



EHESP

Attaché d'administration hospitalière

Promotion : **2013**

Date du Jury : **décembre 2013**

**L'amélioration des pratiques de
facturation au Centre hospitalier
de Narbonne**

Sébastien SAVARY

Remerciements

Je souhaite remercier l'ensemble des personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire.

Je remercie les personnels de l'unité des Urgences qui m'ont fait découvrir leurs activités et leurs contraintes lors du stage dédié à l'observation des services de soins.

Je remercie les professionnels du Centre hospitalier de Narbonne qui m'ont reçu en entretien ou qui m'ont aidé à collecter les informations nécessaires pour l'élaboration de ce travail.

Je remercie également les agents du Bureau des entrées pour leur accueil et les explications complémentaires qu'ils m'ont apportées.

Je remercie plus particulièrement Madame Laurence CAO, Madame Patricia AUGUSTIN et Madame Marie Josée MAFFRE, ma responsable de stage au Bureau des entrées pour ses conseils et son accompagnement tout au long de mes stages.

*« Les chaînes de l'habitude sont, en général,
trop peu solides pour être senties,
jusqu'à ce qu'elles deviennent trop fortes pour être brisées »
Samuel Johnson*

Sommaire

Introduction.....	1
I. Le Centre hospitalier de Narbonne est placé dans un contexte qui l'oblige à améliorer ses pratiques d'admission, de facturation et de recouvrement.	5
A. FIDES, un dispositif national à mettre en oeuvre dans les établissements.....	5
1. De la dotation globale à la tarification à l'activité.....	5
2. De l'expérimentation à l'entrée en vigueur de la FIDES.....	6
3. Le déploiement d'autres démarches qualitatives qui poursuivent des objectifs similaires.	7
B. L'importance croissante des processus admission, facturation et recouvrement au CHN.	9
1. Présentation du Centre hospitalier de Narbonne.	9
2. Enjeux d'une facturation optimisée sur la situation financière de l'établissement.	10
3. Présentation du bureau des entrées du CHN.....	11
C. La complexité de l'organisation du recueil des données relatives aux patients et la diversité des pratiques d'enregistrement.	13
1. Existence de nombreux points d'enregistrement des données.	13
2. Diversité des pratiques d'enregistrement des données.....	14
3. Complexité de la réglementation AMO.....	14
II. Le diagnostic des causes de rejets de factures et des dysfonctionnements des processus d'admission, de facturation et de recouvrement.	17
A. Analyse des indicateurs quantitatifs.	17
1. Etude des flux un euro.....	17
2. Etude des annulations de titres	17
3. Etude des motifs de rejets B2.....	18
4. Evaluation de la cotation des actes	24
B. Analyse qualitative de l'organisation.	25
1. Etude des pratiques concernant le processus d'admission.....	26
2. Etude des pratiques concernant le processus de facturation.....	28
3. Etude des pratiques concernant le processus de recouvrement.....	32

C.	L'existence de freins socio-culturels difficiles à appréhender.	33
1.	Des réticences dans les unités cliniques et médico-techniques entraveraient l'optimisation de la facturation ?.....	33
2.	L'incompréhension de certains patients ?	35
III.	La conduite et l'évaluation d'une stratégie pour améliorer la facturation et préparer FIDES.....	37
A.	La conduite d'une stratégie d'action enrichie de préconisations... ..	37
1.	Mise à disposition de ressources matérielles opérationnelles	37
2.	Mise en place de points de contrôle.....	38
3.	Favoriser le partage des informations	39
4.	Former et professionnaliser les équipes	42
B.	... qui implique un décloisonnement des tâches.....	45
1.	Une coordination exercée par l'AAH responsable du BDE	45
2.	Un pilotage par la gestion des processus.	46
C.	... et qui nécessite une évaluation régulière.	48
	Conclusion	49
	Sources et bibliographie.....	53
	Liste des annexes	I

Liste des sigles utilisés

AAH	Attaché d'Administration Hospitalière
ALD	Affection de Longue Durée
AMA	Assistants Médico-Administratives
AMI	Actes Médico-Infirmiers
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANV	Admission en Non Valeur
BDE	Bureau Des Entrées
BFR	Besoin en Fonds de Roulement
CDR	Consultation des DRoits
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CHN	Centre hospitalier de Narbonne
CMU	Couverture Maladie Universelle
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DIM	Département de l'Information Médicale
EPS	Etablissement Public de Santé
FIDES	Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé
GAP	Gestion Administrative des Patients
HC	Hospitalisation Complète
HJ	Hospitalisation de Jour
IPP	Identifiant Permanent du Patient
LFSS	Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH	Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers
NGAP	Nomenclature Générale des Actes Professionnels
NPAI	N'habite Plus à l'Adresse Indiquée
PDS	Parcours De Soins
SIH	Système d'Information Hospitalier
T2A	Tarifcation A l'Activité

Introduction

En complément des progrès réalisés par la médecine ces dernières décennies, de nombreuses réformes ont impacté le fonctionnement des hôpitaux nécessitant l'adaptation des pratiques professionnelles et des organisations tant des domaines variés tels que la qualité, la gouvernance, le financement.

Dans la continuité de l'instauration de la Tarification à l'Activité (T2A) qui a opéré une liaison directe entre l'activité facturée et les recettes des établissements de santé, le dispositif de la Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES) met en place une facturation qualifiée « au fil de l'eau ». Cela consiste à émettre des factures individuelles, c'est à dire une facture par patient et directes car adressées directement à l'Assurance maladie.

Cette réforme suscite des craintes des professionnels de santé car elle nécessite d'importantes adaptations de la Gestion Administrative des Patients (GAP) puisque la réussite de la facturation est d'abord conditionnée par la bonne réalisation des admissions en amont. Les admissions peuvent se définir par l'accueil physique du patient et la création ou mise à jour du dossier administratif. Cela nécessite l'amélioration des pratiques d'enregistrement des données relatives aux patients de l'entrée à la sortie et implique par exemple d'optimiser le parcours du patient et de moderniser les systèmes d'informations.

Mais la facturation au fil de l'eau présente également l'opportunité de réduire les délais d'encaissement des titres de recettes et d'améliorer la trésorerie des hôpitaux à condition que les processus de facturation soient bien maîtrisés. En effet, comme beaucoup d'Etablissements Publics de Santé (EPS), le Centre hospitalier de Narbonne (CHN) est confronté à une situation financière fragile. Une mise en œuvre réussie de FIDES avec des délais de facturation et de recouvrement plus rapides lui permettraient de dégager des ressources supplémentaires réduisant son Besoin en Fonds de Roulement (BFR), ce qui générerait une trésorerie plus conséquente pour honorer ses dépenses d'exploitation.

Les phases successives des admissions, de la facturation et du recouvrement sont étroitement liées et dépendantes les unes des autres¹ et nous emploierons parfois, comme dans la pratique, le terme « facturation » pour qualifier l'ensemble des trois étapes.

¹ Annexe 1, Cartographie de la chaîne de facturation hospitalière

Un processus désigne « un ensemble d'activités liées en vue d'atteindre un objectif commun »². L'approche par les processus nous semble pertinente car elle permet de concevoir puis de décrire et formaliser les organisations nécessaires pour améliorer les pratiques d'admission, de facturation et de recouvrement. Lorsque la formalisation des organisations par les procédures³ existe, il est plus facile de diffuser les bonnes pratiques ce qui favorise leur application et stabilise les normes et conduites à tenir.

Mes immersions professionnelles réalisées au Bureau Des Entrées (BDE) du CHN, établissement de l'est du département de l'Aude m'ont permis de mieux appréhender le positionnement de l'Attaché d'Administration Hospitalière (AAH) responsable du service, confronté à certaines problématiques managériales dans le domaine des admissions, de la facturation et du recouvrement et en particulier celle de préparer l'établissement à la FIDES.

Plusieurs missions concourant à la résolution de cette problématique m'ont été confiées :

- Organiser des sessions de formation auprès des Assistantes Médico-Administratives (AMA) afin d'améliorer l'enregistrement des données administratives concernant les patients, le Parcours De Soins (PDS) coordonné et la cotation des actes.
- Réaliser des statistiques sur les différents motifs de rejets de factures pour chaque unité médicale. Les résultats de ces bilans sont utilisés pour mieux adapter les formations et pour sensibiliser les personnes concernées aux problèmes constatés.
- Réaliser un guide des bonnes pratiques à destination des AMA. Ce guide est établi sur la base des différents audits externes et documents internes qui ont été réalisés ces dernières années sur les thématiques de la facturation, du recouvrement, de l'optimisation du PDS et de la cotation des actes.

Les processus d'admission, de facturation et de recouvrement au CHN concernent de nombreuses personnes réparties sur plusieurs pôles et unités, parfois médicales qu'il convient de sensibiliser, de professionnaliser et de responsabiliser pour assurer un déploiement efficace des bonnes pratiques. L'amélioration de ces processus implique au préalable de déterminer et de faire connaître les enjeux qui justifient le changement des organisations dans un contexte financier sous tension. Cela nécessite ensuite d'établir un diagnostic de la performance du système de facturation pour identifier, puis proposer et légitimer les actions à mettre en place auprès d'acteurs soumis à des contraintes souvent

² J. P. Claveranne, C Pascal, 2004, Repenser les processus à l'Hôpital, Une méthode au service de la performance

³ Selon l'AFNOR, une procédure est une manière spécifiée d'effectuer une activité ou un processus.

éloignées des considérations financières. Si la FIDES s'applique aux consultations externes et aux séjours hospitalisés, notre diagnostic sera circonscrit à l'activité externe. Nous utiliserons l'accompagnement du changement pour qualifier la mise à disposition d'informations ou de ressources visant à faciliter sa mise en oeuvre. Le changement des organisations doit être partagé ce qui implique de prendre en compte à sa juste valeur le facteur humain⁴ et de poursuivre le décloisonnement des sphères médicales et administratives déjà initié par les réformes antérieures.

Compte tenu des enjeux et des difficultés matérielles, organisationnelles ou culturelles existantes, quelles sont les marges de manœuvre que l'établissement peut mobiliser pour optimiser sa facturation ?

Afin de produire un diagnostic de la situation et de proposer des actions de résolutions applicables au CHN, nous avons mobilisé différents outils :

- Exploitation de rapports, d'indicateurs internes et d'audits externes déjà réalisés sur l'établissement.
- Réalisation de statistiques déterminant les motifs de rejets de factures et précisant la contribution des différentes unités à ces rejets.
- Réalisation d'entretiens semi-directifs avec des acteurs jouant un rôle dans l'enregistrement des données relatives aux patients ou la facturation. Dix entretiens ont été menés d'une durée de 20 minutes en moyenne auprès d'adjoints administratifs, d'AMA, d'un cadre de santé et de deux médecins représentatifs des unités externes impactées par FIDES. L'objectif de ces entretiens visait à mieux comprendre le fonctionnement et les difficultés des processus conduisant à la facturation et recueillir des pistes visant à les améliorer⁵.
- Utilisation de l'outil « Performance : facturation - recouvrement » élaboré par l'ANAP⁶ pour compléter le diagnostic.

Le CHN sera présenté dans un contexte qui accorde une importance croissante à la performance de son système de facturation (I). Le diagnostic des dysfonctionnements des processus admission facturation et recouvrement (II) conduisent les managers de l'établissement à définir, mettre en œuvre et évaluer une stratégie (III).

⁴ Op cit, Repenser les processus à l'hôpital

⁵ Annexe 2, Grille d'entretien AMA – préparation FIDES

⁶ Agence Nationale d'Appui à la Performance. L'outil est téléchargeable sur le site <http://www.anap.fr/>

I. Le Centre hospitalier de Narbonne est placé dans un contexte qui l'oblige à améliorer ses pratiques d'admission, de facturation et de recouvrement.

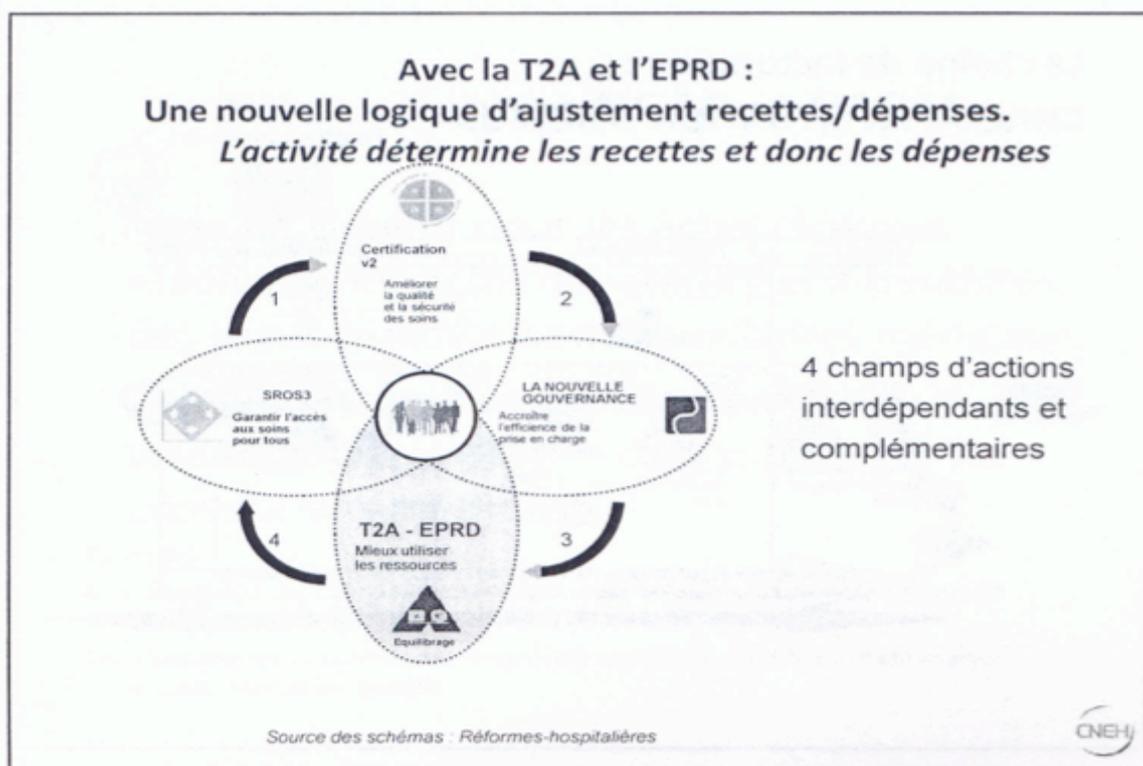
A. FIDES, un dispositif national à mettre en oeuvre dans les établissements.

La description diachronique du cadre réglementaire relatif à la facturation des prestations hospitalières facilite la compréhension des enjeux liés à la facturation.

1. De la dotation globale à la tarification à l'activité.

L'instauration progressive de la T2A à partir de 2004 a entraîné un premier bouleversement des modalités de gestion des établissements et en particulier des circuits de facturation. Avant 2004, avec le système de la dotation globale, les séjours d'hospitalisation et les consultations externes ne généraient pas de facturation auprès de l'Assurance maladie. La dotation globale était une enveloppe forfaitaire annuelle dont le montant était octroyé en fonction d'une base historique indépendamment de toute déclaration d'activité. Depuis le passage à la T2A à 100% effectif en 2008, les ressources des établissements dépendent pour l'essentiel⁷ de l'activité réalisée à condition que celle-ci soit correctement déclarée.

⁷ A l'exception de certaines prestations comme l'Aide à la contractualisation ou certaines recettes subsidiaires.



Source : CNEH, *Tout connaître des règles de facturation des soins hospitaliers*, 2012.

La gestion budgétaire évolue également avec l'instauration de l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses qui conforte la logique de la T2A. L'activité détermine les recettes qui conditionnent le niveau de dépenses.

2. De l'expérimentation à l'entrée en vigueur de la FIDES.

Dans le prolongement de l'entrée en vigueur de la T2A à 100%, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2009 prévoit la mise en place d'une expérimentation de facturation individuelle et directe des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie, par des établissements publics et privés d'intérêt collectif.

Ce dispositif a pour objectifs d'une part de fournir à l'Assurance maladie des données de facturation précises et détaillées des prestations de santé des établissements de santé concernés et d'autre part d'améliorer le suivi de la facturation des établissements.

L'article 63 de la LFSS pour 2013 prévoit une généralisation progressive du dispositif de facturation individuelle des consultations et des séjours des établissements publics et privés non lucratifs d'ici au 1^{er} mars 2016⁸. Ceci concernera le périmètre MCO incluant les séjours, l'activité externe, les urgences, l'hospitalisation à domicile, les dialyses...

La Direction Générale de l'Offre de Soins avait précisé en 2013 que les établissements ayant le statut juridique de Centre hospitalier qui ne disposaient pas d'une convention de

⁸ ANAP, Ministère de l'économie et des finances, juin 2013, Généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé

dématérialisation des titres de recettes, devaient avoir déployé le volet actes et consultations externes de FIDES au 1^{er} janvier 2015⁹. Le CHN se situe dans ce cas de figure mais l'actualité réglementaire récente annonce l'apport probable de nouveaux aménagements au calendrier.

Dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014, les députés ont voté le report de la généralisation de la FIDES au 1^{er} mars 2016 pour le volet consultations externes¹⁰. Le Sénat va se prononcer au mois de novembre sur cette échéance. Il est nécessaire malgré les reports de poursuivre la préparation de ce dispositif et ce d'autant plus que depuis le 1^{er} janvier 2012, la réglementation interdit toute rectification de facture établie à l'AMO au delà d'un an.

