



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2014**

Date du Jury : **Décembre 2014**

**Préparer le secteur admission/facturation au
passage à la Facturation Individuelle Des
Établissements de Santé (FIDES)**

**L'exemple du Centre hospitalier de Saint-Malo
Communauté Hospitalière de Territoire Rance Émeraude**

Gaëtan ASSIÉ

Remerciements

Je tiens à présenter mes sincères remerciements à l'ensemble des professionnels rencontrés au Centre hospitalier de Saint-Malo.

Que soient remerciés particulièrement :

L'équipe de direction du Centre hospitalier de Saint-Malo, sans qui la réalisation de ce stage n'aurait pas été possible, et notamment Madame Florence ROUSSEL, Directrice-adjointe chargée de la clientèle et des projets pour avoir accepté de m'accueillir au sein de sa direction, mais également pour ses conseils quant à l'élaboration de ce travail.

Madame Christine RIBOUCHON, mon maître de stage, à qui j'exprime toute ma gratitude pour son application à me transmettre son expérience et son savoir.

Toute l'équipe du bureau des entrées pour son accueil chaleureux, sa sympathie et l'accessibilité dont elle a su faire preuve dans les échanges que nous avons pu avoir tout au long de ma présence au sein de l'établissement, et notamment lors de l'analyse du circuit admission-facturation.

Toute l'équipe du Département d'Information Médicale pour le temps qu'elle m'a accordé et ses explications en matière de codage des actes.

Madame Isabelle BREUT, cadre administratif du Département d'Information Médicale, pour l'accessibilité dont elle a fait preuve sur des domaines très techniques et les nombreux échanges que nous avons pu avoir qui, au-delà de ce sujet, ont été très enrichissants.

Monsieur Bruno MÉNAGER, cadre administratif du service des consultations externes et toute son équipe pour leur collaboration dans le cadre de l'analyse du circuit d'admission-facturation.

Madame Gaëtane BRAGEUL, responsable des finances, pour les données chiffrées qu'elle a pu transmettre et la grande disponibilité dont elle a fait preuve à mon égard.

Monsieur Mathieu ÉVEILLARD de la Direction des Système d'Information et de l'Organisation pour ses explications quant au Système d'Information Hospitalier.

Monsieur Antoine KAPFER, responsable de la trésorerie municipale de Saint-Malo, et ses équipes, pour leur accueil et les explications qu'ils m'ont fournies.

Je remercie également l'ensemble des Attachés d'Administration Hospitalière de l'établissement pour le temps qu'ils m'ont chacun consacré. J'en profite pour saluer la solidarité qui les unie, un exemple à suivre dans mes futures fonctions.

Sommaire

Introduction	1
1 La FIDES : un enjeu majeur pour le financement des établissements publics de santé.....	5
1.1 La mise en place de la FIDES ou l'aboutissement de la réforme du financement des établissements publics de santé.....	5
1.1.1 De la Dotation Globale de Financement à la T2A.....	5
1.1.2 La mise en place de la facturation directe ou la mise en œuvre opérationnelle de la T2A.....	8
1.1.3 Un projet qui s'inscrit dans un contexte plus large.....	15
1.1.4 Les enjeux de la FIDES.....	17
1.2 L'occasion pour le Centre hospitalier de Saint-Malo de travailler sur les moyens d'optimiser sa trésorerie.....	18
2 État des lieux du secteur admission/facturation.....	21
2.1 Présentation du secteur admission/facturation	21
2.1.1 Le service des consultations externes.....	21
2.1.2 Le bureau des entrées	22
2.2 Analyse du secteur admission/facturation	22
2.2.1 Une méthodologie fondée sur l'observation des pratiques	22
2.2.2 Des difficultés à résorber pour le passage en facturation individuelle	24
3 Des préconisations d'actions à mettre en œuvre pour un passage en FIDES réussi	33
3.1 Des préconisations institutionnelles pour mobiliser l'établissement autour de ce projet	33
3.1.1 Mettre en place une information institutionnelle sur la nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'établissement pour répondre aux nouveaux enjeux de la facturation	33
3.1.2 Améliorer l'exhaustivité et la rapidité du codage.....	34
3.1.3 Poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion des mouvements.....	35
3.1.4 Développer des échanges réguliers entre l'établissement, la CPAM-caisse pivot et le comptable public	36

3.2	Des préconisations spécifiques pour le service des consultations externes et le bureau des entrées	36
3.2.1	Agir sur les ressources humaines	37
3.2.2	Responsabiliser et motiver les équipes.....	37
3.2.3	Harmoniser les pratiques.....	39
3.2.4	Mettre en place une cellule de traitement des rejets commune aux services des consultations externes et au bureau des entrées	42
3.2.5	Permettre des mouvements-agents entre le service des consultations externes et le bureau des entrées.....	42
	Conclusion	45
	Bibliographie.....	47
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ACE	Actes et Consultations Externes
ALD	Affection de Longue Durée
AME	Aide Médicale d'État
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
AP-HM	Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille
AP-HP	Assistance Publique – Hôpitaux de Paris
APE	Administration de Produits et prestations en Environnement hospitalier
ARS	Agence Régionale de Santé
ATIH	Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
ATU	Accueil et Traitement des Urgences
CCAM	Classification Commune des Actes Médicaux
CDR	Consultations des Droits Réels
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHT	Communauté Hospitalière de Territoire
CIM	Classification Internationale des Maladies
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPE	Carte de Professionnel d'Établissement
CPF	Carte de Professionnel de santé en Formation
CPO	Complément au Prélèvement d'Organe
CPS	Carte de Professionnel de Santé
CPU	Caisse de Paiement Unique
CREF	Contrat de Retour à l'Équilibre Financier
DAF	Dotation Annuelle de Financement
DFCG	Direction des Finances et du Contrôle de Gestion
DGF	Dotation Globale de Financement
DGFIP	Direction Générale des Finances Publiques
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DIM	Département d'Information Médicale
DMI	Dispositif Médical Implantable
DRH	Direction des Ressources Humaines
DSIO	Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation
EHPAD	Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes

ENC	Échelle Nationale des Coûts
ESPIC	Établissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
FAU	Forfait Annuel d'Urgence
FFM	ForFait de petit Matériel
FHF	Fédération Hospitalière de France
FIDES	Facturation Individuelle des Établissements de Santé
GCL	Groupe de Coordination Local
GHM	Groupe Homogène de Malades
GHS	Groupe Homogène de Séjours
HAD	Hospitalisation À Domicile
HCL	Hospices Civils de Lyon
HPST	Hôpital, Patients, Santé et Territoires
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF	Inspection Générale des Finances
JORF	Journal Officiel de la République Française
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCOO	Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie
MeaH	Mission nationale d'expertise et d'audit Hospitaliers
MIGAC	Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
MO	Molécule Onéreuse
NABM	Nomenclature des Actes de Biologie Médicale
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
OQN	Objectif Quantifié National
PMSI	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PSPH	Participant au Service Public Hospitalier
RSS	Résumé de Sortie Standardisé
RUM	Résumé d'Unité Médical
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SE	Sécurité Environnement
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
T2A	Tarifcation À l'Activité
TIM	Technicien d'Information Médicale
TIPI	Titre Payable par Internet
TSH	Technicien Supérieur Hospitalier
UNCAM	Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

Introduction

La réforme du financement des établissements de santé publics et privés non lucratifs s'est traduite au travers de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2004¹ par la mise en place de la Tarification À l'Activité (T2A) au 1^{er} janvier de cette même année.

Ces établissements passent ainsi d'un financement par dotation globale à un financement à l'activité pour ce qui concerne les actes de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO).

Pour ce faire, le législateur a prévu un système de Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES) permettant de facturer chaque séjour à l'assurance maladie. En effet, la réglementation précise que la FIDES « *permet aux établissements de santé d'adresser directement à l'assurance maladie obligatoire, pour chaque épisode de soins, une facture destinée au remboursement des frais de soins prodigués à un assuré social, pour la part de ces frais prise en charge par les organismes d'assurance maladie obligatoire* »².

Concrètement, pour les activités de MCOO, les établissements de santé concernés par cette réforme seront rémunérés au fil de l'eau par une Caisse de Paiement Unique (CPU) sur la base des factures qu'ils auront préalablement émises et envoyées sous forme dématérialisée.

Par conséquent, la mise en place de la FIDES entraîne un certain nombre de changements qu'il convient d'aborder.

Tout d'abord, la facturation au fil de l'eau implique une facturation à l'acte. Pour ce faire, il est nécessaire que les personnels médicaux effectuent le codage de l'ensemble des actes qu'ils ont pratiqués auprès de leurs patients sur le Système d'Information Hospitalier (SIH).

Aussi, ce codage devra intervenir dans un délai raisonnable afin que le Département d'Information Médicale (DIM), pour les séjours, puisse associer chaque patient à un Groupe Homogène de Malades (GHM), auquel correspond un Groupe Homogène de Séjour (GHS) afin de le transmettre aux agents chargés de la facturation pour qu'ils soient en mesure de l'adresser sous forme dématérialisée à la CPU dans les délais impartis, sauf à ce que la facture soit rejetée pour non respect du délai d'envoi et vienne impacter négativement la trésorerie de l'établissement.

¹ Art. 33, L. n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p.21641.

² Décret n°2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, JORF n°158 du 10 juillet 2014, p.11450.

Par ailleurs, s'agissant d'une facturation à l'activité, le nombre de factures va augmenter de façon considérable. Une volumétrie conséquente que les logiciels de facturation vont devoir être capables de gérer, tant au niveau des établissements de santé, que des caisses d'assurance maladie ou des trésoreries.

Ensuite, s'agissant d'un financement à l'activité, les établissements de santé vont devoir produire des factures exhaustives, mais pour cela, le codage des actes aura dû être effectué en amont de façon sincère et fidèle. Ainsi, tout acte non codé ou non facturé entraînera une perte de rémunération et viendra par là même impacter la trésorerie de l'établissement.

Or, le rythme de financement va être modifié : d'environ trois virements mensuels par les Agences Régionales de Santé (ARS), les établissements recevront leur rémunération au fil de l'eau sur la base des factures transmises quelques jours auparavant. Dès lors, en FIDES, un retard ou un arrêt de l'envoi des factures aurait un impact désastreux sur la trésorerie de l'établissement.

Si le passage en FIDES a été repoussé à plusieurs reprises, compte tenu de ses exigences, notamment sur le plan technique, il est aujourd'hui prévu pour le 1^{er} mars 2016 au plus tard.

Le décret du 8 juillet 2014 prévoit en effet un déploiement progressif en fonction de la taille et des catégories d'établissements.

Pour ce qui concerne les Actes et Consultations Externes (ACE), l'article 1^{er} du décret précité fixe les dates limites suivantes pour effectuer le passage en FIDES-ACE :

- Au 1^{er} mars 2016 pour l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices Civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM) ;
- Au 1^{er} janvier 2016 pour les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) ;
- Au 1^{er} janvier 2015 pour les Centres hospitaliers.

Des dérogations sont prévues par la réglementation pour les établissements qui auraient notamment acquis un nouveau logiciel de facturation depuis le 1^{er} juillet 2012 ou dont le logiciel n'aurait pas été certifié pour le passage en FIDES avant le 1^{er} janvier 2013.

Pour ce qui concerne la facturation des séjours hospitaliers, l'article 2 du décret du 8 juillet 2014 prévoit le passage en FIDES-séjours au plus tard le 1^{er} mars 2018.

Dans ce contexte, le Centre hospitalier de Saint-Malo, au sein duquel j'ai effectué mon stage de professionnalisation, va devoir se préparer à la mise en place de la facturation au fil de l'eau.

Si l'échéance pour le passage en FIDES-ACE lui est fixée au 1^{er} janvier prochain, l'établissement doit au plus vite préparer son circuit d'admission-facturation aux changements qui s'augurent.

Le Centre hospitalier de Saint-Malo va devoir adapter son secteur admission-facturation aux changements induits par la mise en place de la FIDES et évoqués en amont, ceci afin d'éviter toute perte de recettes issue d'une facturation défailante, d'autant plus qu'il se situe dans un contexte de Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) conclu avec l'ARS de Bretagne.

Dans ce contexte, l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) a un rôle central à jouer dans la mise en œuvre de cette réforme au sein de l'établissement. En effet, si l'instauration de la FIDES est un projet qui doit être mené au niveau institutionnel, en lien avec des partenaires extérieurs, et notamment avec l'assurance maladie et la trésorerie, une réorganisation du secteur admission-facturation est à mettre en place pour répondre aux exigences de ce nouveau mode de facturation.

En effet, l'AAH est un pivot de la mise en place de la FIDES, notamment grâce aux compétences qu'il peut apporter. En tant que relais des politiques publiques et des stratégies de son établissement, l'AAH doit, dans le cadre du déploiement de la facturation au fil de l'eau, proposer et mettre en place une organisation de travail pertinente, en ayant préalablement évalué les processus d'activités existants.

Par ailleurs, dans le cadre de la préparation du secteur admission-facturation, l'AAH pourra produire un certain nombre d'outils destinés aux agents, mais également aux partenaires extérieurs, et notamment le comptable public, outils qui mobiliseront son expertise en fondamentaux de gestion.

Dans un contexte financier contraint, tel que celui du Centre hospitalier de Saint-Malo, le déploiement de la FIDES constitue un enjeu majeur en ce qu'il est l'occasion d'agir sur le levier « recettes » en cherchant à mettre en place un secteur admission-facturation performant, permettant ainsi un recouvrement plus aisé en aval et ainsi garantir des recettes correspondantes à l'activité réelle de l'établissement. Le secteur admission-facturation est dès lors valorisé par rapport à l'image qu'il pouvait dégager auparavant : d'un secteur presque inutile par le passé, il a peu à peu pris de l'importance pour devenir aujourd'hui stratégique pour l'établissement. Ce mémoire se propose de répondre à la problématique suivante :

Comment préparer le secteur admission-facturation au passage à la FIDES et lui permettre de répondre aux exigences imposées par sa mise en œuvre ?

Ce questionnement, et plus largement le thème de ce mémoire correspondent à une commande de mon lieu de stage. Par conséquent, l'objectif initial consistait, au-delà

d'une analyse du secteur admission-facturation, à formuler des préconisations et à les mettre en œuvre, en lien avec l'AAH responsable de la clientèle.

Or, différentes contraintes locales ont eu raison du calendrier fixé initialement, à tel point que le Groupement de Coordination Locale (GCL), organisé entre les différents partenaires du projet – la Caisse Primaire d'Assurance Maladie d'Ille-et-Vilaine en tant que CPU, la trésorerie municipale de Saint-Malo et l'établissement – ne s'est réuni pour le lancement du déploiement de la démarche FIDES au Centre hospitalier de Saint-Malo³ que le dernier jour de ma présence au sein de l'établissement, le 5 septembre dernier.

Par conséquent, le présent mémoire se fixe pour objectif d'analyser le circuit admission-facturation du Centre hospitalier de Saint-Malo au regard des exigences à respecter dans un système de facturation au fil de l'eau afin d'en dégager des difficultés. Des préconisations destinées à enrayer les difficultés soulevées seront proposées, sur la base des observations que j'aurai pu effectuer par une analyse du terrain et les différents échanges que j'ai pu avoir avec les professionnels de l'établissement, mais également grâce aux retours d'expériences des établissements de santé qui sont d'ores en déjà en FIDES.

Ainsi, après avoir rappelé le cadre législatif et réglementaire lié au financement des établissements publics de santé et au déploiement de la FIDES (I), j'aborderai la situation propre au Centre hospitalier de Saint-Malo concernant le circuit d'admission-facturation, notamment en termes de difficultés face aux exigences à respecter pour la facturation au fil de l'eau (II). Enfin, je formulerai différentes préconisations à mettre en œuvre, sur la base de l'analyse préalablement menée et des retours d'expériences pour que le Centre hospitalier de Saint-Malo puisse aborder le passage à la FIDES de la meilleure manière possible et limiter au maximum tout impact sur sa trésorerie dans la situation difficile qu'il traverse sur le plan financier (III).

³ Compte-rendu en annexe 2.

1 La FIDES : un enjeu majeur pour le financement des établissements publics de santé

Si la mise en place de la FIDES constitue l'aboutissement de la réforme des établissements publics de santé, avec la mise en place de la T2A (1.1), elle doit être l'occasion pour le Centre hospitalier de Saint-Malo de travailler sur les moyens d'optimisation de sa trésorerie (1.2).

