'appariement des données administratives et médicales afin de déboucher sur une facturation individuelle) sont autant de sujet aussi nouveaux que prioritaires, reposant en partie sur ces mêmes individus.

Par voie de conséquence, il convient désormais non seulement de casser cette image longtemps répandue d'un service de reclassement, mais surtout d'accompagner le travail de ces équipes tout en optimisant leurs compétences.

### **3.1.2 Améliorer l'expertise et le niveau de compétences du bureau des entrées**

Les compétences pour réaliser l'accueil du patient semblent inégales selon les sites du CH4V et parfois inadéquates face aux enjeux actuels de la facturation. Elles peuvent de ce fait dégrader l'efficacité de la fonction du bureau des entrées en raison notamment :

- d'un manque de clarté de contenu des postes et des qualités comportementales à avoir pour un accueil de qualité ;
- de formations non systématiques à destination de l'ensemble des agents alors même que la réglementation évolue vite tout en se complexifiant (cf. présentation de la réglementation en partie I) ;

---

<sup>44</sup> cf. MALLET D., 2003, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP

- de la minimisation de l'importance de l'accueil alors que celui-ci devient non seulement un élément de performance dans le nouveau contexte de financement des établissements de santé, mais aussi la première vitrine de l'hôpital ;
- de l'habitude (qui découle du point ci-dessus) de nommer à ces fonctions des personnels qui sont parfois en rupture de carrière ou marginalisés au sein de l'établissement.

La conséquence en est une image dégradée de ces fonctions d'accueil et un écart important entre des agents qui s'impliquent dans leur travail et d'autres sans motivation apparente dans l'exécution de leurs tâches quotidiennes. L'effet peut devenir pernicieux pour les agents dans leur ensemble qui se sentent parfois dévalorisés ; la démotivation peut être sans nul doute source de négligences et donc d'erreurs.

Il devient ainsi essentiel de ne pas stigmatiser ces agents mais plutôt de leur donner les moyens d'assumer leurs responsabilités qui sont aujourd'hui les leurs. Cette valorisation peut passer par trois aspects :

- **renforcer** la culture générale des agents sur le fonctionnement financier de l'hôpital afin de mieux comprendre le système auquel ils appartiennent et dans lequel ils évoluent en leur permettant de transmettre les messages adéquats auprès des patients ;
- **affiner** l'expertise et **approfondir** les compétences des agents sur les techniques d'accueil (former les agents à la pratique de recueil d'information, savoir se présenter, savoir questionner un patient, savoir gérer l'agressivité ou le stress, savoir présenter les prestations hôtelières auxiliaires au patient, etc.) ;
- **stimuler** l'intérêt des agents en leur demandant par exemple de rédiger eux-mêmes des procédures de questionnement du patient<sup>45</sup>.

En effet, les deux bureaux des entrées reposent sur des organisations et des modes de fonctionnement quelquefois anciens. Certains agents assurant leur travail 'par habitude' ont du mal à se situer dans le nouveau contexte induit par la Tarification à l'Activité.

Nombreux sont les agents du service du bureau des entrées à ne pas avoir bénéficié de formation spécifique au métier d'accueil ou au métier de la facturation-recouvrement.

Si l'on excepte les cadres de ces services, seul un agent a suivi une formation en relation avec le métier de facturation depuis 2005<sup>46</sup>.

---

<sup>45</sup> cf. MEAH, juin 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Retours d'expérience* : « bonnes » pratiques organisationnelles,

<sup>46</sup> Source : service formation, DRH, CH4V

La complication de la réglementation en vigueur a mis en lumière ce manque de qualification et de formation de ces agents.

S'agissant de l'amélioration des compétences, des actions prioritaires ont été entreprises au CH4V, à savoir, la mise en place de formations destinées à répondre aux objectifs assignés au service.

Une formation relative à «la T2A et à la facturation» pour l'ensemble des agents des BE, validée dans le plan de formation et assurée par un organisme extérieur, se déroulera d'ailleurs au mois d'octobre 2008.

Cette formation a trois objectifs principaux :

- **sensibiliser** les agents au contexte règlementaire afin de comprendre et repérer les impacts organisationnels, gestionnaires et communicationnels dans l'établissement au cours de leur travail quotidien. Cette formation présentera les grandes évolutions du financement des hôpitaux et les conséquences de la T2A tout en approfondissant les connaissances du circuit de facturation sous forme d'exercices pratiques.
- **réunir** tous les agents des BE afin de leur permettre de se rencontrer et de créer ainsi une synergie entre les différents bureaux des entrées au sein de l'hôpital fusionné.
- **faire de cette formation commune une première étape** vers la polyvalence entre agents du secteur des admissions et ceux du secteur des soins externes. De fait, les groupes constitués pour la formation intègrent des agents des deux secteurs ainsi que des deux sites.

En outre, une analyse rapide des missions à remplir montre que la sectorisation bureau des admissions / consultations externes est en définitive peu justifiée (en terme de collecte de données) et source de complexité<sup>47</sup>.