L'application de ce dispositif aura des impacts importants sur les établissements de santé : il n'y aura plus une déclaration mensuelle pour la part Assurance maladie des soins externes mais une multitude de factures individuelles qui seront transmises par voie électronique à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) alors que cela se pratique actuellement uniquement pour la Couverture Maladie Universelle (CMU), pour les rétrocessions et pour les assurés européens. Un des enjeux consistera à maîtriser la volumétrie des envois qui sera très différente. Les factures qui ne respecteront pas la réglementation en vigueur seront rejetées et ne seront pas payées. La perte financière pour les établissements de santé sera d'autant plus importante que les taux de rejets des organismes d'Assurance maladie seront élevés.

Afin de limiter ces pertes qui concernent des prestations pourtant réellement réalisées au bénéfice des patients, les établissements doivent s'organiser pour optimiser la chaîne de collecte des informations nécessaires à la facturation et au recouvrement.

3. Le déploiement d'autres démarches qualitatives qui poursuivent des objectifs similaires.

a) La fiabilisation et la certification des comptes.

Comme FIDES, le dispositif de fiabilisation des comptes incite les hôpitaux à améliorer et sécuriser leurs processus de facturation. Il a été instauré par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires et devrait s'appliquer au CHN à partir de l'exercice 2014.

⁹ Ibidem

¹⁰ Article 36 du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2014.

La certification a pour objectifs la régularité, l'image fidèle et la sincérité des comptes¹¹, ce qui nécessite de « renforcer la qualité, l'exhaustivité et la mise en valeur des éléments de facturation ». La convergence entre ce chantier et FIDES doit inciter le CHN à réfléchir à leurs synergies. Par exemple, le principe de spécialisation des exercices implique que l'ensemble des produits, encaissés ou non soient imputés sur les comptes de l'exercice concerné. Cela incite à l'optimisation des délais de facturation et à la fiabilisation de la gestion des créances.

L'établissement a intérêt à détecter le plus en amont possible les anomalies, à réaliser les corrections et prendre les dispositions nécessaires pour éviter que les anomalies repérées ne se reproduisent. Un système de contrôle interne permettant de maîtriser les risques comptables et financiers doit être développé. Il vise à fiabiliser les données liées à la GAP, améliorer l'efficacité et l'efficience des pratiques tout en garantissant le respect des dispositions réglementaires. La mise en œuvre du contrôle interne repose sur plusieurs¹² « principes :

- une organisation claire avec des missions et des responsabilités explicitées ;
- des procédures formalisées, comprises et appliquées, adaptées aux enjeux, pérennes et qui permettent de recouper les informations ;
- la séparation des fonctions ;
- une évaluation régulière des imperfections ou des qualités... ».

L'application de ce dispositif présente des intérêts évidents pour FIDES : éviter les risques de fraudes, limiter les rejets de factures et tendre vers l'exhaustivité des recettes.

Afin de fournir une aide au déploiement de cette démarche, un guide de fiabilisation et de certification des comptes a été élaboré. Il établit une cartographie du cycle des recettes¹³. Ce guide recense les différentes procédures et tâches qui impactent les recettes comme par exemple l'identification du patient, la saisie de l'adresse, l'identification des débiteurs. Il précise pour chacune de ces tâches les risques, évalue l'impact financier, la probabilité de réalisation et les actions à mettre en œuvre pour maîtriser les risques associés.

Compte tenu de l'importance des adaptations qu'implique la mise en place d'un tel système, les dirigeants du CHN impulsent une dynamique afin que l'établissement s'y prépare dès maintenant.

¹¹ A. Audouard, J. M. Viguier, 2012, Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé, Finances hospitalières, vol. 59

¹² Ibid

¹³ DGFIP, DGOS, 2011, Cartographie type du cycle des recettes

b) La certification des établissements de santé.

La certification est une procédure obligatoire d'évaluation des établissements de santé opérée par un organisme externe établie sur la base d'un référentiel. Certains critères du référentiel portent sur l'accueil, l'enregistrement ou la gestion des données relatives aux patients.

Ainsi, le critère 15.a traite l'identification des données patients¹⁴ et précise que « les personnels de l'accueil administratif et les professionnels de santé sont formés à la surveillance et à la prévention des erreurs d'identification du patient. Les personnels de l'accueil administratif mettent en œuvre les procédures de vérification de l'identité du patient ». Ce critère prescrit également une évaluation de la fiabilité de l'identification du patient. Il préconise l'utilisation d'outils de pilotage tels que les audits et les indicateurs en vue d'une amélioration continue du processus.

D'autre part, le critère 16.a régit le dispositif d'accueil du patient. Il insiste notamment sur la qualité de l'information fournie au patient concernant les conditions de sa prise en charge. L'organisation des locaux doit être adaptée, les agents doivent être formés à l'accueil et à l'écoute du patient et le dispositif doit être piloté.

Le critère 14.a qui porte sur la gestion du dossier patient insiste sur la coordination nécessaire entre les différentes fonctions des professionnels de santé. Celle-ci doit être organisée.

D'autres chantiers comme le déploiement de la comptabilité analytique hospitalière ou bien la mise en œuvre de la contractualisation interne incitent depuis plusieurs années les EPS et leurs pôles cliniques, médico-techniques et administratifs à améliorer et sécuriser leurs processus d'enregistrement des patients et de facturation. La convergence de ces dispositifs nous amène à nous intéresser à leur impact sur le CHN.

B. L'importance croissante des processus admission, facturation et recouvrement au CHN.

1. Présentation du Centre hospitalier de Narbonne.

Le CHN est le principal établissement de santé de l'est du département de l'Aude. D'une capacité de 287 lits et places en Médecine chirurgie obstétrique, doté d'un service des Urgences, d'une Réanimation, d'un plateau technique, il constitue un Centre hospitalier de référence sur son territoire. L'établissement implanté en centre ville comprend 7 pôles cliniques et médico-techniques :

- médico-chirurgical,
- médecine,

¹⁴ HAS, 2011, Manuel de certification des établissements de santé V2010

- urgences-réanimation-imagerie,
- médico-technique,
- mère-enfant,
- psychiatrie,
- gériatrie.

Il a réalisé 20 446 séjours¹⁵ en 2012 dont 8 182 en ambulatoire et a enregistré 103 405 consultations externes en 2012 dont 40 756 passages aux Urgences. Situé près du littoral, il connaît une importante augmentation d'activité lors de la période estivale, notamment au service d'accueil des Urgences, ce qui génère des contraintes d'organisation qui se répercutent sur de nombreuses unités.

Peuplée de 154 000 habitants en 2009¹⁶, la zone d'emploi narbonnaise augmente, ce qui contribue à expliquer l'augmentation d'activité du Centre hospitalier.

L'établissement est concurrencé par deux cliniques présentes sur l'agglomération ainsi que par les hôpitaux de Béziers et Carcassonne. Des coopérations ont été ouvertes avec les Centres hospitaliers environnants¹⁷.

La situation financière de l'établissement est excédentaire lors des 3 années précédentes¹⁸. Mais l'excédent de l'exercice 2012 s'explique principalement par des recettes exceptionnelles. Lors de l'élaboration de l'EPRD de l'année 2013, le CHN a estimé un déficit d'exploitation de 1,4 millions d'euros. Il dispose désormais d'une marge financière réduite avant d'être contraint à mettre en oeuvre un plan de retour à l'équilibre. La situation financière est fragile et nécessite de rationaliser les dépenses et d'optimiser l'encaissement des recettes.

2. Enjeux d'une facturation optimisée sur la situation financière de l'établissement.

Le CHN est concerné par le dispositif FIDES pour ses activités hospitalières et externes qui génèrent une valorisation de tarification à l'activité de 41 millions d'euros au titre de l'activité hospitalisation MCO et 6,3 millions pour l'activité externe.

Une étude réalisée en 2011 à partir des rejets sur les fichiers de flux d'un euro¹⁹ adressés à l'AMO a permis d'évaluer à 13,9% le taux de rejets que le CHN aurait s'il était soumis à la facturation individuelle. Ce taux élevé laisse présager des pertes financières

¹⁵ Centre hospitalier Narbonne, « Rapport d'activité et compte financier 2012 »

¹⁶ INSEE, Zone d'emploi 2010 de Narbonne - Chiffres clés

¹⁷ Chambre régionale des comptes Languedoc Roussillon, « Rapport d'observations définitives n° 126/071 du 17 janvier 2012 »

¹⁸ Op cit, Rapport d'activité et compte financier 2012

¹⁹ Flux relatifs à la participation forfaitaire 1€. Ces informations ne font pas l'objet d'une facturation directe mais sont transmises aux caisses AMO à titre informatif. A partir de l'entrée en vigueur de FIDES, elles généreront des pertes financières.

considérables lors du passage à la facturation directe. Par conséquent, des actions doivent être menées pour préparer le passage à la FIDES.

Outre les problèmes de facturation stricto sensu, les défaillances dans les admissions des patients créent des difficultés dans le recouvrement et sont sources de contentieux²⁰. Or la présence de contentieux allonge les délais d'encaissement et ce d'autant plus que son traitement est une tâche chronophage pour les agents du BDE.

Le dispositif FIDES permet de raccourcir les délais de facturation et de recouvrement et par conséquent de réduire les délais d'encaissement ce qui présentera pour avantage si les processus d'admission et de facturation de l'établissement sont bien maîtrisés d'améliorer son cycle d'exploitation recettes – créances. Les créances détenues sur la Caisse pivot de l'assurance maladie et sur les patients hospitalisés et consultants externes constituent un composant majeur du poste « Valeurs d'exploitation ». Or les valeurs d'exploitation alourdissent le BFR.

$$\text{BFR} = \text{Valeurs d'exploitation} - \text{Dettes d'exploitation}$$

Les valeurs d'exploitation sont composées des stocks, des charges constatées d'avance et des créances détenues par l'établissement et constituent un emploi à financer. La diminution des créances aura pour effet de réduire le BFR et d'améliorer d'autant la trésorerie de l'établissement.

3. Présentation du bureau des entrées du CHN.

Ce service, dirigé par une AAH est composé de 15 agents polyvalents car tous formés pour accueillir les patients, enregistrer ou mettre à jour les dossiers d'hospitalisations ou externes. Mais outre leur connaissance de la fonction accueil au guichet, chaque agent est spécialisé dans au moins un autre domaine concernant la gestion des dossiers²¹, la facturation, la réalisation du recouvrement amiable ou contentieux ou bien dans la gestion des hospitalisations sous contrainte.

²⁰ Le contentieux désigne la modification de certains éléments de la facture : montant, couverture sociale

²¹ Prise en charge Assurance maladie, mutuelle, patient...

CREATION DOSSIERS EXTERNES PAR SECTEUR

	2008		2009		2010		2011		2012	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
BUREAU DES ENTREES	38 113	47,8%	43 007	47,8%	48 394	49,7%	51 584	49,9%	54 444	51,6%
URGENCES	24 548	30,8%	28 061	31,2%	27 579	28,3%	30 333	29,3%	30 048	28,5%
MATERNITE	7 552	9,5%	6 310	7,0%	6 899	7,1%	9 426	9,1%	9 943	9,4%
LABORATOIRE	3 959	5,0%	5 215	5,8%	7 364	7,6%	4 872	4,7%	4 634	4,4%
IMAGERIE	0	0,0%	1 862	2,1%	2 929	3,0%	2 942	2,8%	2 979	2,8%
CHIRURGIE VISCERALE	1 541	1,9%	1 879	2,1%	1 939	2,0%	1 275	1,2%	53	0,1%
MEDECINE	4 100	5,1%	3 730	4,1%	2 248	2,3%	2 971	2,9%	3 253	3,1%
CDAG		0,0%		0,0%		0,0%		0,0%	66	0,1%
TOTAL	79 813	100%	90 064	100%	97 352	100%	103 403	100%	105 420	100%

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Le BDE a réalisé un nombre croissant de créations de dossiers ces dernières années car il assure depuis 2011 l'ouverture des dossiers des patients des consultations externes de Chirurgie viscérale ce qui a représenté 1 939 passages annuels en 2010 et depuis 2013 ceux des consultations externes de Gynéco-obstétrique soit plus de 9 000 passages annuels supplémentaires à prendre en charge²². La part des patients externes dont le dossier a été crée par le BDE est passée de 47,8 % en 2008 à 51,6 % en 2012. L'accroissement du nombre de consultants pris en charge à effectif constant par le service génère par conséquent des temps d'attente supplémentaires.

En période estivale et certains jours de la semaine comme les lundis, le service est soumis à une importante affluence. Lors de ces périodes de pointe, davantage d'agents sont positionnés au guichet pour accueillir les patients mais cela implique en contrepartie qu'ils soient moins disponibles pour la facturation ou la gestion administrative des dossiers car les effectifs du service sont constants. La gestion des flux de patients et des plannings des agents fait partie des éléments gérés par la responsable du BDE.

Le nombre de dossiers externes facturés par le service a augmenté ces dernières années passant de 79 894 en 2008 à 105 420 en 2012²³ soit une progression de 31,9 %. Le nombre de dossiers hospitalisés facturés s'est également accru, passant de 16 194 en 2008 à 20 380 en 2012 (+ 25,8 %).

²² Centre hospitalier de Narbonne, 2012, Tableau de bord du bureau des entrées

²³ Ibid

Jusqu'à l'instauration de la T2A, les fonctions de la GAP n'étaient pas considérées comme des activités stratégiques par les EPS et les BDE étaient souvent composés d'agents peu formés et parfois reclassés. A l'inverse, la facturation au fil de l'eau implique un système de facturation performant qui exige des agents parfaitement opérationnels et bien formés. En effet, le BDE doit gérer la dimension humaine avec des patients soumis à un contexte émotionnel sensible, souvent en état de stress ainsi qu'une dimension technique qui se manifeste par des règles juridiques de plus en plus complexes et des applications informatiques à bien maîtriser.

Au CHN, le contexte historique a des influences sur le présent car plusieurs agents du BDE travaillent avec des restrictions médicales. L'établissement a accompagné les mutations en dispensant des formations. Mais en 2013, le taux d'absentéisme pour maladie de l'unité augmente sensiblement. Par ailleurs, le passage à la FIDES soulève l'inquiétude des agents qui estiment le service insuffisamment doté en personnel pour assurer correctement ses missions. En raison de la fragilité de sa situation financière, le CHN ne remplace que partiellement les absences pour maladies. Les agents ont le sentiment d'être délaissés par la direction. Cette impression est renforcée par l'éloignement géographique du BDE, situé à l'entrée du site principal des autres services administratifs localisés dans un autre bâtiment.

C. La complexité de l'organisation du recueil des données relatives aux patients et la diversité des pratiques d'enregistrement.

1. Existence de nombreux points d'enregistrement des données.

Malgré la prise en charge croissante des admissions par le BDE, les unités des Urgences et du Laboratoire continuent à réaliser l'enregistrement des informations nécessaires à la création ou mise à jour des dossiers utilisés pour la facturation²⁴. L'unité de consultations de Gynéco-obstétrique procède à ces enregistrements en dehors des heures d'ouverture du BDE. Cela présente le risque d'une hétérogénéité des pratiques de collecte des données selon l'unité ou les agents qui réalisent ces tâches avec des défauts potentiels de qualité ou d'exhaustivité.

La cotation des actes est décentralisée dans les différentes unités de soins.

²⁴ Annexe 3, Synthèse entretiens enregistrements données consultations externes nécessaires à la facturation

2. Diversité des pratiques d'enregistrement des données.

Selon que ce soit effectué par le BDE, les Urgences ou le Laboratoire, l'enregistrement des données relatives aux patients n'est pas réalisé selon les mêmes modalités²⁵. Il existe parfois des disparités en fonction des tranches horaires.

Le BDE recueille la totalité des données administratives des consultants externes qui se présentent à ses guichets²⁶ : identité, adresse, téléphone, couverture sociale, parcours de soins coordonné, particularité²⁷. Les agents des Urgences en horaire de jour enregistrent les mêmes données que le BDE mais ne vérifient pas la validité des données relatives à la couverture sociale et ne regardent pas systématiquement s'il existe une particularité et si le médecin traitant est toujours le même. Ils n'en ont en effet pas le temps et n'ont pas accès à l'application de Consultation des Droits (CDR). Les Urgences de nuit procèdent au même recueil que les Urgences de jour mais ne vérifient pas la validité du médecin traitant. Pour pallier à l'enregistrement incomplet des patients du service d'accueil des Urgences, un agent du BDE reprend tous les jours l'ensemble de leurs dossiers, vérifie et complète les éléments relatifs à la couverture de droits et aux particularités. Les agents du Laboratoire enregistrent le même type d'informations administratives que les Urgences de jour. En revanche, les dossiers externes du Laboratoire ne font pas l'objet d'une vérification systématique par le BDE.

3. Complexité de la réglementation AMO.

Depuis sa création, notre système de Sécurité sociale a beaucoup évolué et s'est « complexifié par adjonction de régulations successives »²⁸ qui lui permettent de s'adapter aux besoins de la société.

Avec l'entrée en vigueur de la FIDES, l'Assurance maladie ne réglera les factures qui lui seront transmises que si les données qu'elles contiennent sont exactes. Or, de nombreux éléments doivent être pris en compte en fonction de la situation des patients. Les réformes de l'AMO, la diversité des régimes et les nombreuses prestations proposées par les organismes complémentaires rendent la facturation plus difficile à maîtriser et plus particulièrement pour les soignants. Les patients ne comprennent pas toujours les prestations qui leur sont facturées et contactent parfois le BDE pour demander des explications sur certains montants.

Une consultation externe classique implique souvent trois débiteurs qu'il est indispensable d'identifier avant de facturer : la caisse d'assurance maladie adéquate, l'organisme complémentaire qui prend en charge le ticket modérateur et l'assuré qui peut supporter

²⁵ Ibid

²⁶ Entretiens réalisés avec des adjoints administratifs du BDE, des urgences et du laboratoire

²⁷ La particularité consiste à vérifier si la venue du patient a lieu dans le cadre d'un accident du travail, d'un 100 % grossesse, d'une ALD ...