1.1 La mise en place de la FIDES ou l'aboutissement de la réforme du financement des établissements publics de santé

Si les établissements publics de santé étaient autrefois financés par dotation globale, ils perçoivent aujourd'hui des ressources en fonction de leur activité, grâce à la tarification à l'activité pour les activités de MCOO (1.1.1). La mise en place de la FIDES en constitue à cet effet la mise en œuvre opérationnelle (1.1.2). Ce projet de facturation individuelle et directe s'inscrit dans un contexte plus large visant à favoriser une meilleure gestion des établissements publics de santé (1.1.3) et répond à de multiples enjeux (1.1.4).

1.1.1 De la Dotation Globale de Financement à la T2A

Jusqu'en 2004, les établissements publics de santé ainsi que les établissements Privés participant au Service Public Hospitalier (PSPH) étaient financés par une Dotation Globale de Financement (DGF). Ce mode de financement, mis en place par la loi du 19 janvier 1983⁴, prévoyait le versement d'une enveloppe par l'assurance maladie correspondant à la part des dépenses obligatoirement prises en charge par les régimes d'assurance maladie.

Le montant de cette dotation globale était calculé sur la base du nombre de journées réalisées lors de sa mise en place, modulé chaque année par un taux directeur fixé par le Ministère chargé de la santé.

Ce mode de financement des établissements publics de santé avait d'ores et déjà vocation à limiter les dépenses hospitalières en ce qu'il correspondait au versement d'une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative.

⁴ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, JORF du 20 janvier 1983, p.374.

Pour autant, le financement par dotation globale a montré ses limites, notamment en raison de l'absence de lien entre le niveau de l'activité de l'établissement et la dotation versée, surtout en raison « *de l'absence d'indicateurs d'activité médicale reconnus* »⁵.

Les établissements privés quant à eux, étaient financés à la fois par une tarification à l'acte – rémunération des professionnels médicaux intervenant à titre libéral – et une tarification à la journée – rémunération de la structure –. Les dépenses de ces établissements étaient encadrées par un Objectif Quantifié National (OQN) « *visant à assurer une régulation par rapport à l'activité* »⁶.

Ces modes de financement se sont rapidement montrés insatisfaisants et rendaient toute comparaison de coûts entre les deux secteurs impossible en raison de leurs différences.

Dès lors, la loi du 27 juillet 1999⁷ a permis la mise en place d'une expérimentation sur un nouveau mode de financement des établissements publics et privés de santé, de « tarification à la pathologie » à compter du 1^{er} janvier 2000, et pour une durée de cinq ans au plus.

En parallèle, le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI), rendu obligatoire par la loi du 31 juillet 1991⁸, a continué à se développer pour permettre l'instauration de la tarification à l'activité par la LFSS pour 2004. La T2A avait ainsi vocation à se substituer au système de la dotation globale précité, pour ce qui concerne les établissements publics de santé et les Établissements de Santé Privés d'Intérêt Collectif (ESPIC), d'une part, au système mixte du paiement à la journée et à l'acte pour les établissements de santé privés à but lucratif, d'autre part.

Si la T2A ne concerne pour l'heure que l'activité hospitalière de MCOO, il est néanmoins nécessaire de souligner « *la mutation culturelle profonde* »⁹ qu'elle constitue, en passant d'un pilotage par les dépenses à un pilotage par les recettes.

Ce changement de paradigme répond notamment à deux objectifs : créer du lien entre le financement et l'activité réalisée, et tendre peu à peu vers une convergence tarifaire, aussi bien entre les établissements publics que privés, « *pour appliquer un principe simple en apparence : à prestation identique, tarif identique* »¹⁰.

Concrètement, il existe différents tarifs dans le cadre de la T2A, qui peuvent ou non se cumuler. Il existe tout d'abord les **tarifs par séjour**, pour ce qui concerne les

⁵ Marc DUPONT, Claudine BERGOIGNAN-ESPER, Christian PAIRE, *Droit hospitalier*, 8^{ème} éd., Dalloz, p.524.

⁶ <http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante.6619.html>

⁷ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°172 du 28 juillet 1999, p.11229.

⁸ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255.

⁹ Gregg-Ivan BOUMAL, « *De la T2A à la facturation au fil de l'eau* », *Décision santé*, août-sept. 2010, n°267, p.24.

¹⁰ Cour des comptes, Rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, sept. 2009, p.174.

hospitalisations. Dans ce cadre, chaque acte pratiqué et chaque diagnostic ou symptôme pris en charge pour chaque patient est codé – par le praticien qui a réalisé l’acte, dans le cas d’un codage décentralisé, ou bien par les Techniciens d’Information Médicale (TIM), sous la responsabilité du médecin-DIM, dans le cas d’un codage centralisé –. Ce codage est effectué sur la base de la Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^{ème} version pour les pathologies et symptômes, et de la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) pour donner lieu à un Résumé d’Unité Médical (RUM). L’ensemble des RUM d’un même patient est agrégé afin de produire un Résumé de Sortie Standardisé (RSS), établi pour le séjour du patient. Ce RSS est ensuite traité par un algorithme qui prend également en compte le diagnostic principal à l’origine de l’hospitalisation du patient, son âge ainsi que les comorbidités associées. Chaque séjour est ainsi affecté à un GHM pour être associé à un GHS. A chaque GHS est associé un tarif forfaitaire fixé annuellement par le Ministre chargé de la santé dans le cadre de la LFSS sur la base de l’Échelle Nationale des Coûts (ENC).

A ces tarifs de GHS peuvent s’associer des suppléments liés aux autorisations spécifiques de certaines spécialités : réanimation, surveillance continue, néo-natalité, soins intensifs – de cardiologie et neuro-vasculaire –, les soins palliatifs et les centres de référence pour infections ostéo-articulaires.

Il existe également les **tarifs par prestation**, qui s’appliquent aux prestations non couvertes par les GHS : les actes et consultations externes, les urgences, les prélèvements d’organes ainsi que les hospitalisations à domicile.

Enfin, des **tarifs dits de responsabilité des consommables** sont facturés, le cas échéant, en sus des GHS. Ils correspondent à des Dispositifs Médicaux Implantables (DMI) ou à des Molécules Onéreuses (MO).

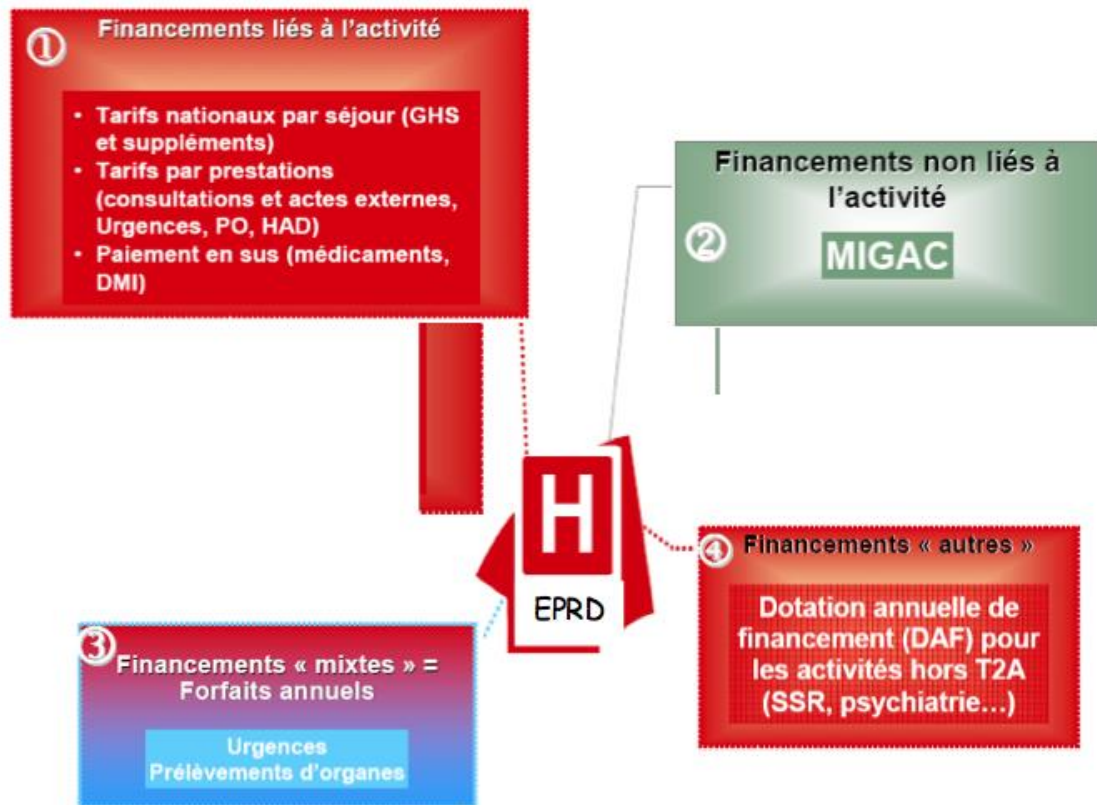
Au-delà de ces ressources issues de la tarification à l’activité, des forfaits sont versés aux établissements publics de santé pour certaines activités : les urgences avec le versement d’un Forfait Annuel d’Urgence (FAU) ou les prélèvements d’organes avec le versement d’un Complément au Prélèvement d’Organe (CPO).

Par ailleurs, les établissements publics de santé perçoivent également des ressources par Dotation Annuelle de Financement (DAF) pour les activités qui ne relèvent pas du MCOO et sont donc hors T2A, notamment la psychiatrie et les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR).

Enfin, des crédits sont octroyés aux établissements pour exercer des Missions d’Intérêt Général mais également au titre d’Aide à la Contractualisation (MIGAC).

Les différentes sources de financement des établissements publics de santé sont reprises dans le schéma ci-après, issu du cahier des charges de facturation des ACE, élaboré par le Ministère de la santé et des sports, le Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l’État et l’UNCAM.

Schéma d'allocation des ressources (AMO)



1.1.2 La mise en place de la facturation directe ou la mise en œuvre opérationnelle de la T2A

La mise en place de la T2A par la LFSS pour 2004 « *prévoyait notamment la mise en place, à partir de 2006, d'une facturation directe et individuelle des séjours, des actes et des consultations externes à l'assurance maladie* »¹¹.

En application de l'art. 33 de la LFSS pour 2004¹², le passage à la facturation directe était prévu pour le 1^{er} janvier 2006, le législateur ayant en effet estimé « *trop complexe de basculer d'emblée vers un dispositif de facturation directe* »¹³.

Néanmoins, celui-ci a dû être reporté à plusieurs reprises compte tenu « *des difficultés de tous ordres* » rencontrées par les acteurs nationaux, mais également en raison de la lourdeur et de la complexité du projet pour les acteurs locaux que sont les établissements publics de santé, les organismes d'assurance maladie obligatoire et les comptables publics, notamment en ce qui concerne « *leurs systèmes d'information à la*

¹¹ IGAS, IGF, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale », rapport RM2008-119P (IGAS), 2008-M-053-02 (IGF), déc. 2008, p.17.

¹² Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003, *op. cit.*, p.1.

¹³ IGAS, IGF, *op. cit.*

fois en termes d'infrastructures techniques et de logiciels, leurs organisations et leurs circuits financiers »¹⁴.

L'article 63 de la LFSS pour 2013¹⁵ a fixé la date limite de passage en facturation directe des établissements publics de santé au 1^{er} mars 2016 pour ce qui concerne les ACE, au 1^{er} mars 2018 pour les séjours, l'Hospitalisation À Domicile (HAD) ou les dialyses.

Dans l'attente du passage en facturation directe, un dispositif transitoire de facturation a été mis en place depuis l'instauration de la T2A : initialement prévu pour durer jusqu'au passage en facturation directe, au 1^{er} janvier 2006, il perdurera jusqu'à la mise en place de la FIDES.

Ce système transitoire comprend deux circuits distincts.

Il existe tout d'abord un circuit de facturation, estimé à 90% des flux de production et relatif aux prestations de soins (séjours, actes et consultations externes) des assurés sociaux. Dans ce cadre, elles sont codées par les praticiens directement ou par le DIM qui adresse des fichiers de déclaration d'activité à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH). Ceux-ci regroupent l'ensemble de l'activité mensuelle MCOO par GHS pour les séjours, et sous la forme d'un relevé d'activité pour les ACE, les données transmises sont donc anonymes. Par ailleurs, il n'existe que peu de contrôles *a priori*, et ceux-ci se limitent au PMSI, les droits à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) des patients ne sont pas vérifiés. En fonction des éléments contenus dans les fichiers transmis par l'établissement, l'ATIH effectue le contrôle *a priori* et calcule la valorisation financière puis transmet à l'ARS compétente le montant de dotation à verser à l'établissement. Ce circuit de facturation est donc « *agrégé (par lots anonymisés) et indirect par rapport aux organismes d'assurance maladie* »¹⁶.

Il existe un second circuit de facturation, dit de « facturation B2 », qui représente environ 10 % des flux et qui concerne la part complémentaire de la Couverture Maladie Universelle (CMU), les soins aux migrants, l'Aide Médicale d'État (AME) ainsi que la rétrocession des médicaments. Pour ces cas, les établissements publics de santé facturent déjà directement les prestations à la caisse d'AMO dont dépend l'assuré.

Parallèlement à ce système de facturation transitoire, une expérimentation a été mise en place, sur les conseils de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) qui indiquait dans son rapport sur le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale que « *si les pouvoirs publics réaffirment que la facturation directe constitue toujours une forte priorité, il convient d'une part de s'appuyer*

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale, JORF n°294 du 18 décembre 2012, p.19821.

¹⁶ IGAS, IGF, *op. cit.*, p.8.

sur une gouvernance de projet forte et, d'autre part, de déployer une expérimentation préalable à toute décision de généralisation »¹⁷.

1.1.2.1 Une expérimentation qui a posé des prérequis pour le passage en FIDES

L'expérimentation préconisée par le rapport commun de l'IGAS et de l'Inspection Générale des Finances (IGF) a été actée par la LFSS pour 2009¹⁸ pour un démarrage en janvier 2010 avec 55 établissements de santé volontaires.

Afin de former un échantillon représentatif, des Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et CHR, des Centres hospitaliers ainsi que des ESPIC ont participé à cette expérimentation. La diversité des logiciels de facturation en place au sein de ces établissements a également été recherchée.

Les conditions de mise en œuvre de cette expérimentation ont été définies par le décret du 29 septembre 2011¹⁹ qui a précisé les modalités pratiques de la facturation directe dans le cadre de l'expérimentation prévue.

Les objectifs de l'expérimentation

Celle-ci avait trois objectifs principaux : vérifier la faisabilité technique du projet ; mesurer les impacts et les coûts, notamment en termes organisationnels, et ce pour les trois acteurs concernés (établissement de santé, AMO, comptable public) et enfin, définir les conditions et les modalités d'une généralisation.

Le périmètre de l'expérimentation

Concrètement, l'expérimentation s'est limitée aux ACE, définis par l'article 162-26 du code de la sécurité sociale. Les établissements facturent l'ensemble des consultations externes (y compris les urgences non suivies d'hospitalisation) et les actes techniques, sur la base de la CCAM, de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et de la Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM), ainsi que la facturation B2 déjà en place (CMU-C, AME, rétrocession des médicaments ...) à l'AMO.

Pour l'heure, les forfaits Accueil et Traitement des Urgences (ATU), Forfaits de petit Matériel (FFM), Sécurité Environnement (SE) et Administration de Produits et prestations en Environnement hospitalier (APE) ne sont pas intégrés dans le dispositif

¹⁷ *Ibid.*

¹⁸ Art. 54, Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JORF n°294 du 18 décembre 2008, p.19291.

¹⁹ Décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés visés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, JORF n°228 du 1^{er} octobre 2011, p.16508.

FIDES, « dans l'attente de la publication du taux de prise en charge par l'AMO pour les assurés sociaux »²⁰.

Enfin, l'activité libérale des praticiens hospitaliers n'est pas concernée par la FIDES.

L'organisation de l'expérimentation

En termes organisationnels, l'expérimentation s'est déroulée en trois phases, les établissements de santé sont invités à suivre la même démarche :

- **Une phase de préparation-métier** au cours de laquelle il est nécessaire de « *travailler sur l'optimisation de son organisation et l'industrialisation de son processus métier pour améliorer la qualité et l'exhaustivité des données de facturation* »²¹. Le passage en test ne peut s'effectuer que si le taux de rejet B2 est inférieur à 10 % ;
- **Une phase de test, dite de pré-production**, au cours de laquelle l'établissement envoie des factures dans un « *environnement de test* » à la CPU afin de vérifier la qualité de la facturation produite et « *consolider les organisations avant de passer en réel* ». Le passage en FIDES ne pourra s'effectuer que si le taux de rejet B2 est inférieur à 10 % sur trois lots consécutifs sur l'ensemble du périmètre de la facturation individuelle ;
- **Le passage en production**, qui se traduit par l'envoi de toutes les factures MCO à la CPU sur le modèle FIDES.