Les facilités induites en matière de gestion des effectifs, la souplesse occasionnée mais aussi la synergie créée par la réunion de ces deux services relativement similaires peuvent être bénéfiques. Ainsi, comme la configuration des bâtiments s'y prête au CH4V, traiter de manière indifférenciée les agents des consultations et ceux des admissions doit

---

<sup>47</sup> cf. MEAH, juin 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Retours d'expérience : « bonnes » pratiques organisationnelles*

constituer un objectif stratégique. Cette étape s'avère être un préalable pour une future déconcentration éventuelle de ces agents dans les services de soins.

C'est pourquoi, la formation doit permettre d'orienter l'établissement vers une démarche de métier-compétences afin de ne plus envisager les agents du BE seulement comme des agents administratifs mais comme de véritables gestionnaires de la clientèle.

La polyvalence permettra, dans un second temps, une prise en charge globale par des gestionnaires de clientèle totalement aptes à répondre à n'importe quelle question d'un patient se présentant à un guichet quelqu'il soit.

L'intérêt porté à ces agents et les actions entreprises pour l'amélioration de leur travail participe à une véritable reconnaissance de leur travail et à une motivation supplémentaire des équipes. Enfin, pour l'établissement, l'enjeu futur serait de pourvoir à des recrutements d'agents ou des mutations internes peut-être plus adéquats.

### **3.2 L'émergence d'un nouveau métier : le gestionnaire de clientèle**

Les futurs recrutements ou mutations doivent inciter à cette polyvalence par la présentation d'une fiche de poste commune et modernisée.

De plus, au vu de l'évolution du financement des hôpitaux, de l'importance de la T2A et de la future facturation directe à l'Assurance Maladie, l'intégration d'une fiche de métier « gestionnaire de clientèle » dans le Répertoire des Métier de la Fonction Publique Hospitalière participerait à la reconnaissance de ce métier dans les hôpitaux.

#### **3.2.1 Vers une fiche de poste commune aux personnels chargés de la prise en charge administrative du patient : le « gestionnaire de clientèle »**

L'objet de cette partie est de présenter un projet de fiche de poste commune à la fois aux services des admissions et aux services des soins externes, tous sites confondus du CH4V.

A) Missions du service:

Ses principales missions sont :

- Accueil, admission et/ou enregistrement des usagers ;
- Gestion des dossiers administratifs ;
- Optimisation des recettes de l'établissement : facturation des dossiers des hospitalisés, des hébergés (EHPAD) et/ ou des consultants.

## RELATIONS PROFESSIONNELLES

RELATIONS LES PLUS FREQUENTES :	PARTENAIRES PRIVILEGIÉS
<ul style="list-style-type: none"><li>- services de soins et médico-techniques</li><li>- services de consultations</li><li>- services d'hébergement</li><li>- service des urgences</li><li>- services de prise de rendez vous téléphonique</li><li>-Caisses de Sécurité Sociale</li><li>- Mutuelles</li><li>- Trésorerie</li><li>- Service du DIM (département de l'information médicale)</li><li>- service social</li><li>- établissements hospitaliers extérieurs</li><li>- agent Sécurité sociale</li><li>- Mairie</li><li>- Pompes Funèbres</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- services de soins et de consultations</li><li>- service des urgences</li><li>- Trésor public.</li><li>- EHPAD</li><li>- Service social</li><li>- Mairie</li></ul>

B) Missions du gestionnaire

a) *Missions générales du poste de gestionnaire*

Ces missions d'ordre général peuvent être rassemblées comme suit :

### **Accueil et prise en charge administrative des patients hospitalisés et consultants externes :**

- Accueil, prise en charge et orientation des patients et publics se présentant au guichet ;
- Recueil d'informations administratives de qualité : vérification des pièces administratives demandées ;

- Constitution des dossiers de pré admission et d'admission pour les personnes hospitalisées / enregistrement des consultants externes ;
- Encaissement des patients payant le ticket modérateur ou en intégralité ;
- Réponse aux appels téléphoniques ;

#### **Gestion et mise à jour des dossiers administratifs des usagers :**

- Demande de prise en charge par la mutuelle, sécurité sociale et tout autre organisme de prise en charge ;
- Mise à jour des dossiers des patients venus consulter aux urgences en dehors des horaires d'ouverture du service ;
- Récupération de l'information et des divers documents pour les patients hospitalisés via le service des urgences (déplacement dans les services de soins, rencontre des familles si besoin est) ;
- Etablissement des demandes de prolongation de séjour pour le service de SSR ;
- Mouvement journalier ;
- Réception de courriers, classement, archivage, mise sous pli ;
- Sorties des patients de chaque service ;
- Tenue de régies : encaissement des recettes notamment au travers du ticket modérateur, du forfait journalier ou de l'intégralité des frais de séjour.

#### **Présentation, gestion et encaissements des prestations hôtelières proposées par le CH4V :**

- Ouverture et fermeture de ligne téléphonique – facture intermédiaire ;
- Mise à jour des entrées sur le logiciel (téléphone) ;
- Encaissement de téléphone – repas - régime particulier (chambre particulière).

#### **Etat Civil le cas échéant:**

- Rencontre des patientes de maternité pour la déclaration de naissance + rappel des pièces nécessaires et déclaration de naissance ;
- Déclaration de décès accompagnée de tous les documents réglementaires et accueil des familles.