²⁸ G.D. Carton, 2004, Eloge du changement

une participation forfaitaire. Le ticket modérateur est la partie des dépenses de santé qui restent à la charge de l'assuré après remboursement de la Sécurité sociale²⁹.

Les règles régissant le PDS coordonné, la cotation des actes ou bien les différents dispositifs donnant lieu à des exonérations comme les Affections de Longue Durée (ALD) doivent être connues pour que la facturation soit réussie.

L'amélioration indispensable des pratiques de facturation au CHN nous amène à construire un diagnostic élaboré qui se justifie par le fonctionnement complexe de la GAP.

²⁹ Site de l'administration française, vosdroits.service-public.fr

II. Le diagnostic des causes de rejets de factures et des dysfonctionnements des processus d'admission, de facturation et de recouvrement.

Le diagnostic repose sur les résultats d'indicateurs qui permettent de mesurer les écarts entre les résultats attendus et les résultats observés mais il est également établi en fonction des données recueillies lors d'entretiens réalisés avec des acteurs intervenant directement ou indirectement dans la facturation.

A. Analyse des indicateurs quantitatifs.

1. Etude des flux un euro

Les flux d'informations relatifs à la participation forfaitaire un euro sont actuellement transmis à l'Assurance maladie à titre informatif. A partir de l'entrée en vigueur de FIDES, ces données généreront des pertes financières réelles. Ils fournissent d'autre part des indications sur la qualité de la facturation qui permettent de simuler le niveau de rejets de factures qui existerait si FIDES s'appliquait. Selon l'ANAP, le taux de rejets moyen des établissements s'élève à 33 % pour les factures AMO informatives à un euro³⁰. La Caisse Primaire de l'Assurance Maladie (CPAM) de l'Aude a évalué à 13,9 % en 2011 celui du CHN. Même si ce taux est plus faible que la moyenne, il est cependant trop important car il entraînerait le rejet d'environ 14 400 factures externes par an lors du passage à la facturation au fil de l'eau.

2. Etude des annulations de titres

Le suivi des titres annulés permet de mesurer la qualité d'émission des titres³¹. Le taux d'annulation des titres représente la part des titres annulés sur le nombre total de titres émis.

³⁰ Op cit, Outil performance – facturation - recouvrement

³¹ Op cit, Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs

INDICATEURS PORTANT SUR LES ANNULATIONS DE TITRES

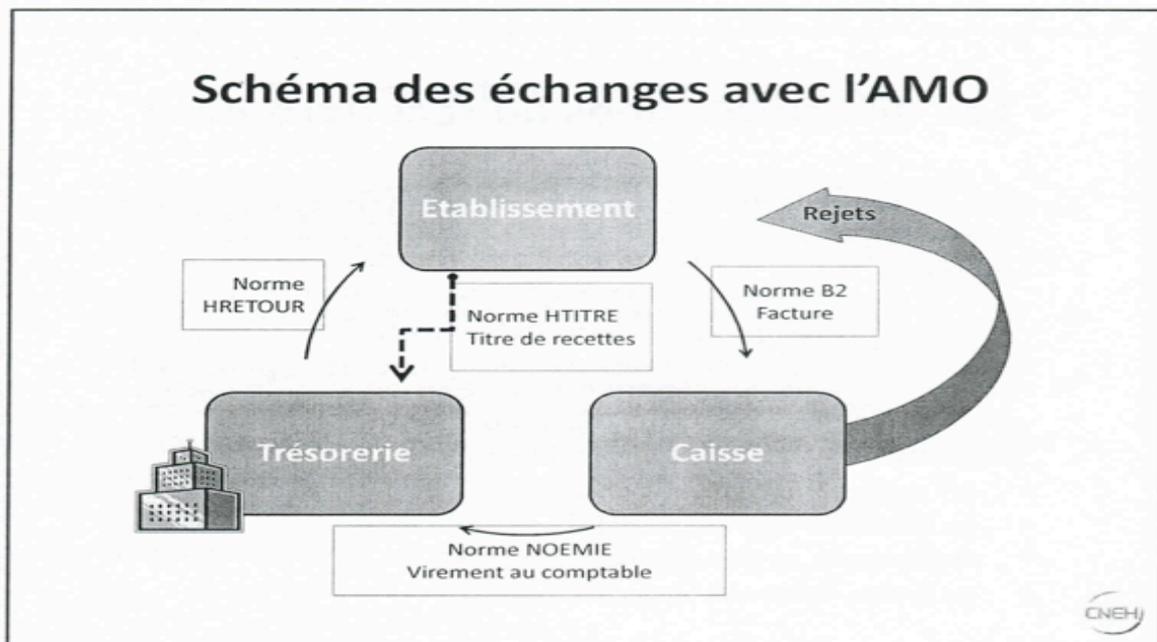
TYPE DOSSIER	2009			2010			2011			2012		
	NBRE TITRES EMIS	NBRE TITRES ANNULES	TAUX ANNULATION	NBRE TITRES EMIS	NBRE TITRES ANNULES	TAUX ANNULATION	NBRE TITRES EMIS	NBRE TITRES ANNULES	TAUX ANNULATION	NBRE TITRES EMIS	NBRE TITRES ANNULES	TAUX ANNULATION
EXTERNE	54 812	1 805	3,29%	57 337	1 613	2,81%	62 719	1 546	2,46%	62 819	1 807	2,88%

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Le taux d’annulation des titres correspondant à des dossiers externes s’élevait à 3,29% en 2009 a diminué jusqu’en 2011 mais est remonté à 2,88 % en 2012. La qualité des titres émis après s’être améliorée en 2010 et en 2011 s’est altérée en 2012 avec un nombre de titres annulé s’élevant à 1 807, soit un niveau proche de celui de 2009. L’inconvénient de cette analyse est qu’elle n’explique pas pourquoi la situation s’est détériorée en 2012. Elle doit donc être complétée par d’autres indicateurs.

3. Etude des motifs de rejets B2

Les flux B2 désignent une norme de télétransmission de factures entre les professionnels de santé et les organismes d’Assurance maladie. Ils présentent également l’intérêt de fournir une évaluation de la qualité de la facturation. Les indicateurs des rejets B2 sont calculés sur une base plus restreinte que ceux des flux un euro. Ils traduisent donc une image moins fidèle de l’entrée en vigueur du dispositif FIDES que ceux des flux un euro. Mais la communication régulière des rejets B2 par l’AMO les rend davantage exploitables pour des suivis opérationnels pouvant déboucher sur des actions d’améliorations.



Source : CNEH, 2012, Tout connaître des règles de facturation des soins hospitaliers

Selon l'ANAP, le taux de rejets B2 des établissements s'établit en moyenne à 9%³². Après la facturation, les caisses AMO transmettent au BDE la liste des factures rejetées avec l'anomalie constatée. Ces rejets font l'objet d'une correction, ce qui nécessite parfois la mise en œuvre de redressements³³. Les rejets du CHN sont suivis mensuellement par la responsable du BDE.

TAUX DE REJETS DES FLUX B2

	2012			2013		
MOIS	Nb Factures	Nb Rejets	Taux rejets	Nb Factures	Nb Rejets	Taux rejets
Janv	1 043	60	5,75%	872	57	6,54%
Févr	996	58	5,82%	874	43	4,92%
Mars	1 014	44	4,34%	937	39	4,16%
Avril	888	56	6,31%	954	48	5,03%
Mai	921	46	4,99%	1 182	54	4,57%
Juin	988	81	8,20%	861	49	5,69%
Juill	944	69	7,31%	642	34	5,30%
Août	838	91	10,86%			
Sept	931	85	9,13%			
Oct	1 016	119	11,71%			
Nov	930	94	10,11%			
Décem	942	86	9,13%			
Total	11 451	889	7,76%	6 322	324	5,12%

Source : Indicateurs du Bureau des entrées du CHN

Les taux de rejets connaissent des variations annuelles et mensuelles importantes. Ils sont passés de 10,8% en 2009 à 5,83% en 2011 mais sont remontés à 7,76% en 2012. Alors que sur les premiers mois de l'année 2012, les taux étaient relativement corrects, ils ont augmenté significativement à compter du mois d'août. Le turn over des agents, les modifications réglementaires, les réticences du personnel des unités de soins à réaliser des tâches administratives de plus en plus exigeantes sont souvent mis en avant pour expliquer les fluctuations.

Les taux de rejets de 2013 sont inférieurs à ceux de 2012 et sont proches des 5% fixés par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) pour le passage à la facturation au fil de l'eau. Cette baisse est consécutive à la prise en charge des dossiers de Gynéco-obstétrique par le BDE et démontre l'importance d'une bonne saisie dès la création du

³² Op cit, Outil performance – facturation - recouvrement

³³ Les redressements désignent l'annulation et la réémission de la facture

dossier et de l'implication des professionnels dans la qualité des données administratives enregistrées³⁴.

Des actions supplémentaires doivent toutefois être menées pour maintenir ce taux au niveau des 4% déterminé par le groupe de travail du CHN qui travaille à la préparation de la FIDES. Afin de déterminer où mettre en œuvre les actions prioritaires, il convient d'identifier la contribution des différentes unités aux rejets. Nous avons mis en rapport dans le tableau suivant les factures rejetées en mai et juin 2013 avec les unités qui ont créé les dossiers administratifs correspondants.

PART DES REJETS PAR CREATEUR DE DOSSIER

Créateurs dossiers	Nb rejets	Part rejets
Bureau des entrées	34	42,0%
Pharmacie	19	23,5%
Urgences	18	22,2%
Laboratoire	5	6,2%
Gynéco-obst consult.	2	2,5%
Imagerie	2	2,5%
Médecine	1	1,2%
Total :	81	100%

Source des données : logiciel patient du CHN

On constate que sur la période étudiée, 42 % des factures rejetées, ont un dossier administratif créé par le BDE. Ce résultat n'est pas préoccupant dans la mesure où ce service crée plus de la moitié des dossiers externes de l'établissement et parmi ces rejets, certains sont dus à des erreurs de cotation des actes médicaux réalisés dans les unités de soins. Résultat plus étonnant, 23,5 % des rejets correspondent à des venues enregistrées par la Pharmacie alors que cette unité représente une faible part des passages externes. Il convient de considérer avec prudence les rejets de la Pharmacie car l'unité ne réalise qu'une partie des étapes de l'enregistrement des données nécessaires à la facturation³⁵. Les Urgences génèrent 22,2 % des rejets alors qu'ils représentent 28,6 % des créations de dossiers externes. Afin de déterminer les actions prioritaires à mettre en place, il est nécessaire d'établir un diagnostic plus précis qui tienne compte à la fois des motifs de rejets et des unités concernées par ces rejets.

Nous avons élaboré une étude statistique portant sur des factures des mois de mai et juin 2013 appartenant à plusieurs lots qui ont été rejetées par l'Assurance maladie. Cette étude est chronophage à mettre en œuvre car les informations sur les unités concernées n'apparaissent pas directement dans les retours de l'AMO, ce qui nécessite des

³⁴ Explications fournies par la responsable du BDE

³⁵ Cf. infra III. A. 3. A) Partager les informations entre les professionnels de santé

recherches complémentaires dans le Système d'Information Hospitalier (SIH). D'autre part, les motifs de rejets ne sont pas toujours explicites. C'est la raison pour laquelle, les statistiques sur les rejets par unité ne sont réalisées que ponctuellement par le BDE. Les retours de l'Assurance maladie sont exploités plusieurs fois par an par le biais de courriers ou de rencontres destinés à informer les agents sur les améliorations à apporter à leur saisie.

Certains motifs de rejets de factures apparaissent fréquemment.

A) Analyse des rejets dus au risque maternité.

Ce rejet résulte de l'absence de prise en compte du sixième mois de grossesse dans la facturation. Suite à la déclaration de grossesse, entre le 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse jusqu'au 12^{ème} jour suivant l'accouchement, la parturiente bénéficie d'une prise en charge à 100% de l'ensemble de ses frais médicaux par l'Assurance maladie³⁶.

Cela concerne 6 dossiers soit 7,4 % des rejets sur la période étudiée. Ce motif de rejets B2 ne fait pas partie des plus fréquents mais pourrait être évité. Ainsi, la mise à jour plus fréquente de la carte vitale des patientes enceintes diminuerait ces rejets. Une borne de mise à jour des cartes vitales est présente à l'entrée des consultations de Gynéco-obstétrique mais elle pourrait être davantage utilisée³⁷. Ces rejets pourraient également être réduits par une meilleure transmission de l'information sur les 100% grossesse entre la maternité et le BDE. Cette information pourrait parfois être saisie directement dans le SIH lorsque les agents des consultations de l'unité de Gynéco-obstétrique créent le dossier de venue.

B) Analyse des rejets dus à la mauvaise prise en compte de l'Affection de Longue Durée (ALD).

Les ALD sont des maladies qui nécessitent un suivi, des soins prolongés et des traitements coûteux. Ils ouvrent droit à une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie pour tous les soins, examens et traitements en rapport avec l'affection. La durée de validité des droits ouverts par le protocole de soins ALD est limitée à 6 mois³⁸.

6 factures représentant 7,4 % des rejets n'ont pas été payées par l'AMO en raison d'un mauvais enregistrement des droits relatif à l'ALD. Ce type de rejet pourrait être réduit en mettant à jour la carte vitale avant de procéder à sa lecture. Il est important que ces patients soient correctement enregistrés le plus tôt possible dans le SIH car ils sont souvent amenés à revenir à l'hôpital. Parmi les 6 factures rejetées, 4 d'entre elles

³⁶ Site de l'assurance maladie, www.ameli.fr

³⁷ Entretien réalisé avec une adjointe administrative des consultations de Gynéco obstétrique

³⁸ Op cit, Tout connaître des règles de facturation des soins hospitaliers

concernent l'activité rétrocessions de la Pharmacie. La situation administrative de ces personnes n'est en effet pas mise à jour à chaque venue.

C) Analyse des rejets concernant la CMU.

La loi du 27 juillet 1999 crée le régime de la CMU pour les personnes résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière. Elle vise à leur garantir « une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie »³⁹. Les factures concernant les patients relevant de la CMU font l'objet d'une facturation directe et sont obligatoirement télétransmises à l'Assurance maladie. Cela contribue à expliquer que ces factures génèrent un nombre important de rejets B2.

Les rejets relatifs à la CMU concernent 17 factures représentant 21 % des dossiers en erreurs sur la période considérée. La mise à jour de la carte vitale ne permet pas toujours de limiter ces rejets car il existe parfois un décalage entre les informations de la carte vitale et celles enregistrées sur l'application CDR, outil qui reflète le plus les droits AMO à une date précise. Ces anomalies sont présentes dans la plupart des unités recevant des consultants externes sans qu'il soit possible de les attribuer à un créateur de dossier spécifique.

D) Analyse des rejets relatifs à un changement de caisse ou d'assuré.

Ce type de rejet apparaît lorsque la situation administrative du bénéficiaire des soins a été modifiée. Cela se manifeste par exemple lorsque le patient n'est plus assuré par la même personne, s'il change de caisse ou bien si ses droits ont été suspendus.

Avec 20 factures représentant 24,7 % des rejets, c'est le principal motif de rejets rencontré au CHN. Ces changements ont occasionné des erreurs dans le numéro de sécurité sociale sur 8 dossiers. Ces motifs de rejets concernent dans près de la moitié des cas les patients de l'unité des Urgences mais ils apparaissent également dans la plupart des unités de consultations. La mise à jour de la carte vitale à chaque venue permettrait de réduire ces rejets. La marge d'amélioration est limitée car en cas de changement fréquent de caisse, la mise à jour de la carte vitale ne permet pas toujours de recueillir des données administratives fiables⁴⁰. Les patients peuvent présenter une attestation de couverture qui semble valide et ne plus avoir de droits. La vérification plus poussée des droits du bénéficiaire des soins lorsqu'il a changé d'adresse au moyen de l'application CDR est davantage efficace.

³⁹ Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

⁴⁰ Entretien réalisé avec un adjoint administratif du BDE

E) Analyse des rejets relatifs à la mauvaise prise en compte du PDS coordonné,

Ces rejets mettent en évidence que les règles du PDS ne sont pas toujours appliquées par les agents chargés d'enregistrer les données dans les services de soins. Le patient doit au préalable avoir déclaré un médecin traitant à l'Assurance maladie. Le médecin traitant doit être consulté en première intention. Celui-ci conseille le patient et l'oriente si nécessaire vers un médecin correspondant. Le patient est pénalisé par un reste à charge s'il ne respecte pas le PDS.

Sur les 81 rejets analysés, 2 sont dus à la non vérification du médecin traitant et à l'absence de sa prise en compte dans le SIH. Cela représente une faible part des rejets : 2,5% mais ce sont des rejets en principe évitables. Le parcours de soins et en premier lieu le médecin traitant doit être vérifié par les agents chargés de l'accueil. Les dossiers occasionnant ces deux rejets ont été créés dans la même unité : les consultations de Gynéco-obstétrique. Même si par exception au PDS coordonné, les gynéco-obstétriciens bénéficient d'un accès direct, les données relatives au médecin traitant erronées ou non déclaré entraînent des rejets.

F) Analyse des rejets imputables à l'absence de mise à jour des nomenclatures et tarifs.

Les tarifs paramétrés dans le SIH doivent être conformes aux tarifs réglementaires figurant dans les nomenclatures. Cela implique de vérifier régulièrement les mises à jour des tarifs et de les intégrer dans les applications informatiques.