Le bilan de l'expérimentation

Le bilan de l'expérimentation publié par le Ministère des affaires sociales et de la santé indique notamment que la plupart des établissements expérimentateurs avaient, préalablement à l'expérimentation, entrepris des démarches visant à améliorer leur processus de facturation-recouvrement.

Au-delà, le taux de rejet moyen sur les ACE s'élevait à 5 %, avec un délai de facturation d'environ vingt jours (après la date des soins), et un délai de paiement (ou rejet) de huit jours par l'AMO.

Concernant les rejets, trois grands types étaient rencontrés :

- Les bugs des logiciels de facturation ;

²⁰ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie et des finances, UNCAM, « *Guide de préparation des établissements de santé au passage en FIDES* », 2014, p.13.

²¹ ANAP, « *Retour d'expérience des premiers établissements de santé qui ont basculé en facturation individuelle au fil de l'eau sur les actes et consultations externes. 1. Les différentes phases du projet* », nov. 2013, p.5.

- Les erreurs de paramétrage des logiciels de facturation, qui peuvent être corrigées et limitées grâce au guide de paramétrage remis par chaque éditeur de logiciel à l'établissement ;
- Les erreurs métiers, sur lesquelles les établissements doivent particulièrement concentrer leurs efforts. Il s'agit notamment des informations liées aux Affections Longue Durée (ALD) ou au parcours de soins coordonnés.

Afin d'éviter les rejets qui sont préjudiciables à l'efficacité du processus facturation-recouvrement ainsi qu'à la trésorerie des établissements, ceux-ci doivent travailler en amont pour prévenir les rejets, en optimisant les processus d'admission et de facturation. Dès lors, la mise en place de la FIDES pourrait inviter les établissements à « renforcer leur intérêt à renforcer la dimension de facturation, historiquement négligée »²².

Le bilan de cette expérimentation « a confirmé que les outils et procédures mis en place entre les établissements de santé, l'assurance maladie obligatoire et les comptes publics hospitaliers fonctionnent de façon satisfaisante »²³.

1.1.2.2 Les modalités pratiques de la FIDES

Ainsi que le précise l'instruction interministérielle du 30 mai 2014²⁴, « un prochain décret en Conseil d'État définira les modalités de mise en œuvre de la facturation individuelle des établissements de santé ». Il devrait reprendre « pour l'essentiel les dispositions du décret du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle ».

Dès lors, pour ce qui concerne les ACE, le périmètre devrait rester le même, c'est-à-dire que seuls les ACE et la facturation B2 seront pris en compte en FIDES. Ainsi, ne sont pas concernés pour le moment les forfaits précités – ATU, FFM, SE, APE qui restent financés par l'envoi mensuel de ces données à l'ATIH par le biais de la plateforme e-PMSI dans l'attente de la publication du taux de prise en charge par l'AMO pour les assurés sociaux –. L'activité libérale des praticiens hospitaliers ne fait pas partie du dispositif FIDES.

²² IGAS, IGF, *op. cit.*, p.8

²³ Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n°173 du 30 mai 2014 relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé.

²⁴ *Ibid.*

De façon générale, la FIDES implique que pour les séjours, actes médicaux et consultations externes relevant de MCOO, l'établissement de santé :

- Émette une facture qui est envoyée *directement* à l'AMO, sans que l'intervention de l'ATIH pour le calcul de la valorisation financière ou de l'ARS pour le versement de la dotation ne soient nécessaires, il s'agit en effet d'une facturation directe ;
- Établisse une facture par séjour, par acte ou par consultation externes et non pas un fichier regroupant des séjours, actes ou consultations externes de multiples patients, il s'agit d'une facturation individuelle ;
- Élabore la facture dès que les données nécessaires sont présentes et non en fin de mois comme ce peut être le cas dans le système actuel, il s'agit d'une facturation au fil de l'eau.

Pour cela, les établissements vont devoir, dans les meilleurs délais après l'acte, la consultation ou la fin du séjour d'un patient, établir une facture de qualité, afin qu'elle soit transmise à l'AMO pour règlement.

En effet, toute prestation qui n'aura pas été facturée à l'AMO ne sera pas rémunérée : le code de la sécurité sociale²⁵ prévoit un délai d'un an à compter de la date de l'acte ou de la consultation externes ou de la fin du séjour pour transmettre la facture. A défaut, l'établissement perdra les recettes associées à cette activité non facturée ou non facturée dans le délai légal. Ce délai d'un an s'applique également aux factures émises et envoyées à l'AMO qui ont été rejetées. Par conséquent, les rejets doivent faire l'objet d'un suivi et être traités dans des délais relativement rapides, d'une part pour ne pas dépasser ce délai d'un an – un rejet n'ouvre pas droit à un nouveau délai –, mais également pour ne pas impacter la trésorerie de l'établissement.

Concrètement, à l'issue de l'acte ou de la consultation externes, la prestation doit être codée sur la base de la CCAM, de la NGAP ou de la NABM, les séjours doivent quant à eux être associés à un GHM. Les données sont ensuite transmises par le DIM à l'ATIH pour une déclaration d'activité par le biais de la plateforme e-PMSI, mais également au service facturation afin que celui-ci établisse la facture et la transmette à la CPU. Un titre de recettes correspondant à la facture est transmis au comptable public.

Ensuite, la CPU transmet la facture à la caisse gestionnaire dont relève le patient qui, sous huit jours après réception, est chargée de contrôler et de liquider ou de rejeter la facture. Si la caisse gestionnaire ne respecte pas ce délai, des pénalités de retard peuvent être appliquées.

La caisse gestionnaire informe la CPU de sa décision de liquider ou de rejeter la facture et lui délivre, le cas échéant, un accord de paiement. La CPU informe

²⁵ Art. L.162-25.

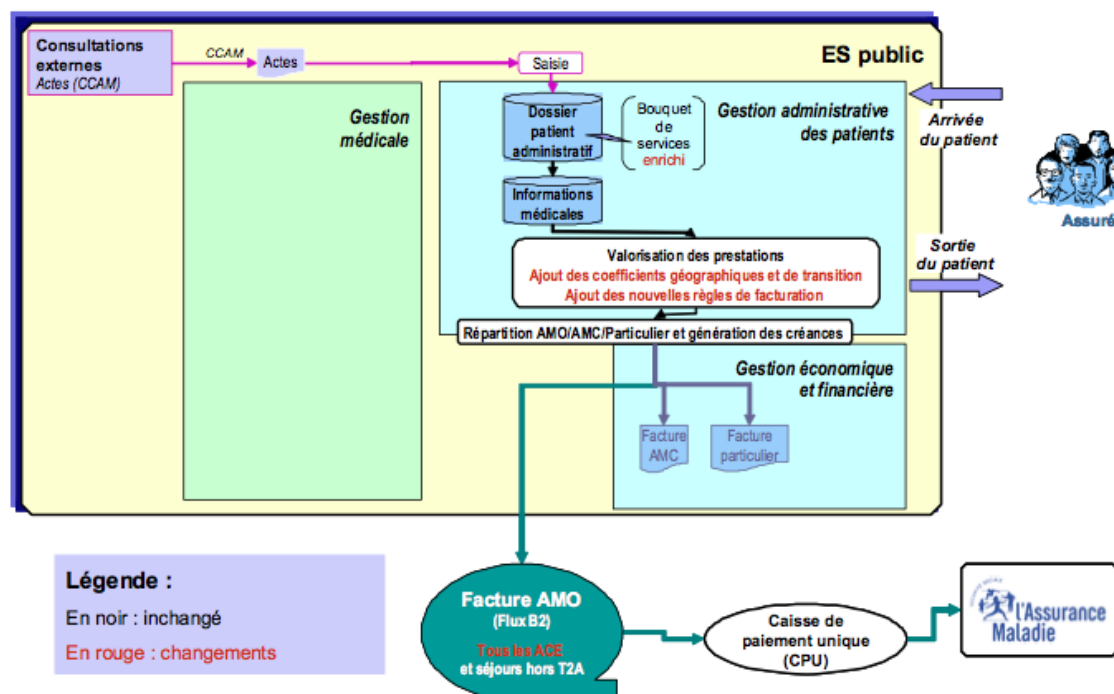
l'établissement de la décision de la caisse gestionnaire, elle est ainsi l'interlocutrice privilégiée des établissements concernant l'AMO.

- En cas d'accord de paiement de la caisse gestionnaire, la CPU paie à l'établissement, au travers du comptable public, le montant de la facture, au nom et pour le compte de la caisse gestionnaire. La CPU informe l'établissement et le comptable public de l'acquittement de la facture et du titre de recettes. Cette opération est réalisée dans les douze jours à compter de la réception de la facture par la CPU.
- En cas de rejet de la facture par la caisse gestionnaire, la CPU en informe l'établissement ainsi que le motif du rejet. L'établissement pourra contester le rejet ou bien annuler la facture et le titre de recettes associé.

Aussi, les factures pourront faire l'objet de modifications, au bénéfice de la caisse gestionnaire ou de l'établissement, sur la base des contrôles effectués par la première ou de l'envoi d'une facture modificative par l'établissement.

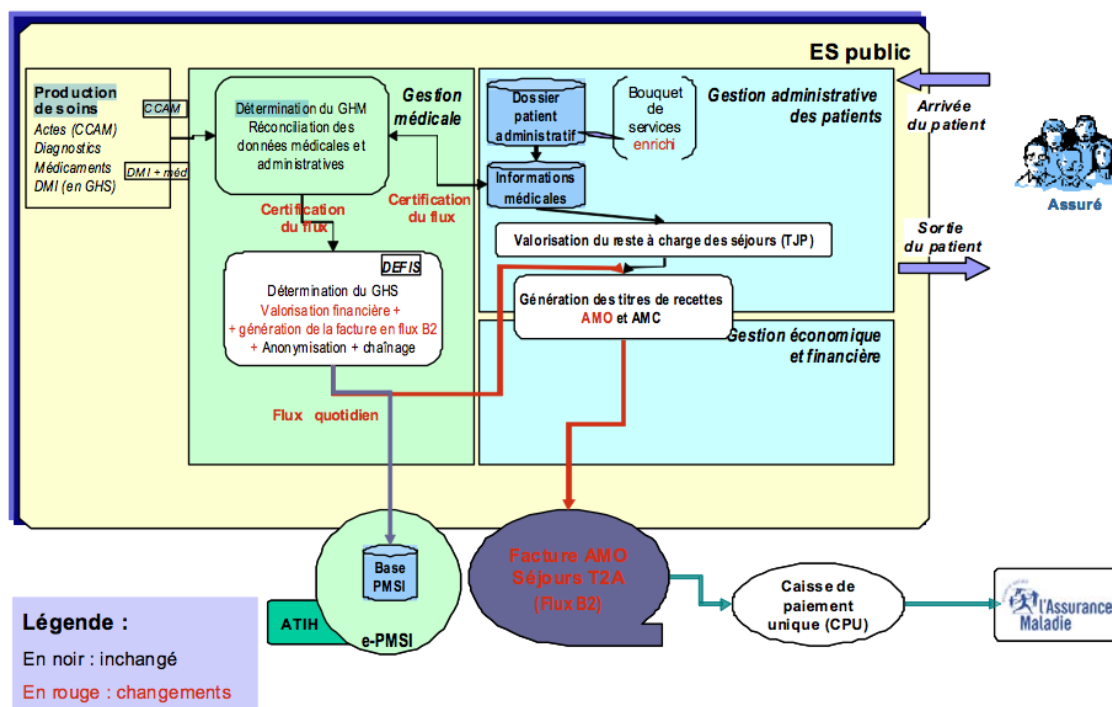
Ces modalités de facturation sont résumées dans les deux schémas ci-après, extraits des guides de facturation des ACE et des séjours.

Schéma général pour le fonctionnement du dispositif de facturation des ACE



Source : cahier des charges des règles de facturation des ACE

Schéma général pour le fonctionnement du dispositif de facturation des séjours T2A



Source : cahier des charges des règles de facturation des séjours

Au total, « ce système encourage l'hôpital à facturer vite et sans erreur (seules les factures émises et non rejetées sont prises en compte) »²⁶. Dès lors, les établissements doivent impérativement piloter et maîtriser leur processus de facturation qui doit concilier exhaustivité, qualité et rapidité.

1.1.3 Un projet qui s'inscrit dans un contexte plus large

Le projet FIDES s'inscrit dans une démarche plus générale d'amélioration de la performance de la gestion hospitalière. Ainsi, d'autres projets sont menés en parallèle, à l'image de la certification des comptes hospitaliers.

La loi HPST²⁷ a en effet introduit un article L.6145-16 au sein du code de la santé publique qui pose l'exigence de certification des comptes de certains établissements publics de santé désignés par décret.

Effectuée par un commissaire aux comptes, ou par la Cour des comptes, la certification des comptes a notamment pour objectif d'améliorer la gestion et le pilotage des établissements en apportant « une appréciation sur la qualité des comptes et

²⁶ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie, des finances et du commerce extérieur, UNCAM, *op. cit.*, p.11.

²⁷ Art. 17, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative à la Santé, aux Patients et aux Territoires (HPST), JORF n°167 du 22 juillet 2009, p.12184.

l'efficience du contrôle interne mis en place »²⁸. Dans ce cadre-là, les établissements publics de santé seront amenés à fiabiliser les enregistrements comptables des recettes grâce à une amélioration de la qualité de la facturation impulsée par la mise en place de la FIDES.

Les établissements publics de santé concernés sont invités à élaborer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des risques, « *qui permettra à la fois de valoriser ce qui existe, d'améliorer ce qui doit l'être, de mobiliser les équipes et de communiquer en interne* »²⁹.

A cet effet, le Centre hospitalier de Saint-Malo, soumis à l'exigence de certification de ses comptes, a constitué un comité de pilotage qui a défini la méthodologie et le calendrier. Quatre groupes de travail ont été constitués afin de travailler sur les immobilisations, les ressources humaines, les achats et les recettes.

J'ai participé au groupe de travail relatif aux recettes dans la mesure où j'étais rattaché à la direction de la clientèle et des projets, et plus particulièrement au bureau des entrées.

A partir d'un document élaboré par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP), le groupe de travail a pu identifier les faiblesses de l'établissement dans son cycle de recettes, les classer par ordre d'importance, d'impact pour l'établissement, afin de prendre des mesures correctives. Comme le précise le Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux élaboré par la DGOS et la DGFIP, ces réformes d'envergure impliquent « *de commencer par le plus urgent, s'inscrire dans la durée, mettre en place ce qui est nécessaire et s'affranchir du superflu, tenir compte de l'existant et le valoriser, ne pas viser l'exhaustivité mais ne pas relâcher l'effort* »³⁰.

Au-delà de la certification des comptes hospitaliers, le projet FIDES est aussi étroitement lié à celui de la dématérialisation des pièces comptables, le protocole PES V2. A cet effet, l'instruction interministérielle du 30 mai 2014 précise que « *les dispositifs FIDES et PES V2 constituent un levier d'amélioration de la qualité de la chaîne de facturation et de recouvrement et donc de celle des comptes hospitaliers, notamment dans le cadre de la certification des comptes* »³¹.

Le protocole PES V2 se traduit par une dématérialisation des échanges entre l'ordonnateur et le comptable public sur l'ensemble du budget, qu'il s'agisse de dépenses ou de recettes. Les objectifs sont multiples, parmi lesquels environnementaux ou la recherche d'efficience.

²⁸ DGOS, DGFIP, « *Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux* », p.42.

²⁹ *Ibid.*

³⁰ *Ibid.*

³¹ Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n°173 du 30 mai 2014, *op. cit.*, p.12.

Aussi, la dématérialisation des échanges est « *indispensable au bon fonctionnement du dispositif FIDES en régime de croisière* »³², compte tenu de la volumétrie des factures qui seront à émettre par l'ordonnateur.

Par ailleurs, le projet FIDES s'articule également avec la mise en place du paiement en ligne des frais hospitaliers, annoncé par le Conseil de modernisation des politiques publiques du 30 juin 2010.