**b) Mission spécifique**

**Facturation des dossiers des patients :**

- Saisie des actes avec report de l'acte opératoire dans le dossier ;
- Saisie, traitement et classement du courrier dans les différents dossiers puis classement des dossiers prêts à être facturés ;
- Facturation des dossiers des hébergés (EHPAD) ;
- Règlement des redressements et des contentieux de facturation.

**C) Profil de poste**

Les qualités et compétences requises pour exercer ces fonctions peuvent être définies selon :

**Le savoir faire requis :**

- Utiliser et respecter les procédures mises en place dans l'établissement ;
- Utiliser les outils bureautiques (intranet, Internet, Word, Excel) et logiciels de travail (CPAGE, DIAMM, etc.) ;
- Savoir rédiger les notes ou courriers administratifs ;
- Etre au fait de l'organisation et du fonctionnement interne de l'établissement ;
- Connaître les disciplines médicales exercées dans l'établissement ;
- Maîtriser les techniques d'accueil.

**Le savoir être :**

- Sens de la relation humaine et de communication : Savoir accueillir physiquement et téléphoniquement ;
- Sens de la diplomatie et de l'écoute ;
- Souci du bien être et de l'accueil des usagers ;
- Respect de la confidentialité / Discrétion ;
- Courtoisie et politesse ;
- Sens de l'organisation ;
- Etat d'esprit constructif dans le cadre d'un travail en équipe ;
- Rigueur et honnêteté ;
- Réactivité, adaptabilité, esprit d'initiative.

**Les connaissances techniques :**

- Connaître les bases de la réglementation sociale concernant le bureau des entrées / service clientèle (les frais de séjour et soins externes) ;
- Connaître les bases de la tarification à l'activité pour la facturation au fil de l'eau à l'assurance maladie ;
- Connaître les exigences de qualité en vue de la démarche de certification par l'HAS (politique de confidentialité, exigences des usagers).

### **Evaluation**

Elle est effectuée par la hiérarchie directe selon une procédure interne.

### **Passerelles (courtes ou longues) ou évolutions professionnelles éventuelles**

- Agent d'accueil (physique ou téléphonique) ;
- Gestionnaire administratif dans d'autres services administratifs ;
- Secrétaire médicale ;
- Responsable de service clientèle.

### **Tendances d'évolution du métier**

- développement des technologies de l'information et de la communication (messagerie, Internet, agenda électronique, numérisation des données, télétransmissions des données, téléphonie, réseaux, etc.) ;
- technicité des procédures administratives et de la réglementation hospitalière et sociale ;
- renforcement de la gestion et archivage des dossiers et traçabilité.

### **3.2.2 Valoriser ce nouveau métier en intégrant une fiche de poste *gestionnaire de clientèle* dans le Répertoire des Métiers de la FPH.**

#### A) L'objectif du Répertoire des métiers de la FPH

Le répertoire des métiers permet tout d'abord d'identifier les fonctions présentes dans un établissement et de quantifier les besoins en effectifs par métier, à court, moyen et long terme (réalisation de tableaux de projection des effectifs par métier à 3/5 ans).

Ce répertoire s'avère être également un outil pertinent de gestion des ressources humaines dans la mesure où il peut servir à repérer des besoins de formations (soit pour chaque métier, soit de manière transversale pour plusieurs métiers) tout en permettant de bâtir sur cette base des actions de formation notamment en complétant des profils de recrutement ou encore des supports d'évaluation, etc.

Enfin, le répertoire des métiers constitue un préalable à la préparation de démarches plus ambitieuses d'anticipation sur les métiers et les secteurs critiques dans un établissement.

#### B) Constat

En effet, il n'existe pas de fiche métier de « *gestionnaire de clientèle* » dans le répertoire des métiers de la FPH.

Tout au plus existe-t-il plusieurs fiches métiers faisant référence à l'accueil, la gestion administrative au sens large, à l'instar des fiches *agent d'administration*, *agent d'accueil* ou encore *standardiste*. De plus, certaines fonctions ont fait l'objet d'une spécificité telles que : *gestionnaire paie*, *gestionnaire de la dette*, *gestionnaire du personnel*, etc.

Or les métiers en relation avec la clientèle deviennent véritablement des métiers à part entière.

C'est pourquoi l'ajout d'une fiche spécialisée sur la gestion de la clientèle s'avérerait judicieuse et constituerait une plus value pour le management du service du bureau des entrées ou des futurs services Clientèle. La reconnaissance de ce métier s'inscrirait dans une démarche métiers-compétences.

En outre, la reconnaissance de ce métier peut se révéler à la fois un outil utile de communication interne sur la valeur ajoutée de ces agents et de ce service mais également externe (démarche qualité de l'accueil, possible certification ISO, etc.).

### **3.3 Evoluer vers un service clientèle de qualité**

Bien gérer l'accueil des patients et de leur famille, maîtriser l'information qui leur est communiquée, prendre en compte la réglementation applicable, être à l'écoute du patient se révèlent être autant d'axes de travail pour développer un service clientèle de qualité.

La sensibilisation du personnel à la satisfaction des clients ou patients doit prévoir la mise en place d'une organisation articulée non pas autour des besoins des agents mais autour de ceux des patients tout en définissant la fonction de chacun, le niveau de compétences nécessaire et les moyens devant être développés pour répondre avec pertinence à cette exigence nouvelle de qualité.