Ce type de rejet apparaît régulièrement à la Pharmacie et au Laboratoire et représente 13,6 % des anomalies. Parmi ces rejets, 8 factures concernent l'absence de mise à jour des prix unitaires des spécialités pharmaceutiques rétrocedées par la Pharmacie. Parmi les factures émises suite à des médicaments rétrocedés par la Pharmacie, 5,2 % sont rejetées en raison d'un prix unitaire non valide. Ce taux de rejet relevé sur la période étudiée nous semble important et pourrait être amélioré. La mise à jour des tarifs est réalisée par une pharmacienne mais lorsque cette personne est absente, aucun autre agent ne prend le relais⁴¹. Le défaut de mise à jour des tarifs des actes du Laboratoire dans le SIH par l'unité a généré le rejet de 3 factures. Il est nécessaire de contrôler régulièrement les tarifs de la nomenclature des actes de biologie médicale, d'importer les nouveaux tarifs dans l'applicatif métier du Laboratoire et de vérifier si le transfert des données a bien été intégré dans le logiciel patient utilisé pour la facturation.

⁴¹ Entretien réalisé avec une pharmacienne

G) Analyse des rejets relatifs à une cotation des actes irrégulière.

La cotation non valide de certains actes médicaux a entraîné le rejet de 6 dossiers, soit 7,4 % des factures rejetées. La moitié de ces actes concerne l'unité des Urgences, les autres sont répartis dans plusieurs unités assurant des examens ou des consultations. Les anomalies concernent les majorations, les modificateurs ou bien les codes association non prévue et présentent souvent un caractère technique élevé. L'incompatibilité entre l'acte qui est enregistré et la personne qui le réalise génère parfois des rejets. Les règles relatives à la cotation des actes nécessitent d'être expliquées et rappelées aux unités.

Outre la validité réglementaire des actes médicaux facturés, se pose la question de la recherche d'exhaustivité des actes et recettes liée à la cotation de l'activité externe.

4. Evaluation de la cotation des actes

La T2A exige une rigueur importante des informations médicales renseignées car elles conditionnent l'application du tarif qui rémunère correctement les prestations réalisées. L'établissement s'est interrogé sur la possibilité de facturer des recettes supplémentaires en optimisant la cotation des consultations externes. Un audit récemment réalisé par un prestataire extérieur⁴² a dévoilé la présence de marges de manoeuvre.

Certaines majorations sont omises par le CHN. L'identification de sous cotation de majorations correspondantes à des actes réalisés les dimanches, jours fériés et la nuit a mis en évidence un manque à gagner important en 2011. Les pratiques de cotation de ces majorations se sont améliorées par la suite, la perte estimée en 2012 étant sensiblement plus faible. L'absence d'exhaustivité des majorations pour prise en charge de nourrissons a été identifiée mais les valorisations financières sont moins importantes car le tarif unitaire de cet acte est peu élevé et sa cotation est soumise à plusieurs conditions. Des gains de recettes concernant les majorations de coordination spécialiste seraient possibles pour les consultations réalisées dans le cadre du PDS coordonné mais ils sont peu élevés. L'établissement aurait la possibilité de coter un nombre bien plus important de consultations pour avis ponctuel de consultant qualifiées « C2 ». Cela représente une perte importante sur les années précédentes. Cette consultation qui s'applique dans le cadre du PDS coordonné est soumise à des conditions parfois complexes à apprécier. Par ailleurs, les Actes Médico-Infirmiers (AMI) réalisés aux Urgences ne sont pas cotés alors que ces actes sont bien enregistrés quand ils sont réalisés dans les unités de consultations externes. L'absence de cotation des AMI est évaluée à minima à 95 000 €.

⁴² CTR, 2012, Rapport d'audit, Mission d'optimisation des actes et consultations externes

Beaucoup de ces défauts de cotation sont régis par des règles présentant un caractère technique qu'il convient d'expliquer et de rappeler régulièrement aux personnes concernées. Ce travail est réalisé en collaboration entre le Département d'Information Médicale (DIM), le BDE et la Direction de l'établissement. Une formation sur cette thématique a été dispensée en septembre 2013 auprès des personnels médicaux et non médicaux. Le taux de présence de 6 % des médecins à cette formation est révélateur de la difficulté à les mobiliser autour de ces enjeux.

L'organisation définie pour la cotation des actes externes est variable selon les unités. Ce sont généralement les médecins qui indiquent quels actes doivent être cotés mais dans certaines situations, ce sont les agents administratifs qui l'apprécient. Dans la quasi-totalité des unités, les actes sont saisis dans le SIH par les AMA ou les Adjointes administratifs⁴³.

Les agents interrogés en entretien ont précisé qu'ils n'ont pas de double saisie à réaliser excepté dans certaines unités où un thésaurus⁴⁴ mis en place nécessite de cocher les actes réalisés sur un formulaire. En effet, en dehors des thésaurus dont l'objet est de faciliter la cotation, il est préférable d'éviter les supports papiers afin d'enregistrer l'acte directement dans le SIH.

Il est important de privilégier les saisies en temps réel pour d'une part produire une information plus fiable et d'autre part pour réduire les délais de facturation. La plupart des unités du CHN saisissent les actes externes « à la source » ou avec un décalage très réduit. Toutefois, il existe une marge de progression dans certaines unités qui enregistrent les actes avec un décalage plus important⁴⁵. La cotation des actes est une activité estimée moins prioritaire dans les pôles cliniques que la prise en charge des malades. Les contrôles réalisés par le DIM, le BDE ou le contrôle de gestion révèlent tous les mois la présence de dossiers externes sans actes médicaux saisis ainsi que des actes incompatibles avec certaines situations.

Pour être plus opérationnelle, notre étude doit être complétée par une analyse plus pointue des différentes phases de la facturation.

B. Analyse qualitative de l'organisation.

⁴³ Excepté en Imagerie où ce sont les manipulateurs radio qui saisissent les actes. Entretiens réalisés avec les agents affectés aux secrétariats médicaux des unités de consultations

⁴⁴ Liste organisée des actes réalisés par une spécialité ou une unité constituant un outil d'aide au codage. L'unité des Urgences en utilise un.

⁴⁵ Cf. infra II. B. 2. A) Analyse des délais de facturation

Le suivi des indicateurs préconisés par l'ANAP comme les délais moyens de facturation, les taux de retours NPAI⁴⁶ sont également réalisés. Leur analyse nous interroge sur la mise en œuvre de bonnes pratiques pour améliorer les processus admission, facturation et recouvrement.

1. Etude des pratiques concernant le processus d'admission

La fiabilisation des admissions permet d'optimiser la facturation et le recouvrement. Cela implique de développer la pratique des pré-admissions⁴⁷. La pré-admission est à la première place des 14 bonnes pratiques organisationnelles qui permettent d'optimiser la facturation et le recouvrement⁴⁸. Nous n'allons pas développer cette thématique dans ce mémoire car les EPS ne la pratiquent pas pour les consultations externes. Signalons toutefois que c'est souvent lors d'une consultation que le dossier de pré-admission est initié. Les liens existants entre les consultations externes et les hospitalisations sont exploités au CHN pour optimiser la GAP. Par exemple, lorsqu'un patient se rend en consultation d'anesthésie, il est aisé de présumer une hospitalisation chirurgicale prochaine et de prévoir une pré-admission. Visant à améliorer l'enregistrement des données administratives, elle poursuit des objectifs convergents avec l'identito-vigilance.

L'identito-vigilance intervient dans la phase de pré-facturation. Elle peut se définir par l'existence de procédures permettant de contrôler l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge⁴⁹. Cela implique la mise en concordance des identités lors des échanges de données. Ces procédures présentent l'intérêt de sécuriser la prise en charge médicale et de fiabiliser la production des factures. On parle d'anomalie d'identité dès que l'unicité de l'identification du patient n'est plus maintenue. Le BDE réalise différents types de corrections sur les identités dans le SIH comme les fusions d'identité, les collisions, les changements de numéro d'Identifiant Permanent du Patient (IPP), les modifications d'identités.

⁴⁶ N'habite Plus à l'Adresse Indiquée

⁴⁷ Patients hospitalisés dont le dossier administratif a été saisi avant l'hospitalisation

⁴⁸ Creer-hopitaux.fr, 2009, Optimisation du processus de facturation hospitalière par le pilotage des activités et le contrôle des résultats

⁴⁹ HAS, 2007, Manuel de certification des établissements de santé et guide de cotation

INDICATEURS PORTANT SUR L'IDENTITO-VIGILANCE

TYPE CORRECTION	2008	2009	2010	2011	2012
Fusion de doublons	1 395	712	2 032	1 381	285
Collision	8	8	6	3	4
Changement IPP		5	3	6	2
Modification identité	1 121	381	428	388	504

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Un doublon est présent lorsque un même patient a plusieurs numéros IPP. Il fait alors l'objet d'un signalement au BDE pour correction en lien avec le service des archives médicales. Il est ensuite communiqué aux autres utilisateurs de l'IPP. On constate une diminution importante du nombre de fusions de doublons en 2012. Depuis la mise en place en 2012 du dossier patient informatisé, la correction des doublons ne se fait plus qu'à la demande des utilisateurs sur les dossiers récents alors que durant plusieurs années, l'agent chargé de la réalisation des fusions pouvait rechercher puis corriger les doublons présents dans la base informatique. De plus, toute correction est soumise à l'accord préalable du DIM afin d'éviter toute suppression de documents dans le dossier patient informatisé.

La collision se définit par un écrasement d'identité lorsque l'enregistrement d'une nouvelle personne s'est fait sur l'IPP d'un ancien patient dont l'identité a été supprimée.

Les modifications d'identités sont réalisées par le BDE à la suite d'une vérification d'identité. Elles sont signalées aux autres utilisateurs. Le nombre de corrections d'identités est très variable selon les années.

Une vigilance particulière est nécessaire aux Urgences où les patients ne sont pas toujours en état de décliner leur identité ou de produire des justificatifs. Un protocole a été établi pour préciser dans ce cas comment renseigner les identités à titre provisoire puis comment régulariser ultérieurement la saisie des données.

Même si des progrès restent à accomplir au CHN en matière d'identito-vigilance, celle-ci fait l'objet d'un pilotage. Il existe un comité d'identito-vigilance pour lequel le médecin du DIM et la responsable du BDE assurent la présidence conjointe. Ce comité se réunit régulièrement et met en place des actions. Des procédures décrivant la création d'identité, le circuit des interventions correctives sur les identités ont été élaborées et sont portées à la connaissance des agents qui procèdent à l'enregistrement. Les interlocuteurs à contacter pour une fusion d'identité sont connus des personnes chargées de l'accueil. Le taux de doublons est suivi mensuellement et les résultats des indicateurs sont exploités et servent à déclencher des actions correctives. Le système d'information

déclenche des alertes lors de la création des dossiers, ce qui permet de prévenir la création de certains doublons d'identité.

2. Etude des pratiques concernant le processus de facturation

A) Analyse des délais de facturation

Les indicateurs sur les délais de facturation des actes externes permettent d'évaluer la rapidité du processus de facturation⁵⁰. Ils mesurent les délais moyens exprimés en nombre de jours entre la date des soins et la date de facturation. L'établissement aurait intérêt à réduire ses délais de facturation car cela améliorerait sa situation financière⁵¹.

DELAÏ MOYEN DE FACTURATION EXTERNE

TYPE DOSSIER	2009		2010		2011		2012	
	Nbre dossiers	Délai moyen						
EXTERNE	90 073	40,40	97 353	37,63	103 404	39,92	105 420	41 jours

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Les délais moyens de facturation ont diminué entre 2009 et 2010 mais augmentent les deux années suivantes. Le délai moyen observé sur ces quatre années est supérieur à celui de la moyenne des établissements qui s'élève à 30 jours⁵². La majorité des soins externes du CHN sont facturés le mois suivant mais environ 5% des dossiers, en l'absence de débiteur étaient mis en attente jusqu'à la clôture comptable ce qui pénalisait les indicateurs sur les délais moyens. Pour enrayer cette tendance, le BDE a mis en place une action visant à facturer plus régulièrement les dossiers sans débiteur. Ainsi, plusieurs fois par an, les patients dont l'adresse est correctement enregistrée sont facturés en 100% payants. A l'inverse, les dossiers pour lesquels l'adresse est absente sont comptabilisés en actes gratuits.

Le tableau suivant opère une distinction entre les passages aux Urgences et les autres consultations car les modalités de prises en charge administratives et médicales sont différentes.

⁵⁰ Op cit, Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs

⁵¹ Cf. supra I. B. 2. Enjeux d'une facturation optimisée sur la situation financière de l'établissement

⁵² Op cit, Outil performance – facturation - recouvrement

REPARTITION DES DELAIS MOYENS DE FACTURATION ACTIVITE EXTERNE

	2010		2011		2012	
EXTERNE	Nbre dossiers	Délai moyen	Nbre dossiers	Délai moyen	Nbre dossiers	Délai moyen
URGENCES	27 585	43,53	30 333	43,09	30 048	44 jours
SAUF URGENCES	69 766	35,30	73 071	38,60	75 372	39 jours

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Entre 2010 et 2012, le délai moyen de facturation s'est davantage accru pour les dossiers externes pris en charge hors Urgences (+10,5%) que pour les passages aux Urgences (+1,1%). Mais ce sont les venues aux Urgences qui présentent le délai de facturation le plus élevé : 44 jours en 2012. Les informations administratives sont généralement plus difficiles à recueillir pour les patients accueillis aux Urgences⁵³.

On pourrait compléter cette analyse sur les délais de facturation avec l'étude du délai de recouvrement qui mesure la différence entre la date d'envoi des titres et la date d'encaissement⁵⁴. Nous avons sélectionné plusieurs lots de factures télétransmises à l'AMO au troisième trimestre 2013 afin d'estimer le délai de recouvrement des factures.

CALCUL DES DELAIS DE RECOUVREMENT ASSURANCE MALADIE

N° LOT	Date facturation	Date paiement	Délai recouvrement	Nb factures lot
59	29/08/13	18/09/13	20 jours	239
50	06/08/13	09/08/13	3 jours	136
51	29/08/13	12/09/13	14 jours	12
62	03/09/13	12/09/13	9 jours	155
64	03/09/13	12/09/13	9 jours	191
53	03/09/13	12/09/13	9 jours	6
DELAI MOYEN PONDERE :			11,5 jours	739

Source des données : logiciel patient du CHN

Un premier constat peut être formulé. Le délai de paiement des factures du lot 59 s'élève à 20 jours, soit 14 jours ouvrés. Ce délai est supérieur au délai de paiement réglementaire

⁵³ Cf. supra II. B. 1. B) Analyse des indicateurs d'identito-vigilance

⁵⁴ Op cit, Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs

de 12 jours ouvrés⁵⁵ qui s'applique aux établissements expérimentateurs du dispositif FIDES.

Il est par ailleurs possible d'ajouter le délai de facturation des actes externes de 41 jours au délai de recouvrement de l'Assurance maladie estimé à 11,5 jours soit un total de 52,5 jours. Ce délai moyen d'encaissement paraît de prime abord élevé et pénalisant pour le CHN. Il est en effet supérieur au délai global de paiement des dépenses qui est limité à 50 jours⁵⁶. Cette tendance est accentuée par le fait que les achats nécessaires au fonctionnement des EPS sont généralement effectués plusieurs mois avant la réalisation de l'activité. Les salaires des agents hospitaliers qui représentent près de 70% des dépenses sont payés dans un délai qui n'excède pas 30 jours. Un délai d'encaissement des recettes externes supérieur au délai de décaissement des dépenses, est désavantageux pour la situation financière de l'établissement. Le cycle d'exploitation de l'activité externe génère un BFR qui nécessite une trésorerie supplémentaire. Cette analyse doit être légèrement nuancée car elle présente quelques limites :

- Son champ d'application ne concerne que les factures envoyées par télétransmission à l'AMO. Il aurait été préférable de disposer et intégrer dans les calculs des délais de recouvrement ceux correspondants aux différents débiteurs tels que les complémentaires, les patients payants.
- Le délai de recouvrement de 11,5 jours n'intègre pas les factures non conformes dont le paiement est rejeté par l'AMO.
- Le délai de facturation de 41 jours est un délai moyen qui n'est pas représentatif de la majorité des titres. Une minorité d'actes externes se caractérise par un délai de facturation élevé qui pénalise l'indicateur moyen.

Cependant, cette analyse nous permet d'observer que le passage de la facturation indirecte à directe via le dispositif FIDES permettra au CHN de généraliser la réalisation de plusieurs facturations mensuelles ce qui réduira les délais de facturation.

Afin d'anticiper le passage à la facturation au fil de l'eau, la responsable du BDE analyse les retards de facturation et étudie des pistes pour les rattraper. Une organisation visant à identifier et traiter les dossiers incomplets a été établie mais elle ne donne pas satisfaction sur le secteur des Urgences car un agent du BDE passe en moyenne une journée à vérifier et compléter les dossiers enregistrés pendant 24 heures aux Urgences. Une nouvelle articulation des opérations de recueil des données administratives entre les Urgences et le BDE est en cours de réflexion. La décentralisation d'agents du BDE à l'accueil administratif des Urgences est une piste envisageable.

⁵⁵ Article 4 du décret n°2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés

⁵⁶ Décret n°2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics

La saisie tardive par les pôles cliniques de la cotation des actes externes explique également certaines émissions tardives de factures. Des agents en charge de l'enregistrement des actes interrogés lors d'entretiens ont admis qu'il pouvait exister un délai de plusieurs jours entre la réalisation des actes et leur cotation dans le SIH dans les unités des Urgences et des consultations externes de Gynéco-obstétrique. Par ailleurs, la réduction des délais pourrait être accélérée par la mise en œuvre des organisations visant à sécuriser les encaissements.

B) Analyse des encaissements en régie,

La réglementation prévoit que « seuls les comptables du Trésor public sont habilités à régler les dépenses et recettes des collectivités et établissements publics dont ils ont la charge »⁵⁷. Par exception à ce principe, l'encaissement en régie consiste à procéder à des encaissements directs sous l'autorité de l'ordonnateur et la responsabilité du trésorier. Cela a pour intérêts de garantir un meilleur taux de paiement, de réduire les délais d'encaissement, de diminuer les impayés pour les faibles montants.