Ainsi, les usagers pourront régler leur facture hospitalière en ligne, au moyen de leur carte bancaire, en exploitant l'application TIPI (Titres Payables par Internet) créée par la DGFIP. Ainsi que le précise un rapport commun³³ de la Direction Générale de la Modernisation de l'État, la DGOS et la DGFIP, le projet de paiement en ligne des factures hospitalières est censé répondre à deux difficultés : la première liée au taux et au délai de recouvrement à l'égard des particuliers, qui doivent être optimisés ; la seconde, à la qualité de la chaîne de facturation, qui doit être améliorée, notamment de la perspective de la mise en œuvre de la FIDES.

Ces différents projets sont en interaction les uns avec les autres, tant sur le plan calendaire qu'au niveau de leur objectif général : améliorer la performance de la gestion hospitalière.

1.1.4 Les enjeux de la FIDES

Si la FIDES a notamment pour vocation de contribuer à l'instauration d'une gestion hospitalière performante, ses objectifs sont « *très fortement centrés sur les priorités des organismes d'assurance maladie obligatoire* »³⁴.

La facturation au fil de l'eau permettra notamment de fournir à la puissance publique des données individuelles et détaillées relatives à l'activité des établissements hospitaliers.

Par ailleurs, l'assurance maladie pourra effectuer des contrôles *a priori*, c'est-à-dire avant liquidation et paiement des factures, comme c'est le cas pour la médecine de ville ou les établissements de santé privés à but lucratif. Ces contrôles pourront notamment être effectués au regard des droits à l'assurance maladie du patient ayant

³² Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie et des finances, UNCAM, *op. cit.*, p.11.

³³ DGOS, DGFIP, DGME, « *Paiement en ligne des frais hospitaliers. TIPI régies hospitalières. 1. Guide d'aide à la décision à destination des directions d'établissements de santé publics* », 2014.

³⁴ IGAS, IGF, *op. cit.*, p.8.

bénéficié des soins. Celle-ci ne sera donc plus considérée comme « *un payeur aveugle* »³⁵.

Aussi, en raison de l'individualité des factures établies, il sera possible de disposer d'informations fiables et exhaustives sur les parcours de soins des patients. Ces informations permettront également aux pouvoirs publics de renforcer les dispositifs de gestion des risques.

Au-delà, la mise en place de la FIDES permettra, à terme, de rendre le dispositif de facturation plus simple pour l'ensemble des acteurs concernés : les établissements de santé, le comptable public, les organismes d'assurance maladie mais également les assurés sociaux.

Enfin, et de façon plus générale, la mise en place de la FIDES permettra aux établissements de santé « *d'optimiser leur politique de gestion de trésorerie* »³⁶.

1.2 L'occasion pour le Centre hospitalier de Saint-Malo de travailler sur les moyens d'optimiser sa trésorerie.

Le Centre hospitalier de Saint-Malo est l'établissement-siège de la Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) Rance Émeraude, mais également l'établissement public de santé de référence sur le territoire n°6 de Bretagne³⁷ qui recouvre une partie des départements d'Ille-et-Vilaine et des Côtes-d'Armor (cantons de Broons, Cancale, Caulnes, Châteauneuf d'Ille-et-Vilaine, Combourg, Evran, Dinan, Dinard, Dol-de-Bretagne, Matignon, Jugon-les-Lacs, Plancoët, Pleine-Fougères, Plélan-le-Petit, Ploubalay et Saint-Malo).

Il dispose d'une capacité de 991 lits et places dont 295 lits et 26 places de médecine, 78 lits et 15 places de chirurgie, 28 lits de gynécologie-obstétrique, 93 lits et 48 places de psychiatrie, 10 places d'addictologie, 50 lits et 8 places de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), 83 lits de Soins de Longue Durée (SLD) ainsi que 257 lits en Établissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

En termes d'activité, le Service d'Accueil des Urgences (SAU) a compté près de 36.500 passages et 746 sorties du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Concernant la médecine, 38.400 consultations et 91.373 journées d'hospitalisation ont été réalisées en 2013, environ 25.000 journées d'hospitalisation et 26.000 consultations en chirurgie, 1.433 naissances, 12.950 consultations en gynécologie/obstétrique et près de

³⁵ Jonathan BELCASTRO, Didier CARLIER, « *La facturation individuelle des établissements de santé. Révolution ou aboutissement de la T2A ?* », Gestions hospitalières, n°533, fév. 2014, p.81.

³⁶ IGAS, IGF, *op. cit.*, p.8.

³⁷ V. annexe n°3.

44.000 prises en charge ambulatoire ainsi que 34.320 journées d'hospitalisation en psychiatrie.

Malgré une activité importante et diversifiée, le Centre hospitalier de Saint-Malo est confronté à des difficultés financières structurelles, ainsi qu'à la fuite de patients vers l'agglomération rennaise.

Dans ce contexte, la mise en place de la FIDES dans les meilleures conditions est primordiale : de la capacité de l'établissement à produire des données médico-administratives exhaustives qui permettront d'établir une facturation de qualité dépendra la trésorerie. En effet, « *le cycle recettes/créances est stratégique dans les EPS. La FIDES constitue une véritable opportunité pour revisiter les procédures de contrôle interne et de maîtrise des risques sur ce processus. La FIDES et la fiabilisation des comptes ont donc des objectifs convergents qui visent à renforcer la qualité, l'exhaustivité et la mise en valeur des éléments de facturation mais également à réduire les délais d'encaissement* »³⁸.

Afin de réussir ce défi, les responsables du processus d'admission et de facturation, et notamment l'AAH responsable du bureau des entrées doivent travailler à l'optimisation du circuit de facturation pour répondre aux exigences d'exhaustivité, de qualité et de rapidité.

Ainsi, il est nécessaire d'élaborer un état des lieux du processus d'admission et de facturation afin de pouvoir élaborer des préconisations qui permettront à l'ensemble des acteurs concernés de mettre en œuvre des actions correctives pour relever le défi de la mise en place de la FIDES.

³⁸ Alexandra AUDOUARD, Jean-Marc VIGUIER, « *Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé* », Finances hospitalières, n°59, juin 2012, p.19.

2 État des lieux du secteur admission/facturation

Afin d'exposer l'analyse de terrain du secteur admission/facturation du Centre hospitalier de Saint-Malo que j'ai pu réaliser, il me paraît nécessaire, au préalable, de le présenter (2.1), puis d'en dégager les points forts, mais également les points faibles, qui seront à améliorer dans le cadre du passage à la FIDES (2.2).

2.1 Présentation du secteur admission/facturation

Le secteur admission/facturation est rattaché à la direction de la clientèle et des projets de l'établissement, il est divisé en deux services distincts : le service des consultations externes (2.1.1), et le bureau des entrées (2.2.2).

2.1.1 Le service des consultations externes

Placé sous la responsabilité d'un Technicien Supérieur Hospitalier (TSH), le service des consultations externes est chargé :

- D'effectuer les admissions des patients présents pour un acte ou une consultation externes ;
- De procéder à la rétrocession des médicaments délivrés par la pharmacie, c'est-à-dire de facturer les médicaments délivrés aux patients externes, qui ne sont pas hospitalisés dans l'établissement. Cette rétrocession est permise par le code de la santé publique³⁹ et est applicable à une liste de médicaments limitativement énumérés : ceux qui ne sont pas disponibles en officine de ville ainsi que les traitements qui seraient susceptibles de stigmatiser les patients s'ils allaient en officine de ville, à l'image des antirétroviraux.
- De facturer les consultations, actes externes ainsi que les médicaments rétrocédés ;
- De traiter les contentieux de facturation, aussi bien avec l'AMO que les mutuelles ou les patients ;
- De gérer la régie : encaissement des paiements de factures (notes de frais, avis des sommes à payer), gestion des objets et valeurs déposés par les patients hospitalisés et les résidents pris en charge par l'établissement.

³⁹ Art. L.5126-4.

2.1.2 Le bureau des entrées

Le bureau des entrées est placé sous la responsabilité d'une AAH qui encadre :

- Le secteur hébergement des personnes âgées (admission, facturation, relation avec les résidents), pour lequel l'AAH est assistée par un adjoint des cadres ;
- Le secteur psychiatrie, chargé des formalités administratives liées aux soins psychiatrie (avec ou sans consentement), placé sous la responsabilité directe de l'AAH ;
- Le secteur état-civil et gestion des mouvements, chargé d'élaborer les formalités d'état-civil liées aux naissances et aux décès en lien avec les communes, mais également de la supervision des mouvements patients sur le SIH, placé sous la responsabilité directe de l'AAH ;
- Le secteur admission/facturation, chargé de recueillir les éléments administratifs nécessaires à l'hospitalisation du patient et à la facturation de son séjour ainsi que la facturation de celui-ci, placé sous la responsabilité directe de l'AAH ;
- Le secteur contentieux, chargé du suivi des contentieux de facturation avec l'AMO, les mutuelles et les patients ;
- L'accueil, chargé d'orienter et de renseigner les usagers et les visiteurs, mais également d'effectuer les sorties au niveau administratif, placé sous la responsabilité directe de l'AAH.

2.2 Analyse du secteur admission/facturation

L'analyse du secteur admission/facturation se fonde sur une méthodologie basée notamment sur l'observation des pratiques et des échanges avec les équipes (2.2.1), ce qui m'a permis de dégager les points forts ainsi que les difficultés susceptibles de perturber le passage en FIDES (2.2.2).

2.2.1 Une méthodologie fondée sur l'observation des pratiques

Ce mémoire a pour vocation de répondre à une commande de mon lieu de stage. L'objectif initial était de participer au déploiement de la démarche FIDES, en lien avec les deux responsables, et notamment l'AAH.

Cependant, eu égard aux difficultés de calendrier qui sont apparues au cours de ma présence au Centre hospitalier de Saint-Malo, la préparation à la démarche FIDES n'a pas pu se mettre en place dans les délais prévus.

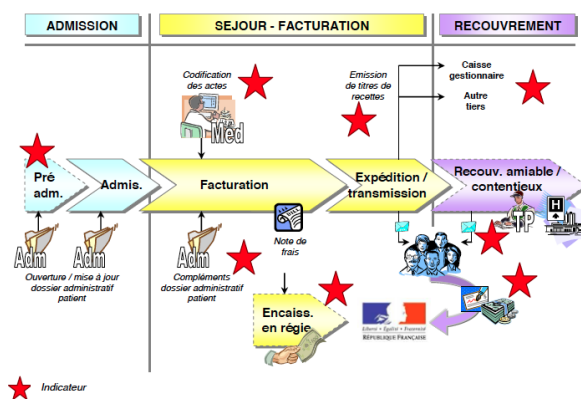
Dès lors, la commande a dû être revue et consiste tout d'abord en une analyse de l'existant. Celle-ci a notamment pour vocation, préalablement au passage en FIDES, et dans le contexte financier tout à fait contraint qui est le sien, de dégager les points faibles de l'établissement en matière d'admission et de facturation.

Ensuite, au regard des difficultés relevées, il s'agissait de formuler des préconisations d'actions à l'attention de la directrice de la clientèle et des projets, d'être force de propositions pour être dans un positionnement d'AAH, dont l'objectif est de préparer au mieux le secteur admission/facturation et permettre à l'établissement de réussir son passage en facturation directe, individuelle et au fil de l'eau dans les meilleures conditions.

Pour ce faire, j'ai fondé mon analyse de l'existant par une observation des pratiques et de multiples échanges avec les agents concernés pour avoir une vision d'ensemble du secteur. Je n'ai pas choisi de recourir aux entretiens dans la mesure où ils auraient été difficiles à mettre en place compte tenu du contexte et des difficultés que j'aborderai ci-après. Aussi, la réalisation d'entretiens ne m'aurait pas permis d'échanger avec les agents de façon spontanée, de cerner des différences de pratiques ou des négligences.

Corrélée aux attendus du projet FIDES, ainsi qu'aux retours d'expérience d'établissements de santé ayant d'ores et déjà basculé en facturation directe, individuelle et au fil de l'eau, cette observation de terrain me permet de dresser un état des lieux du secteur admission/facturation.

Le schéma⁴⁰ ci-dessous illustre les étapes auxquelles il est nécessaire de s'intéresser dans le cadre de la mise en œuvre du projet FIDES. Concernant la préparation du secteur admission/facturation, l'étude sera limitée aux étapes d'admission et de facturation.



⁴⁰ MeaH (ANAP), « Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière – Guide d'indicateurs », sept. 2009, p.3.

2.2.2 Des difficultés à résorber pour le passage en facturation individuelle

Des admissions centralisées

Le Centre hospitalier de Saint-Malo, à l'image de la plupart des autres établissements de santé, a choisi de centraliser le processus d'admission.

Ainsi, au niveau de l'établissement, toutes les admissions se font au niveau de l'accueil du bâtiment principal : au bureau des entrées pour les hospitalisations, au service des consultations externes pour les consultants.

Des exceptions ont toutefois été mises en place, pour un accueil au plus près des patients ou fondées sur les spécificités de certaines prises en charge :

- Concernant les nouveau-nés, leur identité est créée dans le SIH par les sages-femmes ;
- Concernant les IVG, les admissions sont effectuées par l'agent chargé de l'état-civil et des mouvements patients, par souci de discrétion ;
- Concernant les endoscopies effectuées en consultation externe, les admissions sont effectuées directement dans le service auprès d'une assistante médico-administrative ;
- Concernant la gynécologie (hors IVG), les admissions sont effectuées au niveau du secrétariat du service ;
- Au Service d'Accueil des Urgences (SAU), pour tous les patients qui se présentent, aussi bien pour les arrivées suivies d'une sortie après consultation que pour les arrivées suivies d'une hospitalisation.

Les admissions sont ainsi effectuées, dans la majorité des cas, par du personnel administratif formé au recueil des informations médico-administratives nécessaires à la prise en charge du patient et à la facturation de son passage, sauf pour ce qui concerne les exceptions citées ci-avant.

Ainsi, le personnel chargé des admissions pour lesdites exceptions n'est pas placé directement sous la responsabilité du cadre des consultations externes, sauf pour l'équipe administrative du SAU. Dès lors, les connaissances liées au recueil ou à la vérification des données d'identité et de couverture sociale sont plus difficiles à transmettre à ces professionnels, ce qui peut être source d'erreur, tant en termes d'identité que de facturation. Il en est de même pour l'équipe infirmière du SAU dont les Infirmiers Diplômés d'État (IDE) assurent à tour de rôle la fonction d'accueil et d'orientation et effectuent les admissions en dehors des horaires de présence de l'équipe administrative (de 23h à 8h

du lundi au dimanche). Or, comme l'indique Olivier WERY, si « *une erreur de facturation n'a jamais tué personne ... (...) une erreur d'identité peut créer une confusion dramatique* »⁴¹.

Des agents qui se sentent parfois dévalorisés

Si les personnels affectés aux admissions pouvaient, et peuvent encore aujourd'hui, dans une moindre mesure, se sentir dévalorisés en raison de l'image qui leur était renvoyée, eu égard à la mission de constitution du dossier médico-administratif qui leur était confiée, ils doivent au contraire être valorisés.

En effet, s'il a pu être dit à propos de la fonction accueil et admission du patient qu'elle « *ne constituait pas un métier* », ce point de vue peut d'ores et déjà être contrecarré par la complexité des règles existantes, tant en matière d'identitovigilance où il est, *a minima*, nécessaire de les appréhender pour ensuite alerter les référents en cas de doute pour éviter toute erreur d'identité, doublon ou collision, que pour ce qui concerne les règles liées à la couverture sociale.

La constitution du dossier d'admission, si elle peut être considérée comme répétitive et à ce titre, conduire pour certains à la dévalorisation des agents qui en sont chargés, n'en demeure pas moins complexe.

Un dossier d'admission constitue à la fois un dossier d'identité et un dossier d'assuré social. Le premier est notamment nécessaire pour la sécurité des soins tandis que le second est nécessaire pour la facturation de son (ou ses) ACE ou de son séjour.

Outre les aspects d'identitovigilance auxquels ces professionnels doivent être attentifs, les nombreuses et complexes règles liées la constitution du dossier de couverture sociale doivent être assimilées : « *toute insuffisante maîtrise de ce corpus de règles fait par conséquent courir au patient ou à l'établissement des risques sur le plan financier et de la qualité de service* »⁴².

Aussi, il apparaît nécessaire de repérer les situations de précarité dès l'admission du patient afin de saisir les services sociaux de l'établissement qui lui permettront de bénéficier d'une couverture sociale adaptée aux soins qu'il doit recevoir et conforme aux droits auxquels il peut prétendre en matière d'assurance maladie.