Les établissements doivent ainsi évoluer vers une logique de guichet unique avec du personnel formé à la gestion des patients et de leurs exigences, aux enjeux de la communication et à la façon de présenter les prestations hôtelières auxiliaires de l'établissement.

Un accueil de qualité constitue en effet une des premières vitrines de l'hôpital.

De même, le métier de gestionnaire clientèle doit être repensé dans un cadre et une acception plus larges : il s'agit d'un travail mené à bien à la fois pour l'établissement, mais aussi pour l'Assurance maladie.

Mais un service clientèle doit aussi comprendre un pôle facturation en back office de qualité et efficace. Pour ce faire, un rapprochement du DIM avec le service clientèle (bureau des entrées) revêt un aspect symbolique mais aussi incontournable lors de la prochaine mise en œuvre de la facturation directe à l'Assurance Maladie.

Néanmoins, le risque principal lié à l'émergence de tels profils de métiers et de service pourrait s'incarner par la revendication accrue de ces agents : besoin de reconnaissance, besoin d'approfondissement des compétences.

Le risque pourra porter également sur la dépendance financière de l'établissement envers ce service (et celui du DIM). L'indépendance pourra être mise à mal en cas de blocage ou de grève de ces personnels, à l'instar de la grève du codage d'une partie du corps médical pendant quelques mois en 2008 dans certains établissements publics de santé.

Des marges de progression existent donc dans les compétences détenues par les agents des bureaux des entrées. Si ces derniers ont longtemps souffert d'une dévalorisation de leur travail au sein des hôpitaux, le passage en T2A à 100 % et la future facturation au fil de l'eau replace ces personnels sous les projecteurs et redynamise leur fonction.

Ainsi, la capacité à les manager et à en tirer le meilleur sera un futur défi pour bon nombre d'établissement.

## Conclusion

Peu bousculé durant plusieurs décennies, le système hospitalier est soumis depuis quelques années à un train de réformes dont le rythme et le volume ne cessent de s'accroître. Ainsi, la disparition progressive de la dotation globale constitue un véritable tournant dans les modes de financement de l'hôpital.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité à 100% et la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé ont fait de l'amélioration de la qualité de la facturation et du niveau de recouvrement des produits hospitaliers un objectif prioritaire.

La dématérialisation représente un enjeu d'avenir en termes d'accélération des flux d'informations.

C'est pourquoi les dysfonctionnements de la chaîne de facturation, pénalisant les perspectives de recouvrement des produits hospitaliers et globalement la situation financière d'un établissement, le seront davantage dès lors que les établissements présenteront leurs factures directement aux caisses d'assurance maladie, si toutefois des actions d'amélioration ne sont pas mises en œuvre.

Le Centre Hospitalier des Quatre Villes ne semble pas être parmi les établissements les plus en retard en terme d'optimisation de son circuit de facturation aux vues des actions entreprises depuis quelques années (au regard des situations des huit établissements du chantier pilote de la MEAH sur ce sujet). Cependant, le CH4V doit accélérer la réorganisation de ce circuit afin d'être prêt pour le passage à la facturation directe. C'est dans ce contexte particulier que le bureau des entrées affirmera son rôle de service au cœur du recouvrement.

Le CH4V est issu de la fusion du CH de Saint-Cloud et du CHI Jean Rostand de Sèvres, Chaville et Ville d'Avray, prononcée le 1<sup>er</sup> janvier 2006. Dans ce contexte de fusion, le CH4V a harmonisé, en seulement deux ans et demi, un grand nombre de pratiques et d'organisations. Si à l'heure actuelle, de nombreux dossiers sont encore en cours d'harmonisation, il n'en demeure pas moins que le travail parcouru est déjà important.

Cette étude a ainsi poursuivi un double objectif : non seulement l'optimisation de la chaîne de facturation dans un contexte nouveau, mais également l'harmonisation des circuits de facturation entre les sites MCO du CH4V.

En revanche, l'optimisation de ces pratiques au sein des bureaux des entrées est dépendante du codage des actes et diagnostics ; cette amélioration ne pourra se faire qu'avec la participation et l'adhésion du corps médical.

Sur un plan professionnel, ce mémoire m'a permis d'acquérir des compétences techniques dans un domaine d'analyse spécifique dont les caractéristiques découlent des réformes passées et futures ayant des répercussions techniques et budgétaires incontournables.

Cependant, une des principales limites rencontrées s'est révélée être liée à difficulté de disposer d'ordres de comparaison nationaux pertinents et de données chiffrées officielles. Cet écueil peut s'expliquer, notamment, en raison de l'intérêt récent pour ce sujet de la part de nombreux établissements sur ce thème.

Ce sujet d'étude m'a également aidé à appréhender les différentes facettes du métier de directeur d'hôpital, qui doit être à la fois un spécialiste du domaine dans lequel il évolue (sans cesse à l'affût des évolutions réglementaires et techniques) ; un manager capable d'impulser les changements nécessaires tout en les accompagnant et enfin, un stratège capable de prévoir et d'adapter des modalités d'application des réformes. C'est en ce sens que ce travail a été très enrichissant pour mon futur métier.