Le paiement en régie est centralisé au BDE du CHN dont les quatre points d'encaissement acceptent le paiement en liquide ou par carte bancaire aux heures d'ouverture des guichets, soit de 8h à 18h. Ces horaires permettent de couvrir la quasi totalité des venues programmées. L'absence de guichet dédié au paiement en régie peut décourager les éventuels payants en cas de grande affluence à l'accueil. Les Urgences ne sont pas dotées d'un espace permettant l'encaissement en régie.

INDICATEURS PORTANT SUR L'ENCAISSEMENT EN REGIE

	2009	2010	2011	2012
Montant encaissé en régie	157 389 €	150 323 €	164 737 €	199 593 €
Montant encaissable en régie (dossiers consult. externes)	1 211 531 €	1 255 439 €	1 414 743 €	1 420 102 €
Taux d'encaissement en régie	12,99%	11,97%	11,64%	14,05%

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Entre 2009 et 2012, le montant encaissé en régie est passé de 157 389 € à 199 593 € soit une progression de 26,8%. Mais cette progression s'explique en partie par la hausse d'activité des consultations externes. L'étude du taux d'encaissement en régie permet d'affiner cette analyse en mesurant la part des sommes encaissées en régie dans le montant encaissable en régie. Entre 2009 et 2012, le taux d'encaissement en régie passe

⁵⁷ Décret du 29 décembre 1962 portant Règlement général sur la comptabilité publique

de 12,9 % à 14,05 % ce qui représente une légère progression. Mais ce résultat reste limité et pourrait être amélioré.

Il n'existe pas de procédure écrite formalisée décrivant les modes opératoires de l'encaissement en régie mais les agents préposés à cette pratique sont identifiés dans l'arrêté de régie et bénéficient de formations visant à entretenir et développer leur niveau de connaissance. Le système d'information ne permet pas le recueil automatisé du taux d'encaissement en régie, ce qui fait obstacle à un suivi mensuel de cet indicateur et ne permet pas un pilotage optimal de ce processus.

3. Etude des pratiques concernant le processus de recouvrement

A) Analyse des retours NPAI,

Les retours NPAI permettent de mettre en évidence certains dysfonctionnements de la phase de recouvrement. Le suivi des retours en NPAI a pour intérêt de déterminer les erreurs dues au recueil des adresses⁵⁸. Les NPAI deviennent souvent des créances irrécouvrables et font obstacle aux correspondances médicales et administratives.

TAUX DES RETOURS NPAI SUR LES TITRES PAYANTS

TYPE DOSSIER	2010			2011		
	NBRE TITRES	TITRES NPAI	TAUX RETOURS NPAI	NBRE TITRES	TITRES NPAI	TAUX RETOURS NPAI
EXTERNE	13 675	1 041	7,61%	14 252	991	6,95%
HOSPIT MCO	1 694	96	5,67%	2 460	62	2,52%

En 2012, les factures externes "NPAI" ont été traitées mais non comptabilisées.

Source : Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN

Entre 2010 et 2011, le nombre de retours NPAI externes sur des titres payants est passé de 1 041 à 991 soit une diminution de 4,8% alors que dans le même temps le nombre de titre émis a augmenté. Par conséquent, le taux de retours NPAI est passé de 7,61 à 6,95% sur les dossiers externes. Ces ratios sont plus élevés que le taux de 5% correspondant au NPAI moyen des EPS⁵⁹. On remarque que les taux de retours NPAI sont généralement plus élevés sur les consultants externes que sur les patients hospitalisés car il est d'une part, plus facile de recueillir ou mettre à jour les adresses des patients qui ont des durées de séjours plus longues et d'autre part, les enjeux financiers sont plus importants sur les séjours hospitaliers que sur les consultations.

⁵⁸ Op cit, Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs

⁵⁹ Op cit, Outil performance – facturation - recouvrement

Le logiciel de facturation ne permet pas la production automatique des indicateurs sur les retours NPAI ce qui explique qu'ils ne soient suivis qu'annuellement par le BDE. L'absence d'automatisation du SIH fait également obstacle à un suivi régulier des NPAI déclinés par unité. L'AAH responsable du BDE réalise ponctuellement un état des NPAI par unité d'où il ressort que dans près de 50 %⁶⁰ des cas, il s'agit de dossiers créés par les Urgences. Ces patients ne sont pas toujours en état de communiquer les informations administratives adéquates.

B) Analyse des Admissions en Non Valeur (ANV) et des taux de recouvrement

L'absence d'étude précise des créances ANV⁶¹ et des taux de recouvrement constitue une limite de notre diagnostic. Les indicateurs des ANV réalisés par le BDE portent essentiellement sur l'activité hospitalisée. En effet, la production de cet indicateur présente moins d'intérêt pour les consultations externes car les montants sont moins élevés. L'analyse du taux de recouvrement pour être réellement opérationnelle doit être réalisée par type de débiteur. Les taux et délais de recouvrement par débiteurs sont fournis une fois par an par la trésorerie. Ils font ensuite l'objet d'une analyse conjointe avec la direction du CHN.

Pour être plus complet, notre diagnostic sur les dysfonctionnements de la GAP doit aussi tenir compte des variables culturelles.

C. L'existence de freins socio-culturels difficiles à appréhender.

1. Des réticences dans les unités cliniques et médico-techniques entraveraient l'optimisation de la facturation ?

Nous avons émis l'hypothèse initiale selon laquelle des difficultés de compréhension fondées sur des systèmes de valeurs ou des croyances différents entre soignants et administratifs feraient obstacle à la facturation. Notre diagnostic nous amènera à étudier la validité de cette hypothèse au CHN.

Selon l'analyse des organisations de H. MINTZBERG⁶², l'hôpital se caractérise par une organisation à configuration professionnelle. La coordination s'opère essentiellement par la « standardisation des qualifications » acquise dans les écoles et instituts de formations, ce qui accorde une indépendance relativement importante aux professionnels de santé

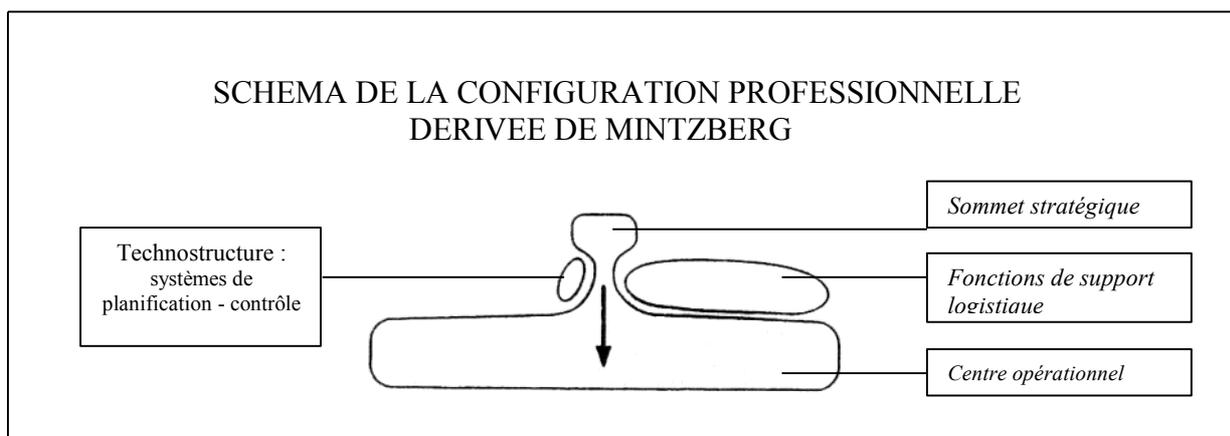
⁶⁰ Op cit, Tableaux de bord du Bureau des entrées du CHN, selon statistiques de l'année 2012

⁶¹ Les ANV sont des recettes non encaissées. On constate lors de la clôture d'exercice que certains dossiers représentent des non valeurs car il ne sera pas possible de les recouvrer.

⁶² J. Nizet, F. Pichault, 2001, Introduction à la théorie des configurations

par rapport à leurs collègues et à la structure qui les emploie mais ils restent proches des patients qu'ils prennent en charge.

Dans ce type de configuration, les dirigeants éprouvent des difficultés à influencer sur les organisations car les agents essaient de contrôler les décisions qui les concernent. L'autonomie se manifeste par des buts spécifiques poursuivis par les différentes catégories de professionnels « inspirés bien davantage par les préoccupations proprement professionnelles des opérateurs que par des missions organisationnelles sur lesquelles ils s'accorderaient ». Les « fonctions de support logistique » occupent une place importante pour favoriser la coordination entre les professionnels mais les systèmes de planification et de contrôle sont peu développés.



Source : *Introduction à la théorie des configurations, Ibid*

La réalisation d'entretiens avec les agents des unités de soins nous amène à nuancer l'hypothèse initiale. Les agents interrogés⁶³ estiment qu'ils comprennent bien pourquoi la direction leur demande d'améliorer leurs pratiques d'enregistrement des données. Les personnes auditionnées sont conscientes que les rentrées de recettes générées par la facturation sont nécessaires au fonctionnement de l'établissement. Aucun de ces agents n'estime qu'il existe des problèmes de communication d'ordre culturels entre les services administratifs et leur unité. Certains agents, notamment ceux affectés aux Urgences ont précisé qu'il pouvait cependant y avoir de l'incompréhension sur les contraintes qu'ils rencontraient : « il faudrait qu'ils viennent ». Ils mettent en avant le peu de moyens humains ou matériels qui leur sont alloués pour mener à bien l'ensemble de leurs missions. Une cadre de santé interrogée a estimé qu'ils ont des « priorités métiers » différentes qui, lorsqu'ils sont confrontés à des pics d'activités les amènent à privilégier la prise en charge médicale des patients sur les tâches liées à la facturation.

⁶³ Adjoint administratifs, AMA, cadre de santé

Si l'analyse des organisations à configuration professionnelle fournit des éléments intéressants sur l'organisation médicale des soins, elle semble peu adaptée pour qualifier les processus d'enregistrement de données administratives et de facturation essentiellement réalisés par des Adjointes administratifs et des AMA.

En effet, ces agents administratifs bien qu'étant localisés dans les unités de soins ont une part croissante de leurs tâches définies par des modes opératoires élaborés par les services de direction. Les fiches métiers des secrétaires médicales devenues AMA⁶⁴ précisent qu'outre le recueil et la saisie de données administratives utiles pour la facturation, elles accomplissent généralement en parallèle plusieurs activités telles que la gestion des agendas, la réalisation des commandes, le traitement des données... Elles sont, de plus sollicitées par de nombreuses personnes : accueil des patients, interface avec d'autres professionnels. Les entretiens réalisés au CHN avec ces agents ont confirmé qu'ils exercent des missions diverses et variées.

2. L'incompréhension de certains patients ?

Nous proposons d'étudier l'hypothèse selon laquelle des difficultés de compréhension d'ordre culturel entre les agents et les patients feraient obstacle au recueil des données administratives nécessaires à la facturation.

Certains entretiens réalisés avec les agents qui accueillent les patients confirment cette hypothèse. D'autres nous amènent à la nuancer. L'idée de la gratuité des soins est encore assez répandue. Les patients qui arrivent au service d'accueil des Urgences ne comprennent pas toujours pourquoi on leur demande leurs papiers : « vous n'êtes pas de la police »⁶⁵. Ils éprouvent d'autant plus de difficultés à l'accepter que de nombreuses personnes sont présentes dans la salle d'attente. Les différents professionnels de santé parlent unanimement dans ce cas de la nécessité de leur consacrer un peu de temps pour leur expliquer l'intérêt de ces informations.

Il convient de souligner que certains patients se présentent aux guichets d'accueil en état de souffrance⁶⁶, de stress ou de précarité financière. Cela justifie qu'ils ne soient pas toujours réceptifs aux demandes ou aux explications des agents hospitaliers. L'Observatoire des inégalités classe l'Aude à la deuxième place des départements dont le taux de pauvreté est le plus élevé⁶⁷. Cette tendance est corrélée avec la situation de la zone d'emploi narbonnaise où le revenu net moyen déclaré par foyer fiscal en 2009 est

⁶⁴ Site répertoire des métiers de la Fonction publique hospitalière

⁶⁵ Entretien avec un adjoint administratif des urgences

⁶⁶ Ibid

⁶⁷ Site de l'Observatoire des inégalités, <http://www.inegalites.fr/>

inférieur de 24,6 % au revenu moyen observé en France métropolitaine⁶⁸. Par ailleurs, les personnes qui se rendent au Centre hospitalier sont souvent âgées. Ce phénomène est accentué dans la zone d'emploi de Narbonne où la proportion des ménages dont la personne de référence est à la retraite est sensiblement supérieure à la moyenne nationale⁶⁹.

Ce contexte socio-économique est peu favorable pour optimiser la collecte des informations nécessaires pour l'optimisation de la facturation. La prise en compte de la spécificité de cette population constitue un enjeu important pour le CHN.

L'incompréhension des patients est parfois due à la complexité de certains aspects de la réglementation AMO comme les dispositions régissant la prise en charge à 100 % en ALD, le 100 % grossesse ou bien le régime des transports⁷⁰.

Ces analyses ne peuvent produire des effets bénéfiques sur les processus de facturation que si les acteurs de l'établissement se les approprient pour mettre en oeuvre des actions concrètes⁷¹.

⁶⁸ Op cit, Zone d'emploi 2010 de Narbonne - Chiffres clés. Le revenu net déclaré moyen par foyer fiscal en 2009 est de 18 807 € sur la zone d'emploi de Narbonne. Il s'élève à 23 433 € en France métropolitaine.

⁶⁹ Ibid. En 2009, la personne de référence de 40,9 % des ménages de la zone d'emploi de Narbonne est retraitée. Cette proportion s'établit à 32,9 % en France métropolitaine.

⁷⁰ Entretien avec une AMA des consultations externes de chirurgie viscérale

⁷¹ Op cit, Repenser les processus à l'hôpital

III. La conduite et l'évaluation d'une stratégie pour améliorer la facturation et préparer FIDES.

A. La conduite d'une stratégie d'action enrichie de préconisations...

L'optimisation des processus de facturation est formalisée dans le projet d'établissement du CHN. La stratégie d'action de l'établissement se résume à l'installation de ressources matérielles opérationnelles, à la mise en place de points de contrôles pour prévenir et corriger les anomalies, au partage d'informations entre les différentes unités et organismes et à l'amélioration de la formation des agents. Notre diagnostic a cependant permis d'identifier des mesures qui permettraient d'améliorer la fiabilité des processus de facturation en vue du passage à la FIDES.

1. Mise à disposition de ressources matérielles opérationnelles

Le CHN a installé des bornes de mise à jour des cartes vitales dans différents lieux de passages stratégiques de l'établissement. Une nouvelle borne sera prochainement installée à l'accueil des Urgences.

Le système d'information doit être communicant et conçu pour faciliter le travail des professionnels intervenant dans la chaîne de facturation. Il a été amélioré avec le déploiement de l'application CDR en 2009 qui permet d'interroger l'ensemble des caisses AMO sur le territoire national. Cet outil, ouvert progressivement aux autres organismes d'assurance maladie facilite la récupération des informations relatives aux identités et couvertures de droits ce qui a contribué à réduire les rejets du CHN.

Mais les agents qui réalisent les admissions pointent régulièrement des dysfonctionnements du SIH. Celui-ci pour être opérationnel doit être bien paramétré. Par exemple, un mauvais paramétrage des spécialités des médecins dans le logiciel de facturation génère des rejets. Par ailleurs, les éditeurs de logiciels ont la responsabilité de corriger les bogues. La dématérialisation de la transmission des factures nécessite des adaptations importantes du SIH. De la même manière, l'implication du service informatique de l'établissement est essentielle pour effectuer régulièrement les mises à jour, accompagnements et interfaces nécessaires avec l'éditeur du logiciel patient.

L'unité des Urgences met en avant l'existence de difficultés techniques matérielles. Les problèmes de lenteur des ordinateurs constituent un obstacle à la saisie informatique des

données et plus particulièrement en période de forte affluence⁷². D'autre part, le lecteur de carte vitale se déconnecte régulièrement sans qu'un système d'alerte ne se déclenche. Cela génère des pertes d'informations sur la couverture des droits des patients. Par ailleurs, le serveur d'actes dédié à la saisie des actes médicaux est jugé trop lourd car il nécessite un nombre élevé de manipulations informatiques par patient⁷³.

Les guichets d'accueils du BDE sont équipés de scanners qui servent à numériser certains pièces justificatives telles que les attestations de mutuelles, cartes nationales d'identités, ordonnances mais le CHN ne dispose pas d'un système de Gestion électronique des documents qui facilite le transfert des données numérisées entre le logiciel de facturation et le dossier patient informatisé. Cet équipement serait un atout pour gérer et sécuriser la conservation des documents. Le passage prochain à la version Web du logiciel de facturation devrait permettre de répondre partiellement à ce besoin.

Il résulte de notre diagnostic que la mise à jour plus fréquente des cartes vitales permettrait de réduire un nombre significatif de rejets de factures.

Nous préconisons d'installer dans le service d'accueil des Urgences et de tester un lecteur de carte vitale qui procède en même temps à sa mise à jour.

En effet, cette unité réalise un nombre important de passages et il est, de plus, souvent délicat de demander aux patients se présentant aux Urgences de mettre à jour leur carte vitale. Si le test aux Urgences est concluant, il pourra être envisagé d'en installer d'autres aux guichets du BDE. L'utilisation de cet outil, actuellement commercialisé permettra de mieux maîtriser les rejets de factures lors du passage effectif à la FIDES.