A de nombreuses reprises, j'ai pu entendre des agents qui m'indiquaient qu'ils n'exerçaient pas « *un vrai métier* », en écho à l'image qui leur est renvoyée. Or, eu égard aux missions complexes que sont l'admission du patient et la facturation des dossiers, on comprend bien qu'elles constituent d'ores et déjà un métier à part entière, qu'il est

⁴¹ Olivier WERY, « *Déconcentrer l'accueil administratif ne va pas de soi* », Finances hospitalières, n°45, mars 2011, p.2.

⁴² *Ibid.*

nécessaire de valoriser car, demain plus encore, les agents chargés des admissions et de la facturation seront les garants de la trésorerie de l'établissement.

Une frontière préjudiciable entre les équipes du service des consultations externes et du bureau des entrées

En termes organisationnels, la polyvalence des agents a été recherchée par l'AAH notamment pour permettre de pallier les éventuelles absences au sein du service.

Cette initiative est louable en ce qu'elle permet, dans des services importants comme un bureau des entrées, et qui va devenir stratégique avec le passage en FIDES, de ne pas pâtir de façon trop importante, de l'absence, prolongée ou non, d'un agent et de ses compétences parfois très pointues.

Cette polyvalence n'est de mise qu'entre les admissions et la facturation – j'aborderai la gestion des rejets et les contentieux avec les mutuelles ci-après –. Pour autant, il est également nécessaire d'adapter les postes en fonction des différents agents, en raison par exemple de leur appétence pour l'accueil et la relation avec les usagers : c'est pourquoi certains agents ne font que des admissions, d'autres tournent à la fois sur les admissions et la facturation.

Les équipes du service des consultations externes et celles du bureau des entrées pour les séjours sont distinctes malgré leurs nombreuses similitudes en matière d'organisation. Dès lors, si les admissions sont séparées géographiquement pour distinguer les flux de patients, et faciliter leurs parcours au sein de l'établissement, les équipes pourraient tout à fait être communes ou, à tout le moins, basculer plus facilement d'un service à l'autre.

L'importance de l'organisation était déjà soulignée par le rapport commun de l'IGAS et de l'IGF qui indiquait que « *les organisations internes et les articulations des départements d'information médicale, des bureaux d'accueil, des facturiers et des services financiers doivent continuer à évoluer* »⁴³. Pour le Centre hospitalier de Saint-Malo, cet aspect organisationnel revêt toute son importance au regard des problématiques en termes de ressources humaines auxquelles l'établissement doit faire dans le cadre du passage en FIDES.

Des problématiques en termes de ressources humaines

La plus importante problématique de l'établissement en matière de passage en FIDES sera liée aux ressources humaines, et ce sur deux aspects.

⁴³ IGAS/IGF, *op. cit.*, p.8.

Le premier est lié au manque d'effectif. Le Centre hospitalier de Saint-Malo est en difficultés financières, avec un CREF conclu avec l'ARS Bretagne. Dans ce contexte, et dans la mesure où les ressources humaines constituent environ 70 % des charges des établissements publics de santé, les mesures d'économies qui doivent être recherchées vont notamment se situer à ce niveau.

Si tous les services, qu'ils soient soignants, administratifs, médico-techniques ou techniques participent à l'effort commun, le passage en FIDES va entraîner un surcroît de travail considérable. Le président de la Fédération Hospitalière de France (FHF), Frédéric Valletoux indique à cet effet que la mise en œuvre de FIDES « *nécessitera des recrutements massifs de personnels administratifs pour traiter les factures* »⁴⁴.

Si le traitement des factures et des rejets va nécessiter un travail conséquent en FIDES, l'idée pourrait être celle d'affecter un nombre plus important d'agents à ces tâches que ce qui est le cas aujourd'hui en les retirant des fonctions d'admissions. C'est par exemple ce qu'a fait le CHU de Toulouse où le directeur des affaires financières, qui « *s'était fixé comme objectif de mettre en œuvre le projet FIDES à iso-ressources a retiré cinq agents des fonctions d'accueil et de back office des bureaux des entrées pour les affecter à cette cellule* » de traitement des factures et de gestion des rejets⁴⁵.

L'idée est intéressante, mais n'est pas applicable au Centre hospitalier de Saint-Malo dans la mesure où les effectifs sont insuffisants, surtout pour le service des consultations externes. Affecter des agents au traitement des factures reviendrait à les retirer des fonctions d'admission, et par là même allonger le temps d'attente des patients, ce qui pourrait être source de conflits. Ainsi, les admissions seraient faites sous tension, ce qui ternirait l'image de l'établissement, d'une part, et entraînerait des admissions faites trop rapidement, préjudiciables au recueil des données nécessaires à la dispensation des soins en toute sécurité, mais également à l'élaboration d'une facturation répondant aux critères d'exhaustivité, de qualité et de rapidité, d'autre part.

En sus de ce manque d'effectif, qui s'explique par une situation financière difficile pour l'établissement, les deux services, et notamment celui des consultations externes, doivent faire face à un manque de formation de leurs agents, qui constitue le deuxième aspect de cette problématique des ressources humaines.

J'ai profité de mes nombreux échanges avec le personnel du bureau des entrées et des consultations externes pour discuter de la mise en place de la FIDES, de ses incidences sur leur travail et sur le financement des établissements publics de santé. Dans la plupart des cas, les agents en avaient entendu parler mais n'en mesuraient pas les conséquences. Si cette carence pourra être corrigée dans le temps pour le bureau des

⁴⁴ « *La FHF demande une nouvelle fois à François Hollande l'arrêt du projet FIDES* », dépêche APM International, n°SNRJH001, 17 oct. 2014.

⁴⁵ Jonathan BELCASTRO, Didier CARLIER, *op. cit.*, p.18.

entrées, la situation est plus complexe pour le service des consultations externes qui doit basculer en FIDES au 1^{er} janvier prochain.

Au-delà de cette méconnaissance des enjeux de la FIDES, et de ses conséquences, qui est révélatrice de difficultés dans sa mise en œuvre, il existe une problématique plus grave, liée aux compétences de certains agents.

En effet, ainsi que le soulignent l'IGAS et l'IGF dans leur rapport commun, les services d'admission et de facturation « *doivent passer d'une fonction relativement négligée depuis la dotation globale à celle de nœud essentiel de la chaîne de recettes* »⁴⁶. Cette négligence, abordée par l'IGAS et l'IGF, s'est traduite, dans de nombreux établissements, par l'affectation des personnels nécessitant un reclassement pour raisons de santé. Une pratique cohérente avec la logique qui perdurait par le passé selon laquelle les agents des services d'admission ou de facturation n'exercent pas un « vrai » métier.

Le Centre hospitalier de Saint-Malo n'a pas été épargné par cette pratique : de nombreux agents issus du milieu soignant ont été affectés aux admissions et à la facturation à l'issue d'un reclassement. S'il est aisé de comprendre les contraintes de la direction des ressources humaines, il est aussi nécessaire de prendre conscience des difficultés engendrées par un nombre trop important d'agents reclassés, et souvent non formés, au sein d'un même service.

En effet, au-delà d'un absentéisme plus fréquent, lié à l'état de santé, souvent fragile, de ces agents, il existe également une problématique liée aux compétences qui ne correspondent pas nécessairement à celles attendues dans un service d'admission ou de facturation.

Dans la majorité des cas, les personnels reclassés sont issus du soin et sont affectés sur un travail administratif. Si par le passé, les admissions et la facturation pouvaient être effectuées de façon relativement aisée, la technicité dont les agents doivent faire preuve dans l'application de règles complexes d'identitovigilance et de législation de sécurité sociale pose la question de la pertinence de ces pratiques au regard de l'affrontement entre les compétences attendues et les compétences réelles de ces agents. A titre d'exemple, j'ai pu assister au reclassement d'une aide soignante au service des consultations externes, laquelle s'est rapidement trouvée en difficulté en raison de sa méconnaissance liée à l'utilisation d'un ordinateur, sans même parler du logiciel d'admission et de la saisie des données sur le SIH.

Cette question des compétences devient encore plus criante dans un contexte de sous-effectif et de mise en œuvre d'un projet complexe et très technique tel que la FIDES. Au regard de la nécessaire évolution de l'organisation et des missions des agents du secteur admission/facturation dans le cadre de la FIDES, un important travail doit être mené sur la gestion des ressources humaines au sein de ces services.

⁴⁶ IGAS/IGF, *op. cit.*, p.8.

Une plus grande vigilance à instaurer pour les patients payant 100 %

De part sa situation géographique et de l'attrait de la région sur le plan touristique, le Centre hospitalier de Saint-Malo accueille de nombreux patients étrangers pour lesquels il est nécessaire d'être tout à fait vigilant.

En effet, dans la mesure où les patients étrangers payent l'ACE ou le séjour à 100%, l'établissement se doit de les inciter à régler leur facture à la sortie, et en amont, de rechercher toutes les garanties nécessaires pour faciliter le recouvrement de la créance.

En pratique, les agents chargés des admissions doivent alerter l'AAH dès lors qu'un patient payant 100% est admis, leur vigilance doit être régulièrement rappelée sur ce point, notamment lors des staffs organisés par l'AAH. Si les agents connaissent les conséquences d'une sortie sans paiement ou sans recueil des garanties suffisantes de paiement pour un patient payant 100%, ils ne pensent pas toujours à alerter l'AAH. Une note d'information a été élaborée en ce sens pour, durant la période estivale, et l'afflux de touristes, attirer la vigilance à observer pour ces patients en matière de facturation. Cette note d'information était également à destination des unités de soins dont les équipes doivent alerter le bureau des entrées de la sortie imminente d'un patient payant 100% afin de l'inciter à régler sa facture avant qu'il ne quitte l'établissement.

Au-delà de cette note d'information, le rappel de la vigilance à observer est à effectuer régulièrement aux équipes, tant administratives, lors des staffs, que soignantes, par le biais des cadres d'UF.

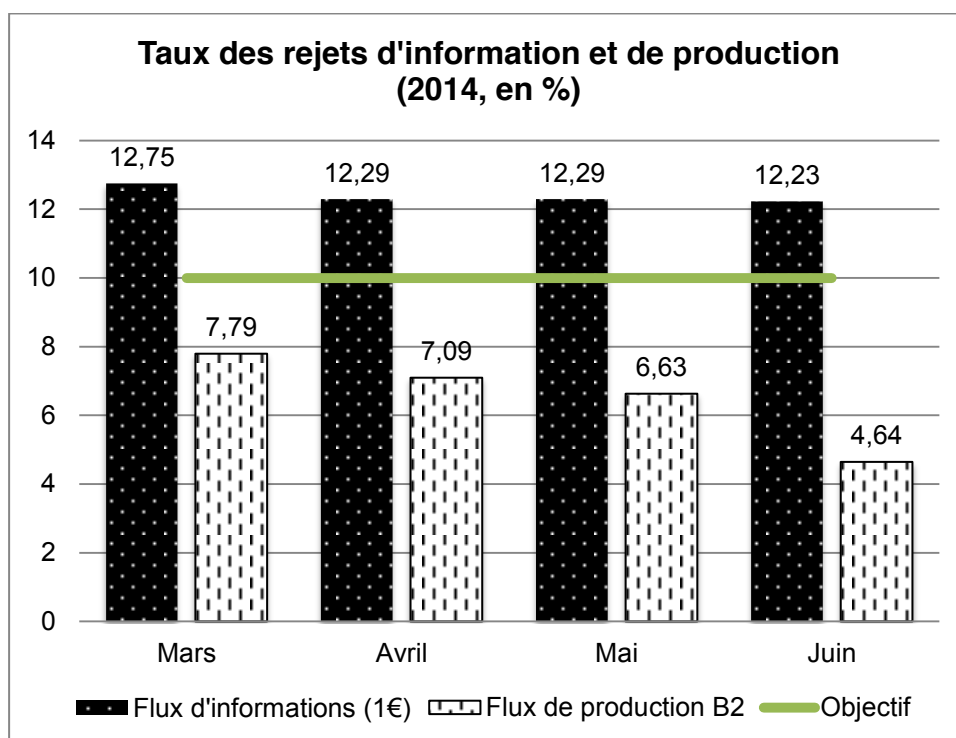
Un dispositif de traitement des rejets à consolider pour le passage en FIDES

Si le traitement des rejets constitue un travail important, il le sera plus encore demain avec les contrôles *a priori* de l'AMO, ainsi que le volume de factures beaucoup plus important que celui actuellement concerné par les rejets.

Ainsi, il est nécessaire, autant que possible, de réduire les rejets pour ne pas perdre de recettes et par là même pénaliser la trésorerie de l'établissement. La qualité des données de facturation est mesurée « à partir des taux de rejet de la facturation individuelle AME, CMUC, migrants et rétrocession des médicaments et du flux un Euro informatif »⁴⁷.

⁴⁷ Olivier WERY, « Ce qu'il faut savoir sur le projet FIDES », Finances hospitalières, n°48, juin 2011, p.2.

Les taux de rejets de l'établissement sont rapportés dans le graphique ci-après, pour les mois de mars à juin 2014 – chiffres fournis par la CPAM d'Ille-et-Vilaine –.



Conformément aux dispositions prévues, les taux de rejet doivent être inférieurs à 10 % pour passer en phase de pré-production – test –, et *a fortiori*, en FIDES. Dès lors, les processus d'admission et de facturation doivent être améliorés de façon à permettre le passage en test, et *in fine*, en FIDES, pour le 1^{er} janvier 2015 sur les ACE, mais également pour éviter une hausse exponentielle du nombre de rejets qui seront à traiter et entraîneront inéluctablement des difficultés de trésorerie.

Au-delà des taux de rejets, il est également nécessaire d'aborder l'organisation de leur gestion. De façon tout à fait cohérente au regard de la distinction entre les deux services, le Centre hospitalier de Saint-Malo dispose de deux cellules de traitement des rejets et des contentieux : l'une pour le service des consultations externes, l'autre pour le bureau des entrées.

L'existence de deux cellules est cohérente au regard de l'organisation en matière d'admission et de facturation, et n'est pas préjudiciable à l'établissement de prime abord. Néanmoins, au niveau des consultations externes, un seul agent est chargé de la gestion des rejets, deux le sont au bureau des entrées pour ce qui concerne les séjours.

Or, compte tenu du risque d'augmentation des rejets lors du passage en facturation au fil de l'eau, et de l'importance de leur gestion dans un contexte FIDES compte tenu de leur impact sur la trésorerie de l'établissement, de surcroît dans un contexte financier difficile, il demeure important de renforcer cette fonction de gestion des

rejets. En effet, celle-ci apparaît aujourd’hui comme trop fragile au sein de l’établissement, sans parler des risques potentiels d’absence des agents formés à la gestion des rejets.

Des retards de codage qui doivent diminuer

Le Centre hospitalier de Saint-Malo a adopté une centralisation de son codage. En pratique, les médecins codent les actes qu’ils ont pratiqués auprès des patients sur la base de la CCAM.

Ensuite, l’ACE est facturé à l’AMO par le biais de la caisse pivot dans le cadre de la FIDES. Pour ce qui concerne les séjours, une fois le ou les acte(s) CCAM codés, les TIM effectuent le codage des diagnostics, sur la base des actes CCAM saisis, mais également du compte-rendu opératoire, de la lettre de sortie et de toute autre pièce utile.