---

# Bibliographie

---

## OUVRAGES ET GUIDES

- ANGELLOZ-NICOUD M., 2006, *La réforme du mode de financement des établissements de santé*, Bordeaux : Les Etudes Hospitalières, 224 p ;
- MEAH, juin 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Retours d'expérience : « bonnes » pratiques organisationnelles*, Paris, MEAH ;
- MEAH, mars 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Guide de facturation : Procédures d'admission des patients*, Paris, MEAH ;
- Répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière, Rennes, Edition ENSP.

## TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- Loi n°2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 ;
- Loi 2004-810 relative à l'Assurance Maladie du 13 août 2004 ;
- Loi 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 ;
- Décret 2006-707 du 19 juin 2006 relatif à l'instauration d'une participation de l'assuré de 18 euros pour les soins réalisés en ville ou à l'hôpital (montant supérieur à 91 euros) ;
- Décret 2005-1023 du 24 août 2005 relatif au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionnés à l'article L162-22-7 du code de la sécurité sociale ;
- Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé ;
- Arrêté du 23 janvier 2007 relatif à la facturation aux régimes obligatoires d'assurance maladie par les établissements de santé des médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique en vue de leur remboursement ;

- Circulaire Interministérielle N°DHOS/E3/DGFP/5B/2008/DSS/252 du 24 juillet 2008 relative à la généralisation de la télétransmission aux caisses des éléments de facturation, selon les normes B2 et NOEMIE, dans les établissements de santé antérieurement en dotation globale ;
- Circulaire N° DHOS/E3/2008/234 du 16 juillet 2008 relative à la mise en œuvre de l'identification des prescriptions hospitalières exécutées en ville ;
- Circulaire DHOS/F4/DGCP/5C n°2008-98 du 25 mars 2008 relative à l'état des prévisions de recettes et de dépenses ;
- Circulaire N°DHOS/F2/F3/F1/DSS/1A/2008/XXX du 3 mars 2008 relative à la campagne tarifaire 2008 des établissements de santé ;
- Circulaire n° DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion.

## **MEMOIRES**

- BEAUDRAP S., 2003, *Accompagner la réforme de la tarification par le développement d'outils de gestion de la performance : le cas du CH de DAX*, Mémoire ENSP ;
- CAUHAPE J., 2004, *Le circuit de facturation au CHU de Bordeaux : les réadaptations engendrées par la mise en place de la tarification à l'activité*, Mémoire ENSP ;
- FAUCHER J., 2007, *Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la refonte de la chaîne de facturation du CHD Félix Guyon*, Mémoire ENSP ;
- GUIBERT L., 2006, *Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte de T2A : l'exemple du CHI de Fréjus / Saint Raphaël*, Mémoire ENSP ;
- MALLET D., 2003, *Des bureaux des entrées à l'espace accueil clientèle : la conduite d'un projet de réorganisation d'une fonction administrative traditionnelle au CHU de Rouen*, Mémoire ENSP ;
- PFEIFFER M., 2004, *Passage à la T2A au CHU de Nice : l'impact sur les services en charge du recueil des données médico-économiques*, Mémoire ENSP ;
- TROUDE M., 2006, *Les conditions de réussite d'une fusion hospitalière ou l'importance du projet médical, le cas de la fusion du Centre Hospitalier de Saint-Cloud et du Centre Hospitalier Intercommunal Jean Rostand de Sèvres*, Mémoire ENSP ;

## ARTICLES ET PERIODIQUES

- ALBERT M., septembre-octobre 2006, « EPRD et T2A, Quels enseignements tirer des réformes ? », *Revue Hospitalière de France*, n° 512, pp 54-59 ;
- BARTHES R., juillet-août 2006, « De la gestion administrative à la gestion des ressources humaines, une révolution en marche... », *Revue Hospitalière de France*, n°511, pp 14-17 ;
- BREULS DE TIECKEN L., juillet-août 2006, « Benchmarking, se comparer, c'est s'améliorer », *Revue Hospitalière de France*, n° 511, pp 55- 59 ;
- GERVAIS J.B., mai 2008, « 2008, l'année de tous les dangers », *Décision Santé*, n°245, pp 30 à 31 ;
- HAUTEMANIERE A., mars 2004, « Fiabiliser et simplifier le codage des actes dans le cadre de la T2A », *Gestions Hospitalières*, N°434, pp 177 à 183 ;
- KIENTZY-LALUC A., mars 2005, « La T2A, une réforme majeure pour les hôpitaux », *Les Cahiers Hospitaliers*, n° 210, pp 12-13 ;
- PFEIFFER M., MADELMONT F., janvier-février 2006, « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte T2A », *Revue Hospitalière de France*, n° 508, pp 44-50 ;
- RIVIERE P., MADELMONT F., mai-juin 2008, « L'hôpital, nouvel objet économique », *Revue Hospitalière de France*, n°522, pp 12-17 ;

## RAPPORTS

- GIMSIH, 2007, *Etat des réformes du financement et de l'assurance maladie au 01/09/2007 et impacts sur les systèmes d'informations des établissements de santé*, Paris GIMSIH ;
- Larcher G., *Rapport de la commission de concertation sur les missions de l'hôpital, présidé par Monsieur Gérard Larcher*, sur lettre de mission du Président de la République et du Premier Ministre, avril 2008 ;
- MEAH, janvier 2008, chantier Organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés, *Rapport de phase 4 Bilan et résultats*, Paris, MEAH ;
- SENAT, *Rapport n°72 du 7 novembre 2007, fait au nom de la Commission des Affaires sociales sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008*, adopté par l'Assemblée Nationale, par Monsieur Alain VASSELLE, sénateur, Tome 1, Equilibres financiers généraux.