2. Mise en place de points de contrôle

La mise en place de nombreux points de contrôle vise à détecter les anomalies avant la facturation. Le lancement de requêtes automatisées permet aux agents du BDE, du DIM ou du contrôle de gestion d'interroger le SIH afin d'identifier certaines anomalies récurrentes qui font obstacle au bon déroulement de la facturation. Par exemple, une requête détecte tous les mois la liste des venues externes sans actes saisis. D'autres contrôles mettent en évidence des cotations d'actes non valides, des incohérences sur l'enregistrement du PDS coordonné ou de la couverture sociale. Les corrections sont réalisées en lien avec les unités médicales concernées. Elles sont plus faciles à opérer lorsqu'elles sont détectées en amont de la facturation. Les dossiers dont la facturation est bloquée sont suivis. Des courriers de relance sont envoyés aux patients pour leur demander les éléments nécessaires à la régularisation de leur situation.

⁷² Entretien réalisé avec un Adjoint administratif des Urgences

⁷³ Entretien réalisé avec un Praticien hospitalier des Urgences

Après la facturation, les caisses AMO transmettent au BDE la liste des factures rejetées avec l'anomalie constatée. Ces rejets font l'objet d'une correction, ce qui nécessite parfois la mise en œuvre de redressements. Le redressement désigne l'annulation et la réémission de la facture. Les contrôles présentent également un intérêt pédagogique lorsque leurs résultats sont utilisés pour informer les professionnels des erreurs à ne pas rééditer.

3. Favoriser le partage des informations

L'optimisation des processus de facturation nécessite une meilleure circulation des informations entre les professionnels de santé ainsi qu'une meilleure communication aux patients.

A) Partager les informations entre les professionnels de santé

Le partage des informations est une phase tout à fait essentielle dans l'accompagnement du changement des organisations. Cela commence par une annonce claire et précise de la nécessité, de l'utilité, de l'intérêt des changements à opérer, de ce qu'ils impliquent en contrepartie⁷⁴. Une communication appropriée auprès des agents concernés réalisée tout le long du processus du changement permet de réduire les temps d'incompréhension et les phases de résistance au projet ou de démotivation et d'accélérer l'intégration. Le dialogue présente également l'avantage de permettre des discussions participatives qui peuvent s'avérer constructives pour le bon déroulement des changements demandés aux équipes⁷⁵.

Le directeur du CHN organise trimestriellement des réunions de suivi budgétaire sur les recettes des produits versés par l'Assurance maladie et les autres produits de l'activité hospitalière. Il est demandé au DIM et à la responsable du BDE d'apporter des explications sur les écarts entre les prévisions et les recettes réalisées. D'autres indicateurs sont analysés. Ces réunions démontrent l'engagement du sommet stratégique et contribuent à la mise en œuvre d'un pilotage des processus de facturation. Elles permettent également de faire connaître les difficultés humaines, techniques ou organisationnelles que rencontrent les responsables opérationnels et de réfléchir conjointement à des solutions.

Depuis 2007, les principaux acteurs concernés : contrôle de gestion, DIM et BDE mettent en commun leurs connaissances concernant les règles de cotation des actes et la

⁷⁴ Op cit, Eloge du changement. L'utilité correspond au besoin, chez tout individu, d'obtenir des résultats factuels. L'intérêt concerne le gain personnel.

⁷⁵ Ibid

création de requêtes de contrôle. Les deux audits externes réalisés en 2012 ont fait l'objet de restitutions aux médecins et cadres de santé.

Un de ces audits a révélé la possibilité de coter et facturer les actes infirmiers réalisés aux Urgences ainsi que les majorations pour situation d'urgence en cas de prise en charge la nuit, le dimanche et les jours fériés. En effet, la réglementation l'autorise et les autres EPS l'appliquent. Cela représente un manque à gagner non négligeable pour le CHN.

Nous préconisons de coter dans le SIH et de facturer les AMI réalisés dans le service d'accueil des Urgences dans le cadre d'une prise en charge externe.

Les règles de cotation des AMI sont détaillées dans la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP)⁷⁶. L'article 11 de la NGAP dispose que « lorsque plusieurs actes sont accomplis dans la même séance sur un même malade, ils ne peuvent donner lieu à honoraires pour plusieurs praticiens que si ceux-ci sont des spécialistes ou compétents exclusifs ou des auxiliaires médicaux de disciplines différentes ». Les infirmiers étant des auxiliaires médicaux sont habilités à coter leurs interventions en sus de celles des médecins. De la même manière que cela a été mis en place pour les médecins urgentistes, il conviendrait de créer un formulaire qui permette de cocher l'acte pratiqué par l'infirmier et le coefficient qui s'applique. Cela faciliterait la saisie des actes dans le SIH par les agents administratifs.

Les dossiers administratifs correspondant à des médicaments rétrocédés par la Pharmacie ont été créés par le BDE. Les patients sont censés se rendre au BDE lorsque leur situation administrative change. Le nombre de factures rejetées correspondant aux rétrocessions est élevé si on le met en rapport avec le volume de cette activité. Ces spécialités pharmaceutiques sont souvent délivrées à des personnes qui font l'objet d'une prise en charge particulière⁷⁷. La mise à jour de leurs dossiers administratifs nécessite un partage d'information et une vigilance plus importante.

Nous préconisons un passage plus fréquent des patients venant pour des rétrocessions au BDE.

Une mise à jour tous les trois mois de leur dossier administratif permettrait de réduire les rejets de factures.

Un nombre croissant d'EPS facturent leurs prestations à certaines mutuelles par télétransmission.

⁷⁶ Nomenclature Générale des Actes Professionnels du 4 août 2013 téléchargeable sur <http://www.ameli.fr>

⁷⁷ Les statistiques sur les motifs de rejets par unité révèlent que cela concerne souvent des patients pris en charge à 100%. Par exemple des patients en ALD.

Nous préconisons le passage à la télétransmission des factures aux mutuelles qui acceptent ce procédé.

De la même manière que le CHN facture les flux B2 par voie dématérialisée à l'AMO, il serait possible de télétransmettre les factures en flux Noé⁷⁸ à certaines mutuelles. Cela simplifierait et accélérerait le processus de facturation car cela éviterait la recherche d'adresses et l'impression de documents. La mise en place de cette mesure implique au préalable d'interroger les différentes mutuelles afin d'identifier celles qui acceptent l'envoi de factures par voie dématérialisée.

Au moins un an avant le passage à la FIDES, le CHN va devoir préparer un environnement de tests puis mettre en œuvre les tests de transmission des factures par voie dématérialisée. Les établissements qui ont expérimenté FIDES estiment que chacune de ces deux étapes dure 6 mois⁷⁹.

La mise en œuvre de ces tests risque de soulever des difficultés techniques et organisationnelles. Elle nécessite une réactivité de l'ensemble des acteurs et justifie une organisation en mode gestion de projet FIDES. La création d'un Groupe de Coordination Local comportant des représentants du CHN, de la CPAM de l'Aude, du Trésor public et de l'éditeur du logiciel de facturation pourrait favoriser le partage des informations.

Il convient également d'améliorer le partage des informations entre les professionnels de santé et les patients.

B) Améliorer la communication destinée aux patients

Il est nécessaire de développer des outils de communication visant à préparer le passage des patients dans l'établissement et leur expliquer que l'hôpital n'est pas gratuit.

Le livret d'accueil est un outil de communication qui explique notamment comment préparer sa venue à l'hôpital. Celui du CHN expose la nécessité de s'identifier aux admissions, précise les horaires d'accueil et dresse la liste des documents à fournir⁸⁰. Par définition, cette information n'est accessible au patient que lorsque le livret lui a été distribué lors d'un déplacement sur l'établissement. Le site internet du CHN⁸¹ présente l'hôpital et liste les pièces à adresser lors de chaque venue.

Nous préconisons d'ajouter à la liste des documents à adresser à l'accueil le volet 3 du formulaire justifiant une éventuelle ALD. En complément, il conviendrait

⁷⁸ Le réseau Noé permet les transmissions de factures électroniques entre les professionnels de santé et les mutuelles.

⁷⁹ Formation « Tout connaître des règles de la facturation des soins hospitaliers » dispensée par un responsable facturation d'un établissement ayant expérimenté FIDES.

⁸⁰ Livret d'accueil, CH de Narbonne

⁸¹ Site du Centre hospitalier de Narbonne, <http://www.ch-narbonne.fr/>

d'apposer une affiche dans les salles d'attentes traduisant dans les principales langues la liste des pièces à présenter.

Cela permettrait de mieux informer les patients de nationalité étrangère dont la présence est significative en période touristique.

Les bornes de mise à jour des cartes vitales installées sont souvent sous utilisées. Un agent assurant l'accueil des patientes de consultations externes de Gynéco-obstétrique a admis⁸² que la mise à jour des cartes vitales est rarement demandée. C'est d'autant plus préjudiciable que la borne de mise à jour est très discrète, ne faisant l'objet d'aucune signalisation.

Nous préconisons d'apposer une affiche visible de l'entrée ou de la salle d'attente de l'unité de Gynéco-obstétrique proposant aux parturientes de mettre à jour leur carte vitale si elles ne l'ont pas fait récemment.

Le CHN offre la possibilité aux patients de payer en régie sur les 4 guichets du BDE. Ce mode de règlement est insuffisamment mis en valeur alors qu'il assurerait un meilleur taux de recouvrement des prestations.

Dans l'attente de l'installation d'un guichet dédié au paiement en régie⁸³, nous préconisons de mettre en place une signalisation adéquate valorisant le paiement en régie devant les guichets du BDE ou bien visible de la salle d'attente.

4. Former et professionnaliser les équipes

Les agents du BDE ont bénéficié de formations sur la facturation des soins hospitaliers ces dernières années. Une formation ciblée notamment sur le passage à la FIDES a été dispensée en octobre 2013.

En 2007, les secrétaires médicales des unités soignantes et médico-techniques ont assisté à une formation sur la cotation des actes dispensée par le DIM. Il a été ensuite convenu avec les cadres de santé de la nécessité de former à la cotation des actes tout agent nouvellement recruté mais ce principe bien appliqué les premières années a été moins respecté par la suite. Nous avons organisé des sessions de formation concernant la réglementation AMO en septembre 2013. Une part importante des personnels impliqués directement ou indirectement dans la facturation des actes externes y ont assisté puisque 43 agents administratifs et 8 médecins répartis dans différentes unités étaient présents. L'examen des fiches d'évaluations retournées par les bénéficiaires de cette formation atteste de son utilité et plus particulièrement sur les aspects de la cotation

⁸² Entretien avec un adjoint administratif des consultations externes de Gynéco-obstétrique

⁸³ Cf. infra III. A. 4. Former et professionnaliser les équipes

des actes et du PDS coordonné. Certaines personnes ont fait remarquer qu'il aurait été préférable de la personnaliser à chaque secrétariat.

Nous préconisons de faire participer les agents administratifs affectés aux Urgences en horaire de nuit à la saisie des actes externes.

Si certaines tranches horaires donnent lieu à des pics d'activité, d'autres sont plus calmes et seraient davantage propices à la saisie des actes dans l'application informatique. L'activité d'accueil des patients aux Urgences en milieu de nuit est généralement moins importante que celle réalisée en horaire de jour. Cela permettrait de réduire les délais de saisie des actes dans le SIH. Ce changement d'organisation ne devrait pas soulever de difficultés techniques majeures car les médecins cochent généralement sur un formulaire les actes qui ont été réalisés mais cela nécessite au préalable de former les agents administratifs qui couvrent les horaires de nuit à la saisie des actes dans le logiciel patient.

Les guichets d'accueil du BDE sont ouverts du lundi au vendredi de 8h à 18h et le samedi de 8h à 16h. Cette amplitude horaire correspond aux horaires d'ouverture des unités où se rendent les patients sauf pour deux d'entre elles : les consultations d'Imagerie et de Gynéco-obstétrique.

L'Imagerie est ouverte de 7h à 20h30 ce qui entraîne en pratique des difficultés au delà de 18h pour éditer les étiquettes et enregistrer les passages. Le cadre de santé de l'unité interrogé lors d'un entretien estime la perte financière du CHN à cinq patients par mois. Il serait inefficace de prolonger la durée d'ouverture du BDE au delà de 18h compte tenu du nombre limité de consultants supplémentaires à enregistrer.

Nous préconisons de former les agents du standard pour l'enregistrement des patients et la création des étiquettes.

Le standard situé à proximité des guichets du BDE est ouvert jusqu'à 20h. L'activité davantage réduite des agents de cette unité à partir de 18h pourrait leur permettre de procéder à l'enregistrement des patients se rendant à l'unité d'Imagerie et à l'édition des étiquettes assurant leur identification. Pour garantir la bonne mise en œuvre de cette mesure, il est indispensable de dispenser une formation appropriée aux standardistes et de les accompagner à ce changement d'organisation.

Les horaires de l'unité de Gynéco obstétrique ne correspondent pas avec ceux du BDE car un praticien réalise des consultations au delà de 18h. Les patientes ne pouvant pas se présenter au BDE sont enregistrées à posteriori dans le SIH par les secrétariats médicaux de l'unité mais les données saisies ne sont pas aussi fiables que lorsque ce sont les professionnels du BDE qui réalisent l'enregistrement. Contrairement à l'Imagerie, cela

représente un volume de passage trop important pour demander aux standardistes d'enregistrer ces informations en supplément de leurs tâches ordinaires.

En l'absence de solution réellement satisfaisante, nous préconisons de demander au praticien s'il est envisageable de modifier ses horaires de consultations. A défaut, nous proposons de positionner les consultations réalisées en privé sur ces horaires.

Lorsqu'un praticien réalise des consultations en privé, l'établissement ne facture pas la prestation à l'Assurance maladie car celle-ci fait l'objet d'un encaissement direct.

La responsable du BDE avait proposé une piste d'amélioration consistant à ouvrir un guichet supplémentaire dédié aux sorties localisé à proximité du BDE. Sa mise en place faciliterait les encaissements en régie et apporterait de la fluidité aux guichets d'entrée.

Nous préconisons d'installer un guichet de sortie qui développerait les encaissements directs.

Cela nécessite d'affecter et de former des ressources humaines supplémentaires. Mais les moyens à déployer seraient compensés par de nouvelles ressources. En effet, la mise en place d'un guichet de régie permettrait d'organiser l'encaissement direct dès la sortie du patient pour les montants d'une faible valeur et notamment ceux inférieurs au seuil d'émission de titres. La réglementation interdit de générer des titres de recettes pour les montants inférieurs à 5 €. Par ailleurs, l'activité externe du CHN génère un nombre important de restes à recouvrer⁸⁴ d'un montant de 6,90 € correspondant aux tickets modérateurs. L'encaissement en régie, particulièrement adapté pour les consultations nombreuses de faible montant, permettrait d'en améliorer le recouvrement. Le Trésor public n'assure pas la poursuite des restes à recouvrer correspondants aux factures de faibles montants. Cela faciliterait en outre le paiement des prestations réalisées pour les patients de nationalité étrangère dont les informations administratives sont souvent difficiles à recueillir. Le processus de facturation serait simplifié car cela éviterait certaines démarches aux agents du BDE comme la recherche des adresses ou l'impression de papier.

La réussite de cette nouvelle organisation sera conditionnée par un dispositif qui assure l'orientation des flux de patients sortants vers le guichet de régie. Une signalisation adaptée devra être mise en place. En complément, la retenue de la carte vitale jusqu'à la sortie constitue une piste envisageable. Cela implique également la saisie des actes médicaux dans le SIH avant la sortie du patient.

La direction de l'établissement a fait le choix d'organiser un concours d'AMA, ce qui va entraîner la revalorisation d'agents affectés aux secrétariats médicaux qui occupaient

⁸⁴ Factures transmises non payées

jusqu'à présent le grade d'Adjoint administratif. Les ressources humaines sont utilisées comme un levier permettant d'impliquer et de faire monter en compétence les agents sur les tâches d'enregistrement des données nécessaires à l'optimisation du cycle de recettes.

Le recours à des assistantes sociales présentes sur l'établissement contribue à la professionnalisation des équipes. Elles ont la possibilité d'ouvrir des droits à des personnes en situation de précarité. Leur action a un impact positif sur le taux de recouvrement. Les assistantes sociales du CHN interviennent davantage sur des prises en charge de patients hospitalisés que sur des venues externes. Elles sont cependant mobilisables dans le cadre de la Permanence d'Accès aux Soins de Santé. Une organisation permet à l'unité des Urgences de bénéficier de ce dispositif. Le service social et le BDE coopèrent régulièrement. Ainsi, lorsque une demande de prise en charge par le biais de l'Aide Médicale de l'Etat⁸⁵ est refusée par la CPAM, la procédure de demande de Soins urgents⁸⁶ est activée.

L'optimisation du processus de recouvrement nécessiterait d'étendre le champ d'intervention des assistantes sociales aux consultations mais cela demanderait des moyens humains supplémentaires et serait difficile à mettre en œuvre car les patients externes ne restent pas longtemps dans l'établissement.

B. ... qui implique un décloisonnement des tâches.

1. Une coordination exercée par l'AAH responsable du BDE

Le travail de coordination est réalisé en grande partie par l'AAH responsable du BDE qui dispose de l'expertise technique en matière de facturation et de recouvrement des prestations hospitalières. Ce travail ainsi que la réflexion qui l'accompagne demandent également des compétences en matière d'évaluation et d'organisation des processus, de management des équipes. Il s'agit d'organiser l'équipe du BDE pour optimiser les délais d'attente, fiabiliser la gestion des dossiers, raccourcir les délais de facturation.

La préparation à la FIDES peut s'assimiler à de la gestion de projet. En effet, cela implique d'agir sur des organisations complexes et éclatées sur plusieurs services de l'établissement tels que le BDE, les finances, le DIM, les assistantes sociales, les pôles cliniques et médico-techniques qui collectent des données administratives concernant les patients. En préparant l'établissement à la FIDES, l'AAH constitue un relais de la direction

⁸⁵ L'Aide Médicale de l'Etat concerne les personnes en France en situation irrégulière sous condition de résidence et de ressources.