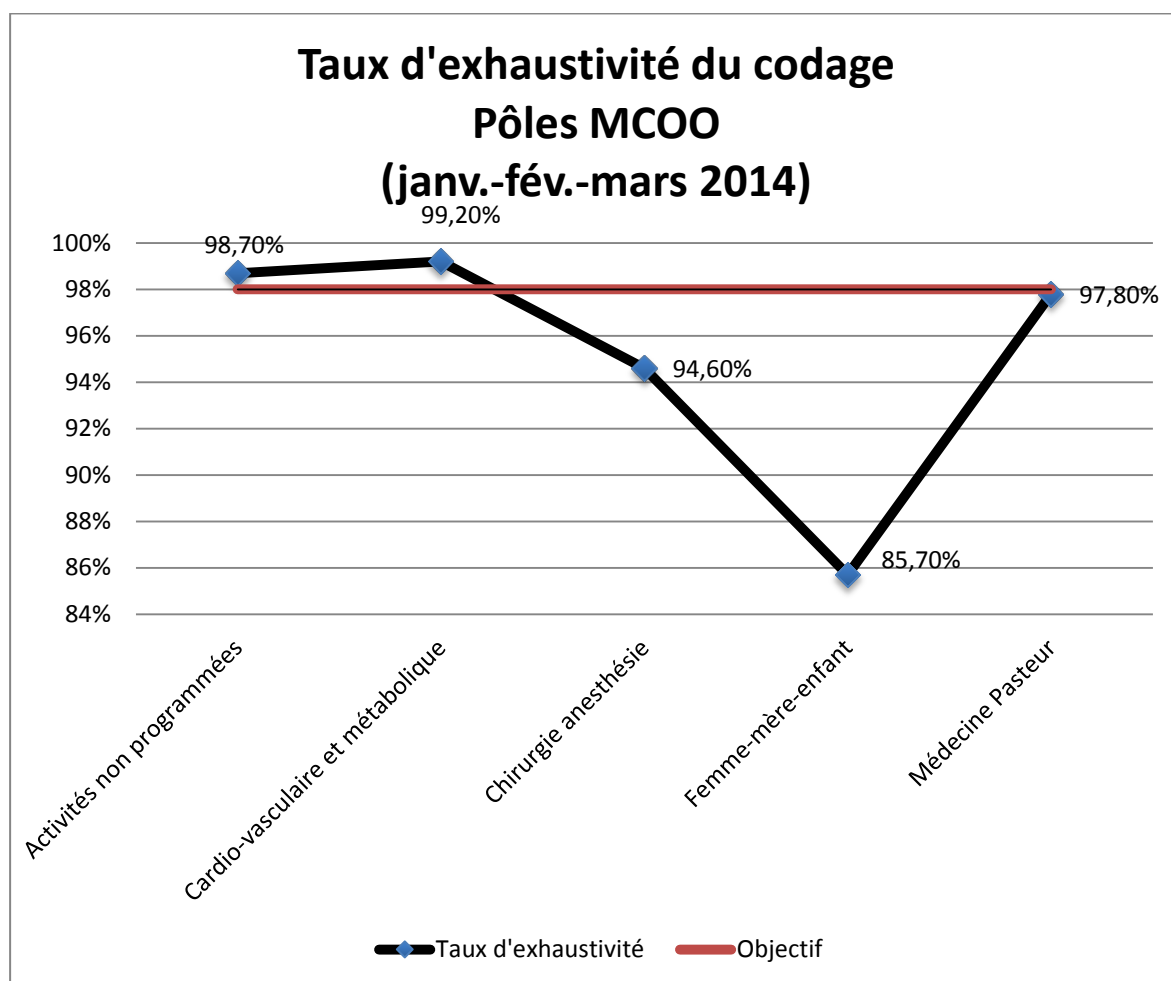
Dans le cadre de la FIDES, le codage devra intervenir le plus rapidement possible après la sortie du patient de façon à maintenir une alimentation régulière de la trésorerie de l’établissement.

Or, le codage, tant du côté des praticiens, que du DIM, est parfois retardé, ce qui, en FIDES, entraînera la perception plus tardive des recettes de l’activité par l’établissement.

Pour ce qui concerne les séjours, l’équipe de direction a pris toute la mesure de l’importance du codage des actes dans des délais raisonnables pour la trésorerie de l’établissement en inscrivant au sein des contrats de pôle un objectif de 98 % d’exhaustivité du codage des actes à soixante jours. Le tableau ci-après détaille, sur la période de janvier, février et mars 2014 le nombre de séjours pour lesquels le codage du diagnostic, et donc la définition du GHS, n’a pu être effectué par les TIM dans un délai raisonnable, en raison du non codage du ou des acte(s) CCAM pratiqué(s) et/ou de l’absence de documents nécessaires au codage du diagnostic – compte-rendu opératoire, lettre de sortie etc. –.

	Dossier incomplet	Acte CCAM non saisi
Pôle activités non programmées	19	0
Pôle cardio-vasculaire et métabolique	18	8
Pôle chirurgie anesthésie	16	83
Pôle femme-mère-enfant	31	234
Pôle médecine Pasteur	68	9
Total	152	334

Rapportés aux nombres de séjours totaux sur chaque pôle, on obtient les taux d'exhaustivité de codage à soixante jours suivants :



On constate ainsi que, soixante jours après la sortie du patient, certains actes n'ont pas été codés ou les documents nécessaires à l'élaboration du diagnostic n'ont pas été établis.

Si le taux d'exhaustivité a été fixé à 98 %, il devrait en théorie se situer à 100 % pour entraîner une rémunération correspondant à l'activité réelle de l'établissement. Ces taux d'exhaustivité doivent être améliorés pour le passage en FIDES pour permettre à l'établissement de disposer d'une trésorerie régulière et ne pas perdre de recettes.

Au-delà du rôle des praticiens dans l'exhaustivité et les délais de codage, le DIM doit également être pris en compte sur ce point pour permettre l'envoi des factures dans des délais raisonnables.

L'observation et les nombreux échanges que j'ai pu avoir avec l'ensemble des acteurs rencontrés m'ont permis de recenser ces différents points faibles, préjudiciables à la réussite du passage en FIDES. Il en résulte les préconisations qui suivent et qui ont pour objectif de répondre à la commande de l'établissement.

3 Des préconisations d'actions à mettre en œuvre pour un passage en FIDES réussi

Les préconisations qui suivent sont établies sur la base des difficultés préalablement identifiées, et relatives au passage en FIDES. Si elles ne sont pas exhaustives, certaines concernent l'ensemble de l'institution (3.1), d'autres ne concernent que le service des consultations externes ou le bureau des entrées (3.2).

3.1 Des préconisations institutionnelles pour mobiliser l'établissement autour de ce projet

Une information institutionnelle de sensibilisation à la FIDES doit être menée auprès de l'ensemble des acteurs de l'établissement (3.1.1). La mobilisation de l'ensemble des acteurs, tant internes qu'externes est nécessaire à la réussite de ce projet. Il est en effet nécessaire d'améliorer l'exhaustivité et la qualité du codage des actes et des diagnostics (3.1.2), mais également de faire preuve d'une plus grande rigueur dans la gestion des mouvements (3.1.3). Les relations avec les partenaires extérieurs, et notamment la CPAM-caisse pivot ainsi que le comptable public doivent être développées (3.1.4).

3.1.1 Mettre en place une information institutionnelle sur la nécessaire mobilisation de l'ensemble des acteurs de l'établissement pour répondre aux nouveaux enjeux de la facturation

Le projet FIDES est un projet organisationnel qui mobilise de nombreux acteurs externes – AMO, comptable public –, mais également internes à l'établissement, notamment la direction de la clientèle et des projets, la Direction des Finances et du Contrôle de Gestion (DFCG), le DIM ainsi que la Direction des Systèmes d'Information et de l'Organisation (DSIO).

Pour que l'établissement puisse surmonter les obstacles à l'instauration de la FIDES dans des conditions optimales, il est nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs concernés, mais pas seulement. En effet, dès 2008, l'IGAS soulignait que « *le sujet facturation directe est encore trop souvent, un sujet confiné dans l'espace des services financiers et informatiques (la télétransmission) et des services d'admission et de*

facturation. (...) Ceci suppose de renforcer à la fois la performance propre de ces services et leur articulation avec les services médicaux et les autres services administratifs »⁴⁸.

Une information institutionnelle permettrait de faire connaître les nouveaux enjeux de l'établissement en termes de facturation et de trésorerie, mais également de communiquer sur le rôle de chacun dans la réussite de ce projet ainsi que sur le rôle pivot des services d'admission/facturation et du DIM.

3.1.2 Améliorer l'exhaustivité et la rapidité du codage

L'établissement ne sera rémunéré que sur la base de l'activité qu'il aura déclarée et donc facturée. Ainsi, il est nécessaire que les équipes médicales codent tous leurs actes, et que les TIM déterminent le diagnostic afférent sur la base des éléments fournis par les praticiens.

Dès lors, les équipes médicales doivent collaborer avec le DIM pour un codage exhaustif et rapide pour ne pas impacter la trésorerie. Sur ce point, des retards de codage ont été relevés aussi bien chez les praticiens qu'au niveau du DIM.

Pour répondre à ces difficultés, les praticiens doivent être sensibilisés sur le rôle primordial qu'ils ont à tenir dans le codage des actes qu'ils pratiquent, nécessaire au calcul de recettes de l'établissement et ce, au travers d'une information institutionnelle, mais également par le biais d'une sensibilisation forte par le médecin responsable du DIM. En l'absence d'amélioration des indicateurs d'exhaustivité du codage par pôle, la direction pourrait tout à fait envisager de durcir les attendus fixés dans les contrats de pôle.

Pour autant, si le codage doit être exhaustif, il doit refléter l'activité réelle de l'établissement et de ses praticiens. Il est nécessaire de rappeler que la mise en place de la facturation individuelle va permettre à l'AMO de mener des contrôles *a priori*. Or, « *en l'absence de traçabilité, l'établissement n'a pas d'argument à opposer au médecin conseil. Les enjeux de la traçabilité doivent donc faire l'objet d'un travail de fond dans le cadre de FIDES et de la fiabilisation des comptes, axé sur la formation et la pédagogie* ». A cet effet, « *plusieurs décisions jurisprudentielles (...) illustrent l'importance de constituer des dossiers médicaux solides, pour prouver la réalité de l'hospitalisation et celle des soins ayant donné lieu au codage des actes* »⁴⁹.

Concernant le DIM, les difficultés liées à la rapidité du codage que j'ai pu évoquer dans le chapitre précédent sont liées à une baisse de l'effectif. La Direction des Ressources Humaines (DRH) pourrait sur ce point calculer le nombre d'ETP nécessaire au regard des séjours à traiter par le DIM.

⁴⁸ IGAS/IGF, *op. cit.*, p.8.

⁴⁹ Alexandra AUDOUARD, Jean-Marc VIGUIER, *op. cit.*, p.19.

3.1.3 Poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion des mouvements

Au-delà des admissions et de la facturation des séjours, la gestion des mouvements patients sur le SIH s'est avérée défailante : de nombreuses erreurs sont révélées, parfois au cours de l'hospitalisation, ce qui, au-delà de l'impact éventuel en matière de qualité et de sécurité des soins, n'a pas d'impact sur la facturation. Or, il peut aussi arriver que des erreurs de mouvements soient constatées après le séjour du patient, notamment lors de la définition du GHS par les TIM. Le bureau des entrées doit alors effectuer une modification de la facturation auprès des mutuelles.

Dans un contexte de FIDES, la facturation des séjours ne pourra avoir lieu qu'après la définition du GHS dans la mesure où la part mutuelle sera facturée non plus sur la base du prix de journée mais du GHS défini par le DIM. Pour autant, il convient d'éviter au maximum les erreurs de mouvements patients pour ne pas retarder la facturation des séjours.

En effet, lors de mes nombreuses rencontres avec la personne chargée de superviser la gestion des mouvements, j'ai pu constater l'aspect chronophage lié à la reconstitution du parcours du patient au sein de l'établissement, voire en amont.

L'AAH et la directrice de la clientèle et des projets ont pris toute la mesure de cette problématique en agissant pour réduire les erreurs de mouvements. A cet effet, j'ai pu mener une étude relative aux difficultés de l'établissement à gérer correctement ses mouvements patients sur le SIH ainsi qu'à la proposition d'actions correctives.

Une procédure de bonne gestion des mouvements, à destination de l'ensemble des acteurs chargés de leur inscription sur le SIH – techniciens d'admission, IDE – est en cours de rédaction, sur la base des éléments inscrits dans la note que j'ai rédigée. Également, l'éditeur du logiciel de gestion des mouvements a été saisi d'une demande institutionnelle pour instaurer des garde-fous entraînant une vigilance accrue des utilisateurs lors de la saisie de mouvements sur le SIH.

Dans un contexte de facturation individuelle, la recherche d'une meilleure gestion des mouvements doit permettre d'éviter, ou à tout le moins de diminuer les situations de blocage des TIM chargés de coder les diagnostics, et par là même les retards de facturation, préjudiciables à la trésorerie de l'établissement.

3.1.4 Développer des échanges réguliers entre l'établissement, la CPAM-caisse pivot et le comptable public

Si le décret du 29 septembre 2011⁵⁰ relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle a prévu la création d'un comité de pilotage, dénommé « *Groupe de Coordination Local* » (GCL), associant l'établissement de santé, le comptable public et la CPU, dans l'objectif de « *fluidifier les échanges entre les acteurs et de traiter des problématiques nécessitant la présence de l'ensemble des parties prenantes* », ce GCL n'était initialement prévu que pour la période d'expérimentation.

Dans la mesure où l'instruction interministérielle du 30 mai 2014⁵¹ a précisé que le décret à paraître, relatif aux modalités de mise en œuvre de la FIDES, devrait reprendre pour l'essentiel les dispositions du décret du 29 septembre 2011, il est légitime de supposer que ce GCL, créé pour la mise en place de la FIDES, ne perdura pas dans le temps.

Néanmoins, l'établissement a tout intérêt à maintenir et entretenir les relations ainsi créées avec ces deux partenaires extérieurs, notamment dans les premiers temps du passage en FIDES où les rejets risquent d'être importants. Les échanges ainsi menés permettront aux différents acteurs d'agir sur les problématiques soulevées, et notamment pour l'établissement en mettant en œuvre des actions correctives avec une grande réactivité pour éviter toute perte de recettes.

3.2 Des préconisations spécifiques pour le service des consultations externes et le bureau des entrées

Au-delà des préconisations institutionnelles, les deux services doivent s'adapter pour réussir leur passage en FIDES. Pour ce faire, les équipes devront se professionnaliser, notamment par le biais de la formation. Eu égard à la volumétrie des factures à gérer dans un contexte de facturation individuelle, la possibilité de procéder à des recrutements pourra être envisagée (3.2.1). Par ailleurs, les cadres doivent se saisir de cette réforme pour responsabiliser et motiver leurs équipes (3.2.2). L'harmonisation des pratiques pour une facturation rapide et de qualité doit également être recherchée (3.2.3). Néanmoins, afin de faciliter le traitement de rejets, une cellule de traitement des rejets devra être mise en place (3.2.4). Les équipes des deux services doivent également

⁵⁰ Décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011, *op. cit.*, p.10.

⁵¹ Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n°173 du 30 mai 2014, *op. cit.*, p.12.

collaborer de façon plus étroite afin d'instaurer une polyvalence, nécessaire pour assumer les surcroûts de travail qui pourront apparaître (3.2.5).

3.2.1 Agir sur les ressources humaines

Les actions en termes de ressources humaines demeurent sans doute les plus importantes pour la réussite de ce projet au niveau des deux services. Deux problématiques ont été soulevées en la matière, la formation des équipes et les effectifs.

Pour ce qui concerne la formation des agents, il est à mon sens tout à fait primordial de les sensibiliser au financement des établissements publics de santé – T2A pour les activités de MCOO, DAF pour la psychiatrie et le SSR – afin de donner du sens à leur métier, mais également pour leur permettre de mieux comprendre les exigences de l'AAH et de l'équipe de direction dans un contexte de FIDES.

Cette sensibilisation doit être complétée par des formations adaptées à chaque agent, notamment pour ceux issus d'un reclassement. Il peut s'agir par exemple d'une formation relative à l'utilisation d'un ordinateur et/ou à l'utilisation du logiciel d'admission. L'AAH adapte les formations aux besoins de chacun de ses agents pour répondre aux objectifs assignés au service.

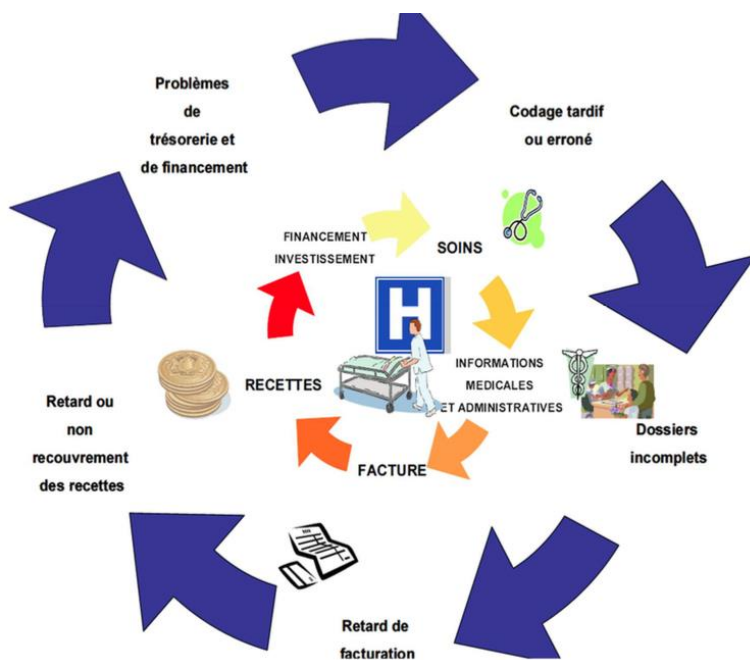
Concernant les effectifs, la DRH pourra être sollicitée afin d'évaluer le nombre d'ETP nécessaire au regard du nombre d'admissions, mais également de la volumétrie des factures et des rejets à traiter. Des négociations pourront être menées pour envisager des recrutements. Néanmoins, dans le contexte financier que connaît le Centre hospitalier de Saint-Malo, la priorité doit être axée sur les compétences existantes au sein de ces deux services.