## **ETUDES STATISTIQUES**

- CPAM des Hauts de Seine, Département des Etudes statistiques, avril 2007, *le recours aux soins dans les Hauts de Seine* ;
- DRESS, Etudes et statistiques, septembre 2007, *Les comptes nationaux de la Santé 2006*, n°593 ;
- INSEE, Ile de France, Juillet 2008, *Faits et Chiffre*, n°180.

## **DOCUMENTS INTERNES**

- Comptes rendus de réunion de travail ;
- Projet de gestion 2008 / 2012 ;
- Rapport de gestion 2007 du CH4V ;
- Résultats des questionnaires de satisfaction des patients (janvier à juillet 2008).

---

## Liste des annexes

---

Annexe 1 : Liste des personnes rencontrées.

Annexe 2 : Extrait de l'allocution de M. le Président de la République, Installation de la Commission LARCHER, CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007.

Annexe 3 : Indicateurs de recouvrement définitifs Gestion 2006 et 2007, CH4V, source Trésorerie Principale de Saint-Cloud.

Annexe 4 : Plan d'actions proposé par la Direction des Finances pour l'optimisation du circuit de facturation –recouvrement.

## **ANNEXE 1 : liste des personnes rencontrées**

### **Personnes extérieures au Centre Hospitalier des Quatre Villes**

**Monsieur Sylvain GROSEIL**, Directeur des finances du CH d'Orsay et du CH de Longjumeau, Essonne ;

**Madame Marielle PFEIFFER**, Directrice de la gestion des patients et de la facturation au CHU de NICE, Alpes-Maritimes ;

**Madame Corinne CARPENTIER**, Responsable de la Gestion Administrative des Patients, CH d'Eaubonne Montmorency, Val d'Oise ;

**Madame LAMBRE**, Adjoint des cadres à la Gestion Administrative des Patients, site d'Eaubonne, CH d'Eaubonne- Montmorency, Val d'Oise ;

**Monsieur le Docteur Pierre ALEMANNI**, Directeur de la Polyclinique Saint Jean, Cagnes-sur-Mer, Alpes-Maritimes ;

**Monsieur le Docteur Vincent RAIMONDI**, Président de la CME, Polyclinique Saint Jean, Cagnes-sur-Mer, Alpes-Maritimes ;

**Madame Joëlle BOUET**, Senior Manager, Cabinet Atos Consulting

**Madame Pascale EVANS**, Manager, Cabinet Atos Consulting, Paris

**Madame Hélène RASSAM**, Trésorière Principale de Saint-Cloud

**Monsieur Emmanuel SALVETTI**, Trésorerie principale de Saint-Cloud

**Madame Elisabeth BONTOUR**, Trésorerie principale de Saint-Cloud

### **Personnes internes au Centre hospitalier des Quatre Villes**

**Monsieur le Docteur Alain GARDESSE**, Médecin DIM

**Madame Sonia NOUICER**, Responsable du pôle budgétaire, Direction des Finances

**Madame Valérie RIGAUT**, Responsable du contrôle de gestion, Direction des Finances

**Madame Chantal DUNANT**, Responsable du bureau des entrées, site de Sèvres

**Madame Martine AMBIEHL**, Responsable du bureau des entrées, site de Saint-Cloud

**Madame Annie TOURNEUR**, Responsable des secrétariats médicaux

**ANNEXE 2 : Allocution de M. le Président de la République, Installation de la  
Commission LARCHER, CHU de Bordeaux – Mardi 16 octobre 2007**

*« L'hôpital de demain, c'est des valeurs, mais c'est aussi une série de défis.*

*[...] Un hôpital performant est un hôpital qui se crée des marges de manoeuvre pour investir dans l'innovation et les nouvelles technologies.*

*Un hôpital performant est un hôpital qui apporte sa contribution au rééquilibrage de l'assurance maladie.*

*Près de la moitié des établissements publics, aujourd'hui, sont en déficit. Comment accepter cela ? On ne peut pas me dire qu'il n'y a rien à changer dans un système où la moitié de nos hôpitaux publics sont en déficit. [...]*

*La première des orientations que je veux donner, c'est l'autonomie de gestion.*

*[...] Comment peut-on la faire cette révolution des mentalités ? D'abord par la révolution du financement. C'est un sujet incontournable. La tarification à l'activité à 100% pour le court séjour, nous la faisons en 2008. Cela va libérer les énergies de l'hôpital et mettre un terme à ce système absurde -le budget global- qui voulait que les ressources d'un établissement dépendent de sa situation budgétaire constatée il y a 20 ans ! La tarification à l'activité, c'est tout simplement permettre à l'hôpital de savoir pourquoi il travaille. La tarification à l'activité, c'est la condition première du pilotage, c'est le socle de l'autonomie. Il n'y a pas d'autonomie s'il n'y a pas de tarification à l'activité.*