⁸⁶ Les Soins Urgents concernent les personnes en France en situation irrégulière et qui sont exclues du dispositif de l'Aide Médicale de l'Etat.

et contribue à la mise en œuvre de la stratégie de l'établissement consistant à sécuriser et optimiser le cycle de recettes.

Cela implique également de travailler en concertation avec des organismes extérieurs. Le responsable du BDE rencontre régulièrement le référent du Centre des Finances Publiques de Narbonne qui assure les missions de comptable du CHN. Ces échanges permettent de définir une politique de recouvrement en lien avec la direction, d'analyser en commun des indicateurs comme le taux de recouvrement par type de débiteur et d'étudier des actions à mettre en place.

Les référents des principales caisses d'Assurance maladie ont été identifiés. Cela a permis de développer des relations de travail constructives avec par exemple, la CPAM de l'Aude et la Mutualité Sociale Agricole.

Des contacts existent avec d'autres établissements de santé engagés dans la démarche qui rencontrent des contraintes similaires comme le Centre hospitalier d'Alès qui dispose du même éditeur de logiciel patient que le CHN et qui a expérimenté le passage à la FIDES. Les compétences mobilisées font partie des champs de compétences spécifiques des métiers des AAH identifiés par un groupe de travail en 2010⁸⁷.

Cette thématique nécessite de porter une réflexion critique sur le circuit du patient, sur certains aspects de sa prise en charge et par conséquent sur certaines pratiques des professionnels de santé, y compris des soignants. A ce titre, la manière d'enregistrer les données administratives du patient dans le SIH a des impacts importants sur la facturation, le contentieux et le recouvrement.

La réflexion conduite peut déboucher sur des changements des pratiques des agents. Il existe des réticences de certains professionnels de santé à ce que leur travail soit analysé et parfois remis en question. Par conséquent, l'intérêt professionnel de l'AAH pourra également résider dans l'accompagnement du changement par le biais par exemple de retours d'informations sur des dysfonctionnements constatés ou par l'organisation de formations.

2. Un pilotage par la gestion des processus.

L'amélioration des processus est impulsée par la direction du CHN qui détient la légitimité pour définir les orientations stratégiques de l'établissement.

⁸⁷ EHESP, Projet de formation initiale des AAH 2013

Les processus une fois formalisés permettent de décrire les organisations. Déclinés en procédures ou protocoles, ils définissent les conduites à tenir et stabilisent dans le temps et l'espace les bonnes pratiques organisationnelles en matière de facturation⁸⁸.

Au delà des informations apportées aux agents, la gestion par les processus positionne chacun en position d'acteur et permet donc une responsabilisation.

Sous l'impulsion de la certification des établissements de santé, de nombreuses procédures écrites régissant la chaîne d'admission ou de facturation du CHN ont été élaborées ou réactualisées ces dernières années. Beaucoup d'entre elles sont rassemblées dans un support unique consultable au BDE. Toutefois, certaines pratiques ne sont pas décrites par des procédures formalisées mais sont définies par des notes de services, des documents épars ou sont parfois transmises par voix orale.

Ainsi, les pratiques de pré-admissions sont connues des agents et leur bon fonctionnement repose en grande partie sur les bonnes relations existantes entre les personnes⁸⁹ mais elles ne sont pas décrites dans une procédure institutionnalisée figurant dans un support unique rassemblant l'ensemble des procédures applicables au BDE. La rédaction d'une procédure formalisant les pratiques de pré-admissions est en cours de réalisation au CHN. La sortie des patients et la gestion des ALD sont organisées par des notes de services. Un recueil rassemblant sur un support unique l'ensemble des procédures et bonnes pratiques d'enregistrement des patients externes des Urgences et de cotation des actes est en cours de validation. Il s'appliquera aux agents administratifs des Urgences.

Il n'existe pas de procédure relative à l'encaissement en régie bien que ce soit une pratique à développer sur l'établissement.

Nous préconisons d'établir une procédure spécifiant l'organisation de l'encaissement en régie au moment où sera mis en place le guichet de sortie.

Comme dans de nombreux EPS, les défauts de mise à jour de la nomenclature des actes de biologie médicale et le transfert de ces données entre le progiciel du Laboratoire et le logiciel de facturation génèrent des rejets de factures.

Nous préconisons de créer une procédure formalisant les actions de mise à jour de la nomenclature des actes du Laboratoire dans le SIH et la surveillance des interfaces entre les deux logiciels.

Cela permettra de définir et de valider une organisation clarifiant les responsabilités entre les agents du Laboratoire et du service informatique.

⁸⁸ Op cit, Repenser les processus à l'hôpital

⁸⁹ Entretien avec un adjoint administratif du BDE

Un nombre significatif de rejets de factures impliquant la Pharmacie est du au défaut de mise à jour systématique des prix unitaires des spécialités pharmaceutiques rétrocedées dans le SIH. Lorsque la pharmacienne qui réalise habituellement ces mises à jour est absente, personne ne prend en charge cette tâche.

Nous préconisons de formaliser une procédure qui décrive la liste des actions à réaliser pour contrôler régulièrement et mettre à jour dans le SIH les prix unitaires des médicaments rétrocedés.

Cette procédure une fois diffusée et connue pourra être appliquée par d'autres agents de l'unité.

C. ... et qui nécessite une évaluation régulière.

Une « démarche d'amélioration continue est indissociable de l'existence d'un système d'évaluation permanente de la performance des processus de prise en charge permettant de faire vivre les référentiels utilisés par les décideurs »⁹⁰.

Influencées par le Plan Do Check Act⁹¹, les démarches de certification qualité poursuivent également cette logique. Les différents audits commandités ces dernières années attestent de la volonté de la direction du CHN d'évaluer les processus liés aux pratiques d'admission, de facturation et de recouvrement. Les résultats des indicateurs dont le suivi est préconisé par l'ANAP sont analysés, même si certains d'entre eux ne le sont qu'une fois par an et débouchent parfois sur des actions à mettre en oeuvre. Des retours sur les motifs de rejets sont réalisés auprès des unités concernées. Les procédures mises en place pour répondre à une situation observée à un moment donné font l'objet d'une réactualisation.

Les formations dispensées aux agents leur permettent indirectement d'évaluer et éventuellement de remettre en cause leurs pratiques professionnelles.

⁹⁰ Op cit, Repenser les processus à l'hôpital

⁹¹ PDCA, Roue de Deming

Conclusion

Pour impulser de manière efficace des changements de pratiques, la prise en compte du facteur humain est primordiale. L'enjeu pour le management consiste à faire comprendre à chacun des acteurs son importance dans la chaîne de facturation et à impulser une dynamique d'amélioration durable. Il est nécessaire de recueillir au maximum l'adhésion des équipes et donc de bien leur expliquer l'intérêt et l'utilité⁹² des actions qui conduisent à optimiser la facturation et les rentrées de recettes indispensables au fonctionnement de l'hôpital.

Mais il convient également de fournir les informations et moyens matériels nécessaires, de professionnaliser et responsabiliser l'ensemble des agents concernés. L'amélioration des trois dimensions qualité, exhaustivité et délai de production des données de facturation doit être recherchée.

La direction du CHN impulse une stratégie de GAP, en assure le suivi et l'évaluation au moyen de l'analyse conjointe d'indicateurs de pilotage et d'audits externes. La réflexion conduite débouche parfois sur des pratiques à faire évoluer. La désignation de référents pour coordonner les actions à mettre en oeuvre, parmi lesquels l'AAH responsable du BDE, de personnes ressources et le management par les processus favorisent le nécessaire décloisonnement des unités soignantes et administratives. Soulignons qu'au CHN, l'AAH occupe un positionnement central dans la gestion et l'amélioration des pratiques de facturation.

Les indicateurs suivis et plus particulièrement les rejets B2 démontrent que des progrès ont été réalisés ces dernières années au CHN. En effet, les bonnes pratiques préconisées par l'ANAP ont été déployées ou le sont actuellement. Notre travail montre que les enjeux liés aux démarches qualités et à la situation financière de l'établissement justifient de poursuivre les efforts engagés.

Les entretiens conduits auprès d'acteurs intervenant dans l'enregistrement des données nécessaires à la facturation ont permis de confirmer ou parfois d'infirmer certains ressentis. Les difficultés d'enregistrement des patients du service d'accueil des Urgences soumis à de nombreuses contraintes se rencontrent fréquemment dans les EPS et résultent essentiellement au CHN d'un manque de moyens humains et matériels. Notre diagnostic n'a pas pour ambition d'être exhaustif mais il identifie cependant des marges de manoeuvre dans de nombreux domaines.

⁹² Op cit, Eloge du changement

La mise en œuvre de nos préconisations concernant l'installation de ressources matérielles comme par exemple des lecteurs de cartes vitales plus performants devraient améliorer la qualité de la facturation. La cotation des actes infirmiers aux Urgences tendrait vers une meilleure exhaustivité de l'activité facturée. La mise en place d'organisations plus adaptées telles que l'instauration d'un guichet de sortie et la saisie des actes aux Urgences par les agents de nuit réduiraient les délais d'encaissement des recettes. La mise en place de ces mesures nécessitera en contrepartie un accompagnement des professionnels de santé qui se manifestera par une annonce claire et précise des enjeux, des nouvelles tâches à réaliser, des difficultés éventuelles⁹³. L'accompagnement pourra être complété par une aide des services supports du CHN et éventuellement par des formations. Dans certains cas, une communication adaptée aux patients devra être dispensée par voix orale, documentaire, affichage ou par dématérialisation.

En vertu de l'adage « les petits ruisseaux font les grandes rivières⁹⁴ », l'instauration de points de contrôles, même si les montants unitaires en jeu paraissent peu élevés et la formalisation de procédures visant à stabiliser les organisations vertueuses sont nécessaires et sécurisent chaque fois davantage la chaîne de facturation. Ainsi la rédaction et la diffusion de procédures validées décrivant les contrôles réguliers à réaliser sur les tarifs des spécialités pharmaceutiques rétrocédées et définissant les responsabilités de chacun contribueraient à diminuer les factures dont le paiement est rejeté par l'Assurance maladie.

L'entrée en vigueur de la FIDES devrait accélérer la mise en œuvre des actions visant à optimiser le fonctionnement des processus de facturation et de recouvrement. Le CHN devra préparer et mettre en œuvre les tests préalables à l'envoi généralisé des factures par voie dématérialisée. Il sera nécessaire de mobiliser l'ensemble des acteurs internes et externes de l'établissement en mode gestion de projets pour résoudre les difficultés techniques et organisationnelles sous jacentes. Lorsque les organisations seront maîtrisées et stabilisées, les craintes du passage à la FIDES pourront se transformer progressivement en opportunité de facturer et de recouvrer les recettes plus rapidement.

Il nous apparaît nécessaire de prendre certaines précautions pour ne pas entraver la réussite à long terme de la démarche. Il convient d'être vigilant à ne pas inhiber les initiatives personnelles par un excès de procédures figées⁹⁵. Par ailleurs, la responsabilisation des agents par le biais d'indicateurs doit veiller à ne pas leur fixer des

⁹³ Op cit, Eloge du changement

⁹⁴ Origine inconnue mais citée par A. Furetière en 1690

⁹⁵ Op cit, Repenser les processus à l'hôpital

objectifs déraisonnables ou contradictoires susceptibles de les démotiver. Il semble ainsi préférable de privilégier la bonne coordination entre les agents plutôt que de fixer de nombreux objectifs individuels⁹⁶.

⁹⁶ Entretien réalisé avec l'AAH responsable du BDE

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires :

Ministère des finances et des affaires économiques. Décret n°62-1587 du 29 décembre 1962 portant règlement général sur la comptabilité Publique. Journal officiel du 30 décembre 1962, p. 12 828.

Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie. Décret n° 2004-15 du 7 janvier 2004 portant code des marchés publics. Journal officiel du 8 janvier 2004, p. 37 003.

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé. Décret n° 2011-1217 du 29 septembre 2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés. Journal officiel du 1er octobre 2011, p. 16 508.

Ministère de l'économie et des finances. Loi n°2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013. Journal officiel du 18 décembre 2012, p. 19 821.

Ministère de l'économie et des finances et ministère des affaires sociales et de la santé. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Article :

AUDOUARD A, VIGUIER J M, Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé, Finances hospitalières, 2012, vol. 59, pp. 19-27.

Rapports :

ANAP, Ministère de l'économie et des finances, Généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé, juin 2013

Centre hospitalier de Narbonne, 2013, Rapport d'activité et compte financier 2012

Centre hospitalier de Narbonne, 2009, Projet d'établissement 2009-2013

Chambre régionale des comptes Languedoc Roussillon, Rapport d'observations définitives n° 126/071 du 17 janvier 2012

INSEE, 2012, Zone d'emploi 2010 de Narbonne - Chiffres clés

Ministère du travail, de l'emploi et de la santé et Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'Etat, *Projet FIDES Rapport au Parlement*

Ouvrages :

CARTON GD, 2004, *Éloge du changement. Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*, 2^{ème} édition Village mondial

CLAVERANNE JP, PASCAL C, 2004, *Repenser les processus à l'hôpital : une méthode au service de la performance*, Médica Editions

NIZET J, PICHAULT F, 2001, *Introduction à la théorie des configurations*, De Boeck Université

Mémoires :

AUCLERT A, 2012, *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 EHESP

FLOUREZ D, 2009, *La gestion du changement au sein du CH de Villefranche-Sur-Saône : L'accompagnement du service « facturation - bureau des entrées »*, mémoire EHESP

THOMAS AE, 2011, *L'amélioration de la facturation et du recouvrement : une nécessité à l'heure de la tarification à l'activité - Analyse comparée et propositions dans trois sites du Groupe Hospitalier Hôpitaux Universitaires Paris Est*, mémoire EHESP

Guides :

EHESP Direction des études, 2013, *Projet de formation initiale des AAH 2013*

HAS, Avril 2011, *Manuel de certification des établissements de santé V2010*

MeaH, juin 2008, *Optimiser la chaîne de facturation/recouvrement hospitalière Retours d'expériences*

MeaH, Septembre 2009, *Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs*

Outil :

ANAP, 2011, *Evaluer et optimiser la performance de la chaîne de facturation - recouvrement*

Sites Internet :

ANAP, Agence Nationale d'Appui à la Performance (visité le 24/06/2013), disponible sur Internet : <http://www.anap.fr/accueil/>

Assurance maladie, Ameli.fr (visité le 27/09/2013), disponible sur Internet : <http://www.ameli.fr/>

Centre hospitalier de Narbonne, Centre hospitalier de Narbonne (visité le 22/10/2013), disponible sur Internet : <http://www.ch-narbonne.fr/>

HAS, Haute Autorité de Santé (visité le 30/08/2013), disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr/>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (visité le 09/08/2013), disponible sur Internet : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/>

Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Sante.gouv.fr (visité le 24/06/2013), disponible sur Internet : <http://www.sante.gouv.fr>

Observatoire des inégalités, Observatoire des inégalités (visité le 15/10/2013), disponible sur Internet : <http://www.inegalites.fr/>

République française, Legifrance (visité le 30/09/2013), disponible sur Internet : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Liste des annexes

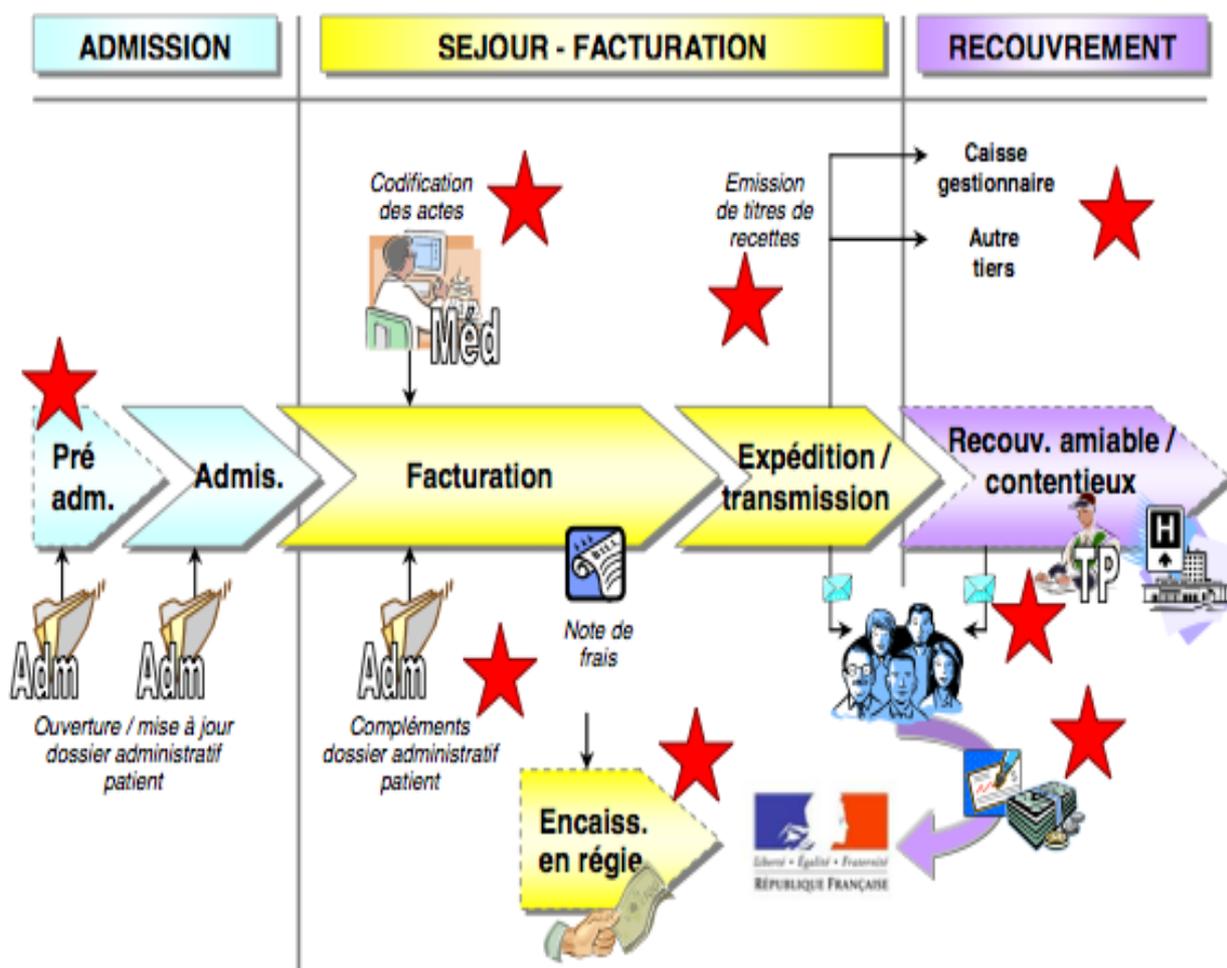
Annexe 1 : Indicateurs qualité : cartographie de la chaîne de facturation hospitalière, MeaH, optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière, année 2012.