3.2.2 Responsabiliser et motiver les équipes

Si les équipes peuvent souffrir d'un manque de reconnaissance au sein de l'établissement, il est nécessaire, à l'occasion de la mise en place de la FIDES, de les motiver et de les responsabiliser.

Pour ce faire, une sensibilisation au financement des établissements publics de santé ainsi qu'une formation aux enjeux de la FIDES permettraient de leur faire prendre conscience de leur rôle clé concernant le financement de l'établissement.

Sur ce point, le Centre hospitalier du Val d'Ariège a conçu le schéma ci-après qu'il a choisi de publier au sein de son service admission/facturation, un excellent moyen pour prendre conscience du rôle de chacun dans cette chaîne.



Aussi, des staffs réguliers menés par l'AAH permettraient de motiver et de valoriser les équipes. Ces staffs pourraient être l'occasion de discuter des difficultés rencontrées sur certains dossiers, de réfléchir aux moyens d'éviter des rejets récurrents.

Des indicateurs de suivi concernant les admissions, la facturation et le recouvrement pourraient être publiés au niveau du service et constitueraient une autre source de motivation permettant à l'AAH, outre le suivi nécessaire à instaurer, de mener ses équipes vers le haut. Sur ce point, un guide d'indicateurs⁵² pertinents a été publié par la MeaH auquel l'AAH pourra utilement se référer. Les établissements expérimentateurs rapportent, dans leur retour d'expérience que des indicateurs de suivi ont été mis en place « afin de responsabiliser et sensibiliser les gestionnaires (taux de rejet (...), délai de facturation, taux de recouvrement ...). La typologie des rejets est suivie pour identifier les actions de formation interne à mener »⁵³.

Au-delà, certains agents ont pu me faire part de leur sentiment de ne pas être suffisamment responsabilisés. Un des moyens de réponse pourrait consister, à l'image du Centre hospitalier de Chartres⁵⁴, à rendre chaque agent responsable du dossier de tel ou tel patient, de l'admission jusqu'à la facturation-recouvrement, contrairement à l'organisation actuelle où les dossiers sont traités de façon indifférenciée par l'équipe selon le planning défini par l'AAH.

⁵² MeaH (ANAP), *op. cit.*, p.22.

⁵³ ANAP, *op. cit.*, p.11.

⁵⁴ MeaH, « Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière. Retours d'expériences », juin 2008, p.21.

3.2.3 Harmoniser les pratiques

Lors de mon immersion auprès des agents chargés des admissions et de la facturation, j'ai pu constater, au-delà des problématiques de formation pour certaines personnes, que les pratiques n'étaient pas homogènes.

Dans la mesure où l'organisation retenue entraîne la gestion d'un même dossier par plusieurs agents, il apparaît nécessaire de mettre en place des pratiques communes. Pour les agents formés, celles-ci sont issues d'une organisation de travail déjà mise en place et actualisées autant que nécessaire au gré des évolutions souhaitées par l'AAH au regard de l'évolution de la réglementation ou des problématiques rencontrées par le service.

Néanmoins, ces pratiques communes sont appliquées par les agents mais ne perdurent pas dans le temps, chaque agent adapte en effet les consignes à ce qui lui correspond. Si de telles adaptations ne remettent pas en cause la qualité et la pertinence de leur travail, elles finissent néanmoins par être source de confusions.

A cet effet, j'ai pu relever des incompréhensions sur des dossiers de la part des agents qui traitent un dossier en aval de leurs collègues. Concrètement, lors de l'admission, les agents indiquent en commentaire les éléments qui ont été vus avec le patient ou son représentant, et la conduite à tenir sur le dossier – carte de complémentaire non fournie par exemple –.

Or, pour une meilleure gestion du temps, les commentaires sont abrégés, mais parfois à tel point qu'ils en deviennent incompréhensibles pour l'agent qui traite le dossier en aval. Ainsi, les confusions engendrées par ces incompréhensions sont susceptibles d'entraîner une erreur de facturation, mais également une relation avec le patient ou ses proches de moindre qualité.

Par conséquent, en accord avec l'AAH, j'ai demandé à l'équipe de mettre en place un groupe de travail constitué de personnes volontaires pour rédiger une fiche d'abréviations communes. L'objectif était de limiter les incompréhensions dans les commentaires laissés par les agents par leurs collègues qui sont amenés à gérer le dossier en aval. Elles constituent également une perte de temps dans la mesure où du fait d'un langage différent, ces agents devaient souvent se rapprocher de la personne ayant traité le dossier en amont, voire du patient lui-même pour pouvoir avoir une information certaine.

Au-delà de ces incompréhensions causées par un langage différent, j'ai également pu constater des pratiques différentes d'un agent à l'autre, des pratiques voisines, mais somme toute différentes. En matière de vérification des droits à l'AMO par exemple, des agents effectuent une simple lecture de la carte vitale du patient quand d'autres la mettent systématiquement à jour au préalable.

En l'absence de carte vitale – patient arrivé par les urgences par exemple – les droits à l'AMO peuvent être consultés par le biais de la plateforme de Consultation des Droits Réels (CDR). Gérée par l'assurance maladie, la plateforme CDR, mise en place par une circulaire ministérielle du 21 septembre 2009⁵⁵ est accessible de façon sécurisée grâce à une Carte de Professionnel d'Établissement (CPE), une Carte de Professionnel de Santé (CPS) ou une Carte de Professionnel de santé en Formation (CPF). Cette plateforme doit « *permettre la fiabilisation de l'identification des assurés et de leurs droits et, in fine, améliorer la qualité de la facturation* »⁵⁶.

Cette plateforme constitue un excellent outil de vérification des droits à l'AMO, et ce quel que soit le régime du patient, en l'absence de sa carte vitale. L'AAH et le cadre du service des consultations externes doivent poursuivre l'encouragement des équipes à l'utiliser.

En parallèle, lorsque la carte vitale est fournie, une pratique commune doit être rappelée et exigée de tous les agents qui effectuent des admissions : la mise à jour systématique de la carte vitale. Si certains agents ne le font pas systématiquement, au motif que la mise à jour peut prendre plusieurs minutes, d'autres lancent la procédure de mise à jour dès l'arrivée du patient dans le box d'accueil. La non correspondance des droits inscrits sur la carte vitale avec les droits réels est susceptible d'entraîner un rejet de facturation. Or, comme l'indiquent le Ministère de l'économie et des finances ainsi que le Ministère des affaires sociales et de la santé, « *le temps de traitement d'un rejet sur les droits peut être jusqu'à 5 fois plus important que le temps de contrôle en amont* »⁵⁷.

Ainsi, le contrôle des droits réels à l'AMO par les agents chargés des admissions doit être rendu systématique, soit par la mise à jour de la carte vitale du patient, soit par la consultation de la plateforme CDR. Cette vérification peut prendre quelques minutes, notamment pour les ACE où le temps consacré à l'admission est plus réduit que pour celui des séjours. Néanmoins, ce contrôle constitue une source aisée de diminution des rejets, d'où un gain de temps *in fine*. Il demeure également favorable à une facturation et un recouvrement de qualité, et par là même à la trésorerie de l'établissement.

Aussi, si l'attente des patients pour passer en box d'admission est un critère pris en compte par les agents chargés des admissions, à raison, celui-ci ne doit pas être prioritaire sur la vérification des droits AMO. Il demeure possible de concilier les deux lors d'un flux de patients important. Sur ce point, les établissements expérimentateurs indiquent que « *si le flux de patient à l'accueil devient trop important du fait du temps de*

⁵⁵ Circ. DHOS/E3 n°2009-291 du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé.

⁵⁶ L'assurance maladie, « *Programme hôpital. Document de référence pédagogique de consignes sur l'utilisation des outils du programme hôpital : facturation des titres de recettes* », p.98.

⁵⁷ Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé « *Généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). Tout se joue maintenant !* ».

*contrôle des droits AMO, les gestionnaires administratifs procèdent ultérieurement au contrôle CDR avant envoi de la facture »*⁵⁸. Il s'agit en effet d'une possibilité tout à fait pertinente qui prend en compte le temps d'attente pour une meilleure qualité du service rendu aux patients, mais qui ne remet pas en cause la qualité de la facturation.

Au-delà de cet exemple relatif à la vérification des droits réels à l'AMO, l'harmonisation des pratiques demeure fondamentale en tous points, d'autant plus dans un contexte de FIDES où la qualité des données contenues dans le dossier d'admission conditionnera pour une grande part la conformité de la facture et facilitera le recouvrement.

Par conséquent, et surtout pour les nouveaux agents, qu'ils soient issus du secteur administratif ou du milieu soignant, mais aussi pour les agents plus expérimentés, *« la réalisation et l'utilisation de guides des règles et procédures vont contribuer rapidement à la professionnalisation attendue »*⁵⁹.

Ainsi, après avoir longuement observé les pratiques des agents, et échangé avec l'AAH sur les points de vigilance, j'ai rédigé un guide métier à destination du personnel chargé des admissions. Ce document a pour objectif d'harmoniser les pratiques au sein des équipes, mais également de faciliter l'immersion de nouveaux agents et de constituer un support d'aide pour les plus aguerris.

Aussi, ce guide métier permet de valoriser les équipes sur la technicité de leur travail. Il s'agit d'un outil de travail qui sera amené à évoluer au fil des évolutions de la réglementation ou du logiciel d'admission.

Plusieurs exemplaires ont été imprimés et mis à disposition dans les box d'accueil pour un accès facile en cas de besoin. Une référente a été désignée, et sera chargée de mettre à jour ce guide métier lorsque ce sera nécessaire. Une démarche similaire avait été adoptée par l'AAH concernant les procédures d'identitovigilance, j'ai souhaité la transposer pour ce guide « métier de l'admission » afin d'une part, que ce document soit actualisé lorsque nécessaire, et ne tombe pas en désuétude en raison d'une absence de mise à jour, mais également pour inciter les agents à s'investir dans la recherche de performance de leur service.

Dans la continuité de ce guide, l'AAH a missionné un groupe d'agents pour qu'ils travaillent à la rédaction d'un autre guide sur la facturation.

⁵⁸ ANAP, *op. cit.*, p.11.

⁵⁹ Olivier WERY, « Déconcentrer l'accueil administratif ne va pas de soi », *op. cit.*, p.24.

3.2.4 Mettre en place une cellule de traitement des rejets commune aux services des consultations externes et au bureau des entrées

Les rejets ACE sont actuellement traités par un agent, seul à être formé, du service des consultations externes. Concernant le bureau des entrées, il existe une cellule contentieuse chargée de gérer les litiges relatifs à la facturation des séjours avec les mutuelles.

Dans le cadre de la FIDES, une cellule de traitement des rejets AMO doit être mise en place pour les séjours. Dès lors, il serait tout à fait pertinent de mutualiser les compétences existantes en créant une cellule de traitement des rejets AMO commune au service des consultations externes et au bureau des entrées.

En effet, compte tenu de la fragilité des effectifs dans le contexte qui est celui du Centre hospitalier de Saint-Malo, la mutualisation des compétences entre les deux services serait pertinente, d'autant qu'à l'heure actuelle, seulement un agent est formé à la gestion des rejets AMO et contentieux mutuelles pour les ACE ; deux agents sont formés à la gestion des contentieux avec les mutuelles sur les séjours.

Aussi, cette cellule commune permettrait de ne pas avoir d'arrêt de traitement des rejets, comme ce peut être le cas aujourd'hui aux consultations externes, lors des absences pour congés ou maladie de la personne ressource, ou bien encore lorsque celle-ci doit remplacer ses collègues absents.

Enfin, dans la continuité du rapprochement des équipes de ces deux services, la cellule commune permettrait aux agents qui sont chargés de gérer les rejets AMO et les contentieux mutuelles d'échanger plus facilement, de diversifier le travail du fait de rejets différents entre les ACE et les séjours, mais également de créer une certaine émulation ainsi qu'un esprit d'équipe, favorable à un traitement rapide et efficace des rejets et contentieux liés à la facturation.

3.2.5 Permettre des mouvements-agents entre le service des consultations externes et le bureau des entrées

Gérées par deux cadres différents, les équipes des consultations externes et du bureau des entrées sont totalement distinctes. Dans un contexte financier difficile, tel que celui du Centre hospitalier de Saint-Malo, où les effectifs ont diminués, l'instauration d'une plus grande collaboration entre le service des consultations externes et le bureau des entrées doit être envisagée.

En effet, si les mobilités entre les deux services permettraient aux agents de rendre leur travail plus attractif du fait d'une plus grande diversité, elles permettraient

surtout, dans un contexte FIDES, de mieux gérer le surcroît de travail, généré par exemple par la mise en place de la facturation individuelle ou des absences d'agents.

Cette situation a été également rencontrée par le Centre hospitalier de Cannes qui a dû faire face à la « *trop forte sectorisation des agents du bureau des entrées : ces derniers se déclaraient soit spécialistes de l'hospitalisation, soit spécialistes des consultations et soins externes. Le principal effet de ce cloisonnement était l'incapacité des équipes à s'entraider en cas de surcharge de travail par manque de polyvalence* »⁶⁰.

Dès lors, une plus grande collaboration entre les deux équipes doit être mise en place au sein de l'établissement, notamment parce qu'elle constitue un moyen d'assurer les admissions, la facturation ainsi que le traitement des rejets sans recourir à des effectifs supplémentaires pour des besoins ponctuels sur l'un des deux services.

⁶⁰ MeaH, « *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière* », *op. cit.*, p.37.

Conclusion

La mise en place de la FIDES constitue un projet avant tout organisationnel, qui appelle à repenser l'organisation en place. L'objectif de ce travail était de répondre à une commande de l'établissement : identifier les sources de difficultés pour le passage en FIDES au niveau du secteur admission/facturation et proposer des pistes d'actions pour les résorber et réussir le passage en FIDES dans un contexte financier difficile.

Les difficultés soulevées ainsi que les actions afférentes ne sont pas exhaustives tant la mise en œuvre de la FIDES va impacter l'organisation de l'ensemble des acteurs, aussi bien internes qu'externes. Dès lors, j'ai choisi de centrer mon analyse et les préconisations liées aux difficultés soulevées sur le champ de la direction de la clientèle et des projets.

Néanmoins, la mise en œuvre de ces préconisations n'aura de sens que si elle s'inscrit dans une réforme plus globale de l'organisation, avec notamment la DSIO dont le rôle est primordial en termes de systèmes d'information pour permettre d'assurer des échanges dématérialisés très nombreux dans des conditions de sécurité optimales. Aussi, au-delà des admissions et de la facturation, la trésorerie de l'établissement ne pourra être optimisée que si le recouvrement est de qualité.

A titre plus personnel, j'ai pu prendre toute la mesure de la complexité de ce projet, de son impact en termes d'organisation de l'ensemble des acteurs, et pas seulement pour le bureau des entrées, mais également de son imbrication avec les autres projets en cours.

Aussi, ce travail m'aura permis d'appréhender le rôle d'un AAH dans l'ensemble de ses dimensions. Il doit être capable de manager ses équipes, de les motiver, de relayer l'information tout en prenant de la hauteur pour gérer des projets de grande envergure tel que le projet FIDES et être force de propositions auprès de sa hiérarchie.

La mise en place de la facturation individuelle au sein de l'établissement n'en est qu'au commencement. Les parties prenantes de ce projet, parmi lesquelles l'AAH, devront garder le cap qu'elles se sont fixées à l'heure où plusieurs voix s'élèvent contre l'arrêt de ce projet, et notamment la FHF⁶¹.

⁶¹ « La FHF demande une nouvelle fois à François Hollande l'arrêt du projet FIDES », dépêche APM International, *op. cit.*, p.26.

Bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

- ❖ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, JORF du 20 janvier 1983, p.374 ;
- ❖ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n°179 du 2 août 1991, p.10255 ;
- ❖ Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n°172 du 28 juillet 1999, p.11229 ;
- ❖ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, JORF n°293 du 19 décembre 2003, p.21641 ;
- ❖ Loi n°2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, JORF n°294 du 18 décembre 2008, p.19291.
- ❖ Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative à la Santé, aux Patients et aux Territoires (HPST), JORF n°167 du 22 juillet 2009, p.12184 ;
- ❖ Circ. DHOS/E3 n°2009-291 du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé ;
- ❖ Décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés visés aux b et c de l'article L.162-22-6 du code de la sécurité sociale, JORF n°228 du 1^{er} octobre 2011, p.16508 ;
- ❖ Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale, JORF n°294 du 18 décembre 2012, p.19821 ;
- ❖ Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n°173 du 30 mai 2014 relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé.
- ❖ Décret n°2014-787 du 8 juillet 2014 relatif aux modalités calendaires de la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé mentionnés aux a, b et c de l'article L162-22-6 du code de la sécurité sociale, JORF n°158 du 10 juillet 2014, p.11450.

Ouvrages :

- ❖ Marc DUPONT, Claudine BERGOIGNAN-ESPER, Christian PAIRE, 2011, *Droit hospitalier*, 8^{ème} éd., Paris : Dalloz, 964 p.

Articles de périodiques :

- ❖ Alexis HAUTEMANIÈRE, Michel CINGOTTI, « *Le métier du DIM de demain* », *Gestions hospitalières*, n°459, oct. 2010, pp.551-556 ;
- ❖ Gregg-Ivan BOUMAL, « *De la T2A à la facturation au fil de l'eau* », *Décision santé*, n°267, août-sept. 2010, pp.24-25 ;
- ❖ Olivier WERY, « *Déconcentrer l'accueil administratif ne va pas de soi* », *Finances hospitalières*, n°45, mars 2011, pp.2-5 ;
- ❖ D. RAGAIN, A. BOSCHI, M.-P. SCELLIER, « *Contrôle de gestion opérationnel sur les recettes : l'indispensable coopération DIM-BE* », *Journal d'Économie Médicale*, Vol. 29, n°4, 2011, pp.160-165 ;
- ❖ Olivier WERY, « *Ce qu'il faut savoir sur le projet FIDES* », *Finances hospitalières*, n°48, juin 2011, pp.2-5 ;
- ❖ Alexandra AUDOUARD, Jean-Marc VIGUIER, « *Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé* », *Finances hospitalières*, n°59, juin 2012, pp.19-27 ;
- ❖ Jonathan BELCASTRO, Didier CARLIER, « *La facturation individuelle des établissements de santé. Révolution ou aboutissement de la T2A ?* », *Gestions hospitalières*, n°533, fév. 2014, pp.81-85 ;

Guides et rapports :

- ❖ MeaH, « *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière. Retours d'expériences* », [en ligne], juin 2008. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/BPO_Facturation_recouvrement.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ IGAS, IGF, « *Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale* », rapport RM2008-119P (IGAS), 2008-M-053-02 (IGF), [en ligne], déc. 2008. Disponible au format .pdf sur Internet <<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000354/0000.pdf>>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ Cour des comptes, « *Rapport annuel sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009* », sept. 2009 ;
- ❖ MeaH, « *Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière. Guide d'indicateurs* », [en ligne], sept. 2009. Disponible au format .pdf sur Internet

http://www.anap.fr/uploads/tx_sabasedocu/Guide_Indicateurs_Facturation_Reco_uvrement_2009_09_15.pdf. [Consulté le 24 octobre 2014] ;

- ❖ Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, UNCAM, « *Projet FIDES. Cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE)* », [en ligne], 2010. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/FIDES-Cahier_des_charges_ACE_V0_3.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, UNCAM, « *Projet FIDES. Cahier des charges des règles de facturation des séjours* », [en ligne], 2010. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/FIDES-Cahier_des_charges_Sejours_AMO_et_ATIH_V0-2.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie et des finances, UNCAM, « *Projet FIDES : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé. Rapport au parlement – 2012. Version 2* ». [en ligne], 2012. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Projet_FIDES_-_rapport_au_parlement_2012.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ L'assurance maladie, « *Programme hôpital. Document de référence pédagogique de consignes sur l'utilisation des outils du programme hôpital : facturation des titres de recettes* » ;
- ❖ Ministère de l'économie et des finances, Ministère des affaires sociales et de la santé « *Généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). Tout se joue maintenant !* », [en ligne], 2013. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Fides_Article_generalisation_-_juin_2013.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ ANAP, « *Retour d'expérience des premiers établissements de santé qui ont basculé en facturation individuelle au fil de l'eau sur les actes et consultations externes. 1. Les différentes phases du projet* », [en ligne], nov. 2013. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/03-projets/FIDES/REX_FIDES_ACE.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ DGOS, DGFIP, « *Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux* », [en ligne]. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;
- ❖ Ministère des affaires sociales et de la santé, Ministère de l'économie, des finances et du commerce extérieur, UNCAM, « *Guide de préparation des*

établissements de santé au passage en FIDES », [en ligne], 2014. Disponible au format .pdf sur Internet

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Guide_preparation_ACE-JIF-2014-03-07_Nantes_V2-1.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;

- ❖ DGOS, DGFIP, DGME, « *Paiement en ligne des frais hospitaliers. TIPI régies hospitalières. 1. Guide d'aide à la décision à destination des directions d'établissements de santé publics* », [En ligne], 2014. Disponible au format .pdf sur Internet <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/TIPI_Regie_Guide_decision.pdf>. [Consulté le 24 octobre 2014] ;

Mémoires :

- ❖ Sophie BOUSSEMARY, « *Rénover le processus de facturation/recouvrement en contexte T2A : la conduite d'un projet de réorganisation au Centre hospitalier de Nanterre* », Mémoire de Directeur d'hôpital, EHESP, Rennes, 2007-2009 ;
- ❖ Anaïs AUCLERT, « *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre* », Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière, EHESP, Rennes, 2012 ;

Sites Internet :

- ❖ « *La FHF demande une nouvelle fois à François Hollande l'arrêt du projet FIDES* », dépêche APM International, n°SNRJH001, 17 oct. 2014.
- ❖ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES). <<http://www.sante.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides,6077.html>>. [Consulté le 24 octobre 2014].
- ❖ Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes. Le financement des établissements de santé. <<http://www.sante.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-sante,6619.html>>. [Consulté le 24 octobre 2014].

Liste des annexes

- ❖ **Annexe 1** : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de ce travail ;

- ❖ **Annexe 2** : Compte-rendu du premier GCL – démarrage du projet FIDES au Centre hospitalier de Saint-Malo ;

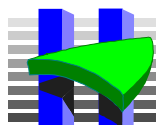
- ❖ **Annexe 3** : Carte des territoires de santé bretons par canton.

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées dans le cadre de ce travail

- La directrice adjointe chargée de la clientèle et des projets ;
- L'AAH responsable du bureau des entrées et de clientèle ;
- L'ensemble de l'équipe du bureau des entrées (fonctions accueil, admission, facturation, contentieux, suivi des hospitalisations sous contrainte, état-civil et gestion des mouvements) ;
- Le cadre administratif du service des consultations externes ;
- L'ensemble de l'équipe du service des consultations externes (fonctions admission, facturation, rétrocession des médicaments, contentieux et régie) ;
- Le cadre administratif du DIM ;
- L'ensemble des TIM, pour les séjours de MCO, SSR et psychiatrie ;
- La personne ressource sur les logiciels d'admission/facturation à la DSIO ;
- Le comptable public et l'équipe de la trésorerie municipale de Saint-Malo ;

ANNEXE 2 : Compte-rendu du premier GCL – démarrage du projet FIDES au Centre hospitalier de Saint-Malo

COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE RANCE EMERAUDE



Centre Hospitalier de Saint-Malo

Centre Hospitalier de Cancale

Centre Hospitalier de Dinan

Direction Déléguée du CH de Saint-Malo <u>Dossier suivi par :</u> Florence ROUSSEL Directeur Clientèle et Projets	COMPTE RENDU REUNION : Groupe de Coordination Locale - Mise en place de la facturation individuelle au Centre Hospitalier de Saint Malo
Date et heure : 05/ 09/ 2014 à 9h30	Lieu : Centre Hospitalier Salle Broussais

<p>Participants :</p> <p>Représentants de l'Assurance Maladie : Mme THEBAUD Brigitte – Pôle hospitalisation M. PRIME Denis – Référent technique CPAM</p> <p>Représentants de la Trésorerie Municipale : M. KAPFER Antoine, Trésorier Mme LE HIR Monique</p> <p>Représentants Editeur SI B Mme PIROT Laurence</p> <p>Département d'Information Médicale Dr JUCHAULT Catherine, Médecin DIM Mme LABARRE Isabelle, Médecin DIM</p> <p>Direction des Systèmes d'Information : M. ROUSSEAU Patrice, Directeur technique DSIO M. TONNERRE Rodolphe, Chef de projet informatique</p> <p>Direction des Finances et du Contrôle de Gestion : Mme BRAGEUL Gaétane, Responsable Finances M. JANNES Stéphane, Contrôleur de gestion M. CHAUFFAUT Eric, Contrôleur de gestion</p> <p>Direction Clientèle : Mme ROUSSEL Florence, Directrice Clientèle et Projets Mme RIBOUCHON Christine, Responsable Admissions Hospitalisation M. MENAGER Bruno, Responsable Admissions externes M. ASSIE Gaétan, élève attaché d'administration hospitalière</p>	<p>Excusé(s) :</p> <p>- M. ROUXEL Directeur délégué</p> <p>- Mme FIORINI Directrice des Finances et du Contrôle de Gestion</p> <p>- Mme BREUT, Technicien d'information médicale</p>
--	---

Diffusion du compte-rendu :		
<input type="checkbox"/> circuit papier	<input type="checkbox"/> à participants et excusés	<input type="checkbox"/> autres destinataires :
<input type="checkbox"/> messagerie	<input type="checkbox"/> intranet	
Document(s) remis en séance :		Document(s) joint(s) au compte-rendu : Diaporamas
Rédacteur :	Florence ROUSSEL	Date de rédaction : 08 septembre 2014
Codification document :		

CENTRE HOSPITALIER 1 RUE DE LA MARNE – BP 114 35403 SAINT-MALO CEDEX
 ☎ 02.99.21.21.21 ✉ 02.99.21.20.00

Direction Clientèle et Projet

Page 1 sur 3

Après présentation de l'ensemble des membres présents, Mme ROUSSEL introduit la réunion en présentant les objectifs et les enjeux de la facturation au fil de l'eau, l'importance de la coordination entre l'Assurance maladie, le Trésor Public et le Centre Hospitalier.

-Une facturation exhaustive, rapide et de qualité pour une facturation zéro défaut-

Mme THEBAUD, représentant le pôle Hospitalisation de la CPAM, présente ensuite le cadre réglementaire, le calendrier et le périmètre de la FIDES

A la demande des membres présents, Mme THEBAUD précise que les forfaits ATU et les actes associés sont exclus du périmètre de la FIDES. Techniquement, le logiciel Pastel identifiera les actes et les forfaits ATU pour les diriger sur le fichier RSF ACE. Les actes associés au forfait ATU sont sous un mode de traitement différent des autres actes.

Mme THEBAUD rappelle également que la facturation des forfaits IRM et Scanner ne pourra être poursuivie par l'établissement telle qu'elle se réalise aujourd'hui.

En effet, conformément à la réglementation, les actes et forfaits IRM et scanner ne peuvent être facturés que par l'établissement détenteur de l'autorisation d'équipement lourd, ce qui n'est pas le cas de l'établissement.

Il est donc indispensable que le Centre Hospitalier et le GCS d'Imagerie Médicale étudie ce point de difficulté avant la procédure de mise en test afin d'éviter un volume important de rejet de facturation et le dépassement du taux de rejet de 8%, valeur plafond pour la bascule en réel de la facturation individuelle.

Mmes PIROT et THEBAUD rappelle la vigilance à porter sur la gestion des droits des patients et le parcours patient au sein de l'établissement. Il est nécessaire d'avoir un recueil exhaustif et de qualité des données patients. Les outils d'aide mis à disposition par l'Assurance maladie doivent être systématiquement utilisés pour chaque création de dossier.

A cette occasion, il est rappelé que la facturation d'une venue est une facturation unique et exhaustive. Une facturation complémentaire peut cependant être réalisée dès lors que l'acte complémentaire ne modifie pas la valorisation de la consultation déjà facturée.

La démarche de mise en place se réalise en trois temps :

- Une phase de préparation
- Une phase de test
- La bascule en réel de la facturation

Le Centre Hospitalier a obligation de ne passer qu'un seul test. Ce test doit révéler un taux de rejet inférieur à 8%. En cas d'échec, le test est renouvelé.

Le passage en phase de pré production et la bascule en réel sont autorisés par l'Agence Régionale de Santé.

Les membres présents s'accordent pour conclure que le lot de factures test devra avoir une représentativité exhaustive de l'activité, ce qui induit la mise en place de procédures de contrôle en amont.

Pour ce premier envoi, il sera nécessaire de traiter les flux d'information 1€ et de vérifier les disciplines médico-tarifaires et modes de traitement connus au fichier établissement

Mme THEBAUD présente ensuite les taux de rejet sur les flux de production actuel (B2 Noémie) et flux informationnels.

M. ROUSSEAU fait part de l'installation de la version 13 de Pastel le 22 octobre.

Après discussion, il est décidé de passer en phase de pré production le 23 octobre prochain.
Les données de facturation correspondront aux données d'admission générées à compter du 1^{er} septembre.

A l'issue du premier envoi, un échange téléphonique aura lieu avec Mme THEBAUD, représentant le pôle hospitalisation de l'Assurance maladie, afin d'étudier les résultats du test et prendre les mesures suivantes.

Des points réguliers avec M. DENIS, référent technique de la CPAM et Mme THEBAUD, seront réalisés (groupe technique) durant la phase de préparation, de pré production principalement pour l'analyse et le traitement des rejets mais également pour toutes difficultés soulevées.

M. TONNERRE précise que dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire Rance Emeraude, le Centre de Dinan est également engagé dans cette démarche.

Une démarche de rapprochement avec le bureau des admissions et le service financier du Centre hospitalier de Dinan sera engagée afin de mutualiser les études nécessaires à la mise en place de FIDES.

Mme PIROT présente les modalités d'accompagnement du SIB dans la mise en place de la démarche FIDES :

- Trésorerie : paramétrage et traitements préalables des RAR
- CH/CPU :
 - o paramétrage des DMT et MT,
 - o vérification des spécialités de médecins
 - o déstockage des flux 1€
 - o analyse des rejets des flux facturants
 - o analyse des rejets des flux informatifs

Le diaporama annexé au présent compte rendu expose l'ensemble des pré-requis FIDES et les modalités de réalisation des tests.

Date du prochain Groupe de Coordination Locale :
Vendredi 21 novembre 2014 à 9h30
Salle Broussais

Le Directeur adjointe en charge de la Clientèle
et des Projets

Florence ROUSSEL

ANNEXE 3 : Carte des territoires de santé bretons par cantons



ASSIÉ

Gaëtan

Décembre 2014

ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Promotion 2014

Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES)

Résumé :

Suite à l'instauration de la Tarification à l'Activité (T2A) comme nouveau mode de financement des établissements publics de santé pour les activités de Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Odontologie (MCOO), un nouveau mode de facturation est mis en place.

D'abord prévue pour les Actes et Consultations Externes (ACE), la Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES) sera ensuite étendue aux séjours. Il s'agit d'une facturation individuelle, par opposition à la facturation globale, directe et au fil de l'eau par rapport au fonctionnement actuel.

La mise en œuvre de la FIDES bouleverse l'allocation des ressources à l'établissement et nécessite de la rigueur et de la réactivité de la part des acteurs de l'établissement, notamment les agents du bureau des entrées, des médecins dans le codage des actes, mais également du Département d'Information Médicale (DIM).

Après avoir présenté la FIDES et ses enjeux, ce mémoire envisage des pistes d'actions à mettre en œuvre pour réussir le passage en FIDES, sur la base des difficultés relevées dans l'établissement d'accueil.

Mots clés :

ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE – FIDES – FACTURATION INDIVIDUELLE – FACTURATION AU FIL DE L'EAU – CHAÎNE DE FACTURATION – T2A – TARIFICATION A L'ACTIVITE – ADMISSION – RECOUVREMENT – FINANCEMENT – RECETTES

L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.