*La T2A à 100%, c'est une mesure forte pour l'hôpital public. Je souhaite qu'elle accompagne le retour à l'équilibre des comptes. Je parle des comptes d'exploitation des établissements publics. C'est aussi cela la performance. [...]. L'équilibre doit être la norme respectée par tous, c'est la meilleure garantie de la pérennité des hôpitaux ».*

### **ANNEXE 3 : Indicateurs de recouvrement définitifs Gestion 2007 CH4V**

**Source : INCA-SAS, Trésorerie Principale**

Recouvrement 'spontané' sur hospitalisés et consultants

	<b>2007</b>	<b>2006</b>
Prise en charge sur Hospitalisés et Consultants	6 853 130	6 600 480
Montants recouvrés	5 267 005	5 198 931
Restes à encaisser	1 586 125	1 401 548
Taux brut de recouvrement	76,86 %	78,77 %
Evolution N/N-1 des Prises en charges	3,83 %	
Evolution N/N-1 des Montants recouvrés	1,31 %	

Recouvrement 'spontané' sur caisses de sécurité sociale

	<b>2007</b>	<b>2006</b>
Prise en charge sur Caisses de Sécurité Sociale	440 506	600 784
Montants recouvrés	286 597	369 678
Restes à encaisser	153 908	231 105
Taux brut de recouvrement	65,06 %	61,53 %
Evolution N/N-1 des Prises en charges	- 26,68 %	
Evolution N/N-1 des Montants recouvrés	- 22,47 %	

Recouvrement 'spontané' sur mutuelles et autres tiers payants

	2007	2006
Prise en charge sur Mutuelles et Autres Tiers Payants	4 299 251	4 136 976
Montants recouverts	2 748 479	2 873 848
Restes à encaisser	1 550 772	1 263 128
Taux brut de recouvrement	63,93 %	69,47 %
Evolution N/N-1 des Prises en charges	3,92 %	
Evolution N/N-1 des Montants recouverts	- 4,36 %	

Recouvrement 'spontané' sur départements

	2007	2006
Prise en charge sur les Départements	2 894 367	2 861 668
Montants recouverts	2 134 339	2 050 476
Restes à encaisser	760 028	811 192
Taux brut de recouvrement	73,74 %	71,65 %
Evolution N/N-1 des Prises en charges	1,14 %	
Evolution N/N-1 des Montants recouverts	4,09 %	

Recouvrement 'spontané' sur débiteurs divers

	2007	2006
Prise en charge sur Débiteurs Divers	10 506 522	3 833 079
Montants recouvrés	10 017 614	3 321 021
Restes à encaisser	488 907	512 057
Taux brut de recouvrement	95,35 %	86,64 %
Evolution N/N-1 des Prises en charges	174,10 %	
Evolution N/N-1 des Montants recouvrés	201,64 %	

Besoin en fonds de roulement

	2007	2006
Besoin en fonds de roulement Partie Active	15 586 670	16 247 250
Besoin en fonds de roulement - Partie Passive	9 103 055	11 108 959
Besoin en fonds de roulement ou Excédent d'exploitation	6 483 614	5 138 290
Charges courantes	73 388 812	71 986 153
BFR exprimé en équivalent jours de charges	31	25