Annexe 2 : Grille d'entretiens réalisés avec les AMA et adjoints administratifs des unités cliniques et médico-techniques, juillet 2013.

Annexe 3 : Synthèse des entretiens sur l'enregistrement des données relatives aux consultations externes nécessaires pour la facturation, septembre 2013.

ANNEXE 1

CARTOGRAPHIE DE LA CHAÎNE DE FACTURATION HOSPITALIERE



Source : MEAH, 2009, Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Guide d'indicateurs

ANNEXE 2

GRILLE ENTRETIEN A.M.A. - PREPARATION FIDES

A quelle unité êtes vous rattaché(e) ?

Quelle est votre fonction ?

Pensez vous que le circuit du patient est adapté au recueil des données administratives ?

➤ **Enregistrement des données patients**

Dans quel logiciel renseignez vous les données relatives aux patients (Hexagone, autre) ?

Quel type de données relatives aux patients enregistrez vous dans le système d'information ?

- état civil,
- adresse,
- couverture sociale ;

Si oui, disposez vous d'un lecteur de carte vitale ?

- parcours de soins (vérification et saisie médecin traitant),
- motif venue,
- cotation des actes ;

Si oui, qui vous précise les actes qu'il faut coter ?

Ces enregistrements sont t'ils réalisés en temps réel ?

Avez vous des doubles saisies de ces données à réaliser (papier ou informatique) ?

Quelles sont les principales difficultés relatives à l'enregistrement des données patients ?

➤ **Borne mise à jour carte vitale**

Disposez vous d'une borne de mise à jour de carte vitale dans votre unité ?

Si oui, vous demandez aux patients de mettre leur carte vitale à jour :

- Jamais
- De temps en temps
- Souvent
- Toujours

➤ **Retours d'informations et formation**

Comprenez vous pourquoi on vous demande d'enregistrer correctement les données relatives aux patients ?

Avez vous été formé(e) à l'enregistrement des données relatives aux patients ?

- Non : j'ai appris sur le tas
- Oui, par un agent de mon unité
- Oui, par un agent du Bureau des entrées
- Oui, par un autre formateur (à préciser)

Si oui, au bout de combien de temps après votre arrivée dans l'unité avez vous été formé(e) ?

Vous estimez vous suffisamment formé(e) ?

➤ **Enjeux facturation optimisée et difficultés culturelles**

Avez vous connaissance des enjeux qui incitent l'établissement à bien maîtriser la facturation ?

Estimez vous qu'il y'a des problèmes de communication / compréhension d'ordre culturels entre les services administratifs de l'établissement et votre unité ?

Lesquels ?

Et avec les patients ?

Souhaitez vous profiter de cet entretien pour mettre en évidence un point particulier relatif à l'enregistrement des données ou à la facturation ?

ANNEXE 3

SYNTHESE ENTRETIENS ENREGISTREMENTS DONNEES CONSULTATIONS EXTERNES NECESSAIRES A LA FACTURATION

-

1 Objectifs des entretiens

Les objectifs sont de 3 ordres :

- Mieux appréhender le fonctionnement et les contraintes des agents administratifs des différentes unités recevant des patients externes.
- Recueillir des témoignages d'ordre qualitatif pour la rédaction du mémoire professionnel sur la préparation à FIDES.
- Fournir des éléments d'analyse des organisations visant à les améliorer et les formaliser dans un guide de bonnes pratiques.

2 Personnes interrogées

Un entretien a été conduit auprès d'acteurs des principales unités enregistrant des données ayant un impact sur la facturation des consultations externes :

Adjoint administratif - Bureau des entrées

Adjoint administratif - Urgences jour

Adjoint administratif - Urgences nuit

Adjoint administratif - Gynéco obstétrique consultations

Adjoint administratif - Laboratoire

Cadre de santé - Imagerie

Pharmacienne - Pharmacie

Adjoint administratif - Médecine Diabéto-Endocrino consultations

AMA - Chirurgie viscérale consultations

Praticien hospitalier - Urgences

Les adjoints administratifs interrogés réalisent souvent en parallèle d'autres fonctions : gestion des commandes, gestion des RDV, courriers...

3 Enregistrement des données relatives aux patients

Les données relatives aux patients et la cotation des actes sont saisis dans le logiciel Hexagone excepté le laboratoire qui enregistre les actes dans Synergie.

- Les urgences et le laboratoire⁹⁷ réalisent des créations de dossiers et enregistrent les informations concernant l'état civil, l'adresse, le numéro de téléphone. Pour les autres unités interrogées, c'est le bureau des entrées qui le fait, et imprime à cette occasion des étiquettes.
- Les informations relatives à la couverture sociale sont recueillies par le laboratoire et par les urgences qui procèdent à la lecture de la carte vitale et à la photocopie de la carte mutuelle. Mais ces services ne vérifient pas la validité des données. La vérification des droits des patients des urgences est réalisée par deux agents du bureau des entrées qui disposent de l'application CDR⁹⁸. Les autres unités ne recueillent pas de données relatives à la couverture des droits car cela a été réalisé par le bureau des entrées à l'occasion de la création des dossiers. Remarque : la couverture des droits des patients externes du laboratoire n'est pas vérifiée : les anomalies sont traitées à l'occasion de la facturation. Les patients qui viennent à la Pharmacie pour des rétrocessions ne passent par le bureau des entrées que lorsqu'ils déclarent que leur situation administrative a changée. Un passage plus fréquent de ces patients au bureau des entrées permettrait de sécuriser davantage le recueil des données administratives.
- Le parcours de soins est renseigné et vérifié selon des modalités diverses. Le bureau des entrées, le laboratoire et les consultations de chirurgie viscérale demandent au patient si le médecin traitant est toujours le même. Cette vérification n'est réalisée aux urgences de jour (ce service connaît des pics d'activité importants certaines périodes) que lorsque les agents en ont le temps. Les urgences de nuit ne le demandent pas.
- La particularité (soins en rapport avec l'ALD, 100 % grossesse, accident du travail...) est demandée au patient par le bureau des entrées mais n'est généralement pas vérifiée aux urgences ou au laboratoire. On peut signaler qu'en cas d'accident du travail, les urgences demandent les coordonnées de l'employeur.
- La cotation des actes externes est saisie par chaque unité de soins mais pas toujours en temps réel. En effet, c'est une activité estimée moins prioritaire que la prise en charge du patient. Certains services comme l'imagerie⁹⁹, le laboratoire, la chirurgie viscérale le réalisent en général en temps réel ou avec un décalage très réduit. Les délais sont plus importants

⁹⁷ L'imagerie réalise des créations de dossiers pour l'activité IRM libérale. Le service gynéco obstétrique également dans certaines situations.

⁹⁸ Consultation des droits

⁹⁹ C'est réalisé avec des délais plus importants pour les échographies

aux urgences¹⁰⁰ et en gynéco obstétrique. La saisie tardive des actes retarde le processus de facturation et l'encaissement des recettes.

- Les agents qui réalisent la cotation des actes sont issus de métiers différents selon les services. Aux urgences, ce sont le plus souvent les médecins qui précisent aux agents affectés aux secrétariats médicaux quels actes il faut coter (au moyen d'un formulaire jaune sur lequel sont pré remplis les actes les plus fréquents) mais il arrive que les A.M.A. le recherchent elles même. Ce sont également les médecins qui indiquent quels actes doivent être saisis en gynéco obstétrique, en diabéto-endocrinologie, en rhumatologie. Les manipulateurs réalisent eux même la cotation des actes en imagerie. Au laboratoire, ce sont les adjoints administratifs qui saisissent dans le logiciel Synergie (en fonction de la nomenclature des actes de biologie) et qui vérifient régulièrement si ces actes ont bien basculé dans Hexagone.
- Les agents interrogés précisent qu'ils n'ont pas de double saisie informatique à réaliser mais ils réécrivent parfois les actes sur un cahier interne au service (en imagerie par exemple). Les urgences disposent également d'un cahier interne où les étiquettes patients sont accolées et les motifs de venues mentionnés.
- Les difficultés relatives à l'enregistrement des données sont variables selon les services. La barrière de la langue à propos des étrangers, l'état de santé du patient qui ne permet pas de prendre ses coordonnées, la forte affluence sont des obstacles importants pour les urgences. Les principales difficultés en imagerie sont le manque de temps et le fait que les horaires d'ouverture ne coïncident pas avec celles du bureau des entrées. L'imagerie a une amplitude horaire importante (7h à 20h30) : cela entraîne des problèmes avec les étiquettes et génère des pertes de recettes car 5 patients par mois en moyenne ne sont pas enregistrés. Le laboratoire, outre la barrière de la langue a mentionné les patients qui n'ont pas leur carte vitale à jour ou qui n'ont pas leur carte mutuelle avec eux. Les consultations de chirurgie viscérale évoquent l'écoulement du délai de 6 mois pour la cotation des C2. Un praticien hospitalier met en avant l'outil informatique, le serveur d'actes étant trop lourd. Le bureau des entrées considère également qu'il y'a une difficulté avec les étudiants car ils ne savent souvent pas dire par qui ils sont pris en charge et parce que la MEP¹⁰¹ n'est pas intégrée dans l'application CDR. Toujours selon le bureau

¹⁰⁰ Les agents des urgences de nuit ne réalisent pas la cotation des actes

¹⁰¹ Mutuelle étudiante

des entrées, en cas de changement fréquent de caisse d'assurance, les bornes de carte vitale ne disent pas toujours la vérité.

4 Borne mise à jour carte vitale

La mise à jour de la carte vitale avant de procéder à sa lecture diminue les erreurs d'enregistrement et améliore la facturation.

Actuellement, des bornes de mise à jour de cartes vitales sont présentes au bureau des entrées, au laboratoire et en gynéco obstétrique. Une autre devrait être prochainement installée aux urgences. Les agents du laboratoire et de la gynéco obstétrique ne demandent pas souvent aux patients de mettre à jour leur carte vitale. De plus, la borne installée aux consultations de gynéco obstétrique est discrète et n'est mise en valeur par aucun mode de signalisation.

5 Mise à jour des référentiels de prix

Certaines activités nécessitent une mise à jour régulière des nomenclatures ou des prix dans le système d'information. C'est le cas de la Pharmacie qui doit mettre à jour fréquemment les prix unitaires des spécialités pharmaceutiques rétrocedées dans Hexagone. Cette tâche est réalisée toutes les semaines par une pharmacienne du service. Mais lorsqu'elle est absente, personne ne prend le relais ce qui génère des rejets de factures pour cause de prix non valide. La création d'une procédure formalisée s'appliquant à d'autres agents du service pourrait pallier à cette difficulté.

6 Formation des agents

Quand on les interroge sur la nécessité de bien réaliser les enregistrements des données relatives aux patients, tous les agents répondent qu'ils en comprennent bien l'importance. Certains estiment que les informations administratives sont en premier lieu nécessaires pour les autres services de soins en aval de la prise en charge, d'autres répondent que c'est nécessaire pour faire rentrer des recettes pour le service ou pour l'établissement.

Tous les agents auditionnés ont été formés rapidement après leur arrivée dans leur unité. Certains font remarquer que c'est la première chose qu'on leur a appris suite à leur arrivée. Mais tous n'ont pas été formés selon les mêmes modalités. Le plus souvent, ils ont été formés par des agents de leur unité et ont parfois bénéficié en complément d'une formation par un agent du bureau des entrées (c'est le cas aux urgences mais pas au laboratoire).

Les agents interrogés s'estiment bien formés sur l'enregistrement des données relatives aux patients. Certains ont précisé qu'ils sont globalement bien formés mais qu'on ne l'est

jamais suffisamment. D'autres pensent qu'ils n'ont pas besoin de formation supplémentaire. Paradoxalement, les agents qui s'estiment les mieux formés n'ont pas bénéficié de formations depuis de nombreuses années et ne semblent pas connaître les règles concernant certaines majorations.

Les taux de rejets de factures et les pertes de recettes sur la cotation des actes estimées par le cabinet CTR montrent que des progrès restent à accomplir dans de nombreux domaines.

7 Enjeux facturation optimisée et difficultés culturelles

Il n'existerait pas de problème de communication ou de compréhension d'ordre culturel entre les unités administratives et les agents des unités de soins : ces derniers estiment comprendre les enjeux de la facturation. Les problèmes de recueil des données administratives s'expliqueraient avant tout par les contraintes rencontrées par les unités de soins : ordinateurs lents, manque d'agents affectés aux secrétariats médicaux en horaire de pointe¹⁰², problèmes d'organisation (absence d'étiquettes)...

Selon un cadre de santé, les agents comprennent les enjeux des rentrées de recettes mais ont des priorités métiers différentes.

Un praticien hospitalier estime que les médecins ont également des priorités métiers différentes. Par exemple, il arrive fréquemment que les urgentistes qui se rendent compte qu'un numéro de téléphone n'est plus valable ne notent pas l'information.

Selon certains agents, il existerait plutôt des difficultés de compréhension d'ordre culturel avec les patients. En effet, ils ne comprennent pas toujours pourquoi on leur demande les papiers à leur arrivée : « vous n'êtes pas de la police ». L'idée de l'hôpital gratuit est encore présente dans les esprits. Les personnes interrogées insistent sur la nécessité d'expliquer au patient. Les malades ont parfois des difficultés pour comprendre la réglementation relative aux 100% pris en charge dans le cadre de l'ALD¹⁰³.

8 Points particuliers

Outre les points développés précédemment, certains agents ont des remarques particulières concernant l'enregistrement des données ou la facturation :

- Le laboratoire souhaiterait que le bureau des entrées fasse suivre la liste des mutuelles avec lesquelles l'établissement est conventionné. C'est fait de temps en temps, mais à priori cela n'est pas toujours transmis.
- Aux urgences, le lecteur de carte vitale se déconnecte générant des pertes d'informations.

¹⁰² Entretiens réalisés avec des agents des urgences notamment

¹⁰³ 100% pris en charge par l'A.M. à condition que les soins soient en rapport avec l'affection

- Le bureau des entrées souhaiterait des évolutions du logiciel Hexagone (dont certaines ont été demandées depuis 2005). Les masques de saisie « gestion » et « régime » actuellement inexploitable amélioreraient la facturation.
- L'unité gynéco obstétrique estime qu'il y'a des difficultés sur l'organisation des IVG : ils souhaiteraient que soit mise en place une carte avec numéros.
- Outre les problèmes d'horaires différents du Bureau des entrées (Cf. supra), l'imagerie fait remarquer la présence de problèmes techniques (indépendants du bureau des entrées).
- Les consultations de chirurgie viscérale font remarquer la présence de doublons d'identités ainsi que la signalétique indiquant l'accès à l'unité qui n'est pas optimale.
- Un médecin signale la présence de doublons d'identités qui auraient pu être évités lors des admissions.

9 Conclusion

Au vu des enjeux qui incitent l'établissement à optimiser la facturation des actes externes, des progrès doivent être réalisés dans l'enregistrement des données relatives aux patients externes. Des marges de progression existent mais cela nécessite des changements de pratiques, des moyens matériels et humains supplémentaires et parfois de nouvelles organisations.

On constate des pratiques d'enregistrement des données différentes selon les unités. Les problématiques sont différentes car les modes de prise en charge ne sont pas les mêmes et les volumes d'activité sont hétérogènes. Une homogénéisation s'est opérée avec la prise en charge croissante de l'accueil des patients externes par le Bureau des entrées. Mais ce service se retrouve en difficulté du fait de gérer davantage de patients avec des moyens humains constants.

Compte rendu réalisé en septembre 2013

Sébastien SAVARY
Elève A.A.H. 2013

SAVARY

Sébastien

Décembre 2013

ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2013

L'AMELIORATION DES PRATIQUES DE FACTURATION AU CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

Résumé :

S'inscrivant dans le sillon de la tarification à l'activité, le passage à la facturation individuelle des établissements de santé incite les dirigeants du Centre hospitalier de Narbonne à impulser une amélioration des pratiques de facturation. La recherche de l'optimisation de la chaîne d'admission, de facturation et de recouvrement implique d'agir sur des organisations complexes ayant des impacts sur les unités de soins qui procèdent à l'enregistrement des informations administratives des patients ou qui réalisent la cotation des actes. Ce travail est coordonné sur l'établissement par l'Attaché d'administration hospitalière responsable du bureau des entrées.

Après avoir élaboré un diagnostic des dysfonctionnements constatés qui nous amène à réfléchir notamment sur la qualité, l'exhaustivité des informations et sur les délais de facturation, ce mémoire propose des actions concrètes à mettre en œuvre pour sécuriser et rendre les processus de facturation plus efficaces.

La réussite de cette démarche est conditionnée par un accompagnement adéquat des patients et des professionnels concernés.

Mots clés :

Facturation, T2A, Changement, Enregistrement, Consultations, Cotation, Assurance maladie, Processus

L'Ecole des Hautes Etudes 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.