**ANNEXE 4 :**

**Plan d'actions proposé par la Direction des Finances pour l'optimisation du circuit  
de facturation –recouvrement.**

Voir pages suivantes

Priorité	Libellé	Problématique	Conséquences	Axe d'amélioration	Démarche proposée	Echéance	Livrable
1	Facturation passages aux urgences	1800 GATU non facturés (St-Cloud et Sèvres) depuis 1/1/08 suite transmission informatique en remplacement comptage main courante ; perte de recettes depuis 1/7/08	Perte 25 €/passage + 180 000 € par tranche de 2 500 passages	Facturer tous les passages réalisés	Diagnostic circuit accueil/ enregistrement / transmission passages	25/09/2008	Etat des lieux
					Mise en place corrections	30/09/2008	Plan d'actions
4	Circuit des femmes enceintes à partir du 6ème mois de grossesse (risque maladie devient risque maternité avec PEC à 100 %)	Site de St-Cloud : passage systématique de toutes les parturientes au guichet des soins externes (le matin : niveau B ; l'après-midi et en cas de personnel insuffisant : niveau A) ; pré-enregistrement des consultations ; post-enregistrement des actes	Circuit complexe (plusieurs niveaux d'accueil) pour les parturientes et charge de travail pour le BA ; Site de Sèvres : disposent d'une planche d'étiquettes qu'elles conservent et remettent aux soignants, ne passent plus par guichet	Simplifier le circuit des parturientes ; alléger la charge de travail du BA et rapatrier éventuellement le poste de travail du niveau B vers niveau A	Identifier avantages/ inconvénients du circuit Sèvres	31/01/2009	Etat des lieux
					Communiquer avec sages-femmes pour montrer intérêt pratiques Sèvres	15/02/2009	PV réunions
					Procédurer et former les personnes concernées au nouveau circuit mis en place sur St-Cloud	28/02/2009	Procédures
					Procédurer et former les personnes concernées au nouveau circuit mis en place sur St-Cloud	31/03/2009	
					Déterminer nouvelles tâches confiées à l'agent rapatrié du niveau B vers A	31/03/2009	Planning
2	Saisie des arrivées, mouvements et départs des patients dans les lits	Site de St-Cloud : L'insuffisante implication des soignants dans la saisie des mouvements rend ceux-ci aléatoires et ont pour conséquence : de ne pas ouvrir le dossier informatisé CDP2 empêchant ainsi le codage des actes ; d'obliger la saisie du mouvement	Le placement des patients dans les lits n'étant pas fait en temps réel, les médecins ne peuvent pas coder car dossier inexistant dans CDP2.  Les mouvements n'étant pas faits en temps réel ou correctement par les services, le BA les vérifie tous systématiquement, d'où une hausse de la charge de travail.	Permettre aux soignants d'éditer eux-mêmes les étiquettes des patients dont ils ont besoin pour les soins ;	1ère étape pour ouvrir CDP2 et permettre aux médecins de coder : étudier la possibilité pour le BA de placer dans C-Page les patients entrants dans la xème chambre d'attente du service (plus de 2 patients par chambre ?) ; vérifier si impacte CDP2	30/09/2008	Diagnostic
					2ème étape à plus long terme : sensibiliser et former les soignants à l'intérêt de saisir mouvement en temps réel (en contrepartie : commande informatisée repas début 09, puis médicament (2011), édition étiquettes si imprimantes	30/06/2009	Corrections informatiques + procédure
2 bis							Sensibilisation des cadres (PV réunions ou plan d'actions)
		Problématique identique pour le BA sur le site de Sèvres	Les mouvements n'étant pas faits en temps réel ou correctement par les services, le BA les vérifie tous systématiquement, d'où une hausse de la charge de travail.	permettre au DIM et au BA de clore les dossiers plus rapidement en vue de la facturation et gagner du temps	Supprimer le contrôle systématique des mouvements par le BA et organiser des contrôles aléatoires	30/09/2009	Procédures + planning formations  Procédure et communication

4	Codage des consultations et actes	Le codage des consultations et actes, des patients externes ou hospitalisés, est pratiqué sous diverses formes :	De fait, il génère : - des facturations en tarif "médecine" avec ticket modérateur pour des séjours avec actes exonérants	Généraliser le codage des CS et actes en temps réel afin de : - Facturer correctement les séjours aux patients	Diagnostic des diverses pratiques et motifs de blocage	30/11/2008	Etat des lieux
		- non fait - fait sur bordereau papier - fait dans CDP2 ou DIAMM	- des oublis de facturation et une perte de recettes	- Augmenter les recettes de l'établissement	Proposition de mesures correctrices	31/12/2008	Plan d'actions
		- fait sur bordereau papier et dans CDP2 ou DIAMM  en temps réel, ou en temps différé	- de nombreux contrôles et recherches a posteriori par le DIM et les BA, d'où une surcharge de travail	- Alléger la charge de travail du DIM et des BA	Mise en place nouveau dispositif	31/03/2009	Procédures et formations
6	Encaissement en régies	Organisation des guichets qui ne facilite pas un flux rapide des patients et ne les incite pas à payer immédiatement les consultations et actes externes	200 000 € de créances irrécouvrables chaque année ; courriers de relance aux patients	Augmenter l'encaissement en régies	Diagnostic circuit accueil/ soins / départ / passage ou non en caisse : analyse des diverses pratiques et motifs de blocage	15/04/2009	Etat des lieux
			Défaut de trésorerie		Proposition de mesures correctrices	30/04/2009	Plan d'actions
					Mise en place nouveau dispositif	30/06/2009	Plan d'organisation des locaux et des aménagements requis, procédures et accompagnement
7	Pré-admissions	Site de St-Cloud : pré-admissions uniquement pour les césariennes, voire chirurgies	Les papas sont invités à réaliser admission au BA ou au service des urgences	Généraliser au maximum les pré-admissions et permettre aux services de saisir date entrée et édition des étiquettes du séjour	Diagnostic des diverses pratiques et motifs de blocage	15/05/2009	Etat des lieux
		Site de Sèvres : pré-admissions fréquentes, notamment accouchements	Les prises en charge mutuelles sont demandées tardivement et bloquent la facturation		Proposition de mesures correctrices	30/05/2009	Plan d'actions
3	Déclarations de naissances	Site de Sèvres : déclarations sont gérées par le BA	Charge de travail : 2 à 4 h / jour	Transférer les déclarations de naissance à la mairie de Sèvres	Obtention accord du maire Si oui, organisation du transfert à la ville	31/10/2008 31/12/2008	Réponse du maire Mairie opérationnelle 1/1/09
					Etude besoins en effectifs	31/01/2009	Etude charge de travail et fiches de poste
	Polyvalence des personnels des BA	<b>PLAN D'ACTION courant 2009, selon les réalisations opérées en 2008 et début 2009</b>					
	Signalétique "hôpital n'est pas gratuit"						
	Indicateurs qualité avec Trésorerie et CPAM						
	Facturation au fil de l'eau						