



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2015**

Date du Jury : **Décembre 2015**

**La mise en place d'un tableau de bord
de suivi et de contrôle de la chaîne de
facturation/recouvrement au CHITS :
Exigence réglementaire et opportunité d'évolution**

Bastien LECOMTE

Remerciements

Je tiens à remercier tout particulièrement Mr Wilfried GUIOL, AAH au Bureau des entrées pour le temps consacré au cours de ce stage et pour tous les conseils prodigués sur l'appréhension de la fonction d'AAH. Également pour l'ensemble des situations auxquelles j'ai pu assister et qui m'ont donné une dimension managériale essentielle à la fonction d'AAH.

Je tiens à remercier Mr. Philippe BOURGINE, DAF, de m'avoir ouvert les portes du pôle finances, ainsi que le temps consacré durant nos nombreux entretiens.

Je remercie également Mr. Nicolas FUNEL, DGA, pour la confiance qui m'a été accordée en me proposant le CHITS comme lieu de stage.

Je remercie aussi Mr. Jacques MALVAUD, Directeur d'exploitation, pour le temps accordé lors du stage de découverte et l'investissement qui a été le sien pour préparer au mieux l'arrivée des stagiaires.

Enfin, je souhaite remercier toutes les personnes que j'ai eu la chance de rencontrer lors des différents entretiens formels et informels, et qui n'ont pas hésité à répondre aux différentes interrogations soulevées durant mon stage.

Mes remerciements seraient incomplets sans mentionner l'ensemble de la promotion Louis Pasteur 2015 avec laquelle une amitié s'est créée.

« *Tout seul on va plus vite, ensemble on va plus loin* » (proverbe africain)

Sommaire

Introduction	1
1 L'intérêt d'un tableau de bord dans un contexte réglementaire en mutation	5
1.1 La mise en place de la T2A, opportunité pour refondre la chaîne de facturation à l'hôpital	5
1.1.1 La T2A, un nouveau mode de financement.....	5
1.1.2 Dématérialisation des données et réorganisation de la chaîne de facturation - recouvrement à l'hôpital	8
1.2 La mise en place de la FIDES, vers une dématérialisation complète des informations de facturation.....	9
1.2.1 Principe de la FIDES.....	9
1.2.2 Impact de la FIDES sur la chaîne de facturation - recouvrement.....	11
1.3 Les exigences de la CRC sur le contrôle et le suivi de la chaîne de facturation. 12	
1.3.1 Les nouvelles exigences réglementaires.....	12
1.3.2 Développement d'un contrôle interne efficace.....	13
2 De l'intérêt des tableaux de bord à l'hôpital : outil d'aide au pilotage ou outil de contrôle	17
2.1 Les tableaux de bord comme outil d'aide au pilotage	17
2.2 Le changement de culture hospitalière suite à l'introduction de la Tarification à l'activité et l'impact de la production hospitalière.....	18
2.3 L'automatisation des tableaux de bord, source de dynamique au sein des organisations	19
3 Lancement d'une démarche de mise en place d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation - recouvrement au CHITS.....	21
3.1 Contexte du CHITS et présentation des difficultés récentes rencontrées sur la chaîne de facturation - recouvrement.....	21
3.1.1 Le contexte de l'hôpital de Toulon.....	22
3.1.2 Le contexte du Bureau des Entrées et présentation des difficultés rencontrées sur la chaîne de facturation - recouvrement.....	22
3.2 Méthodologie.....	26
3.2.1 Eléments globaux d'évaluation de la qualité de la facturation et du recouvrement au CHITS.....	27
3.2.2 Évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation – recouvrement	28

3.2.3	Recueil des indicateurs nécessaires pour les différents acteurs de la chaîne de facturation - recouvrement	33
3.3	Indicateurs sélectionnés pour le développement d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement au CHITS.....	34
3.3.1	Présentation des indicateurs.....	35
3.3.2	Utilisation du tableau de bord et perspectives de suivi.....	41
3.3.3	Les limites relative à la production et à l'utilisation d'un nouveau tableau de bord	42
	Conclusion.....	43
	Bibliographie.....	45
	Liste des annexes.....	I
	Annexe 9 : Montants admis en non-valeur	I
	Annexe 1 : Questionnaire de recueil d'information	II
	Annexe 2 : Entretien réalisé auprès de Mme C. B., AAH Finances	III
	Annexe 3 : Entretien réalisé auprès de Mr P. B., DAF.....	VI
	Annexe 4 : Entretien réalisé auprès de Mr H., Trésorier.....	VIII
	Annexe 5 : Les indicateurs retenus au cours des enquêtes de terrain	XII
	Annexe 6 : Le taux d'annulation des titres émis	XIII
	Annexe 7 : Taux de recouvrement par type de débiteur.....	XIII
	Annexe 8 : Taux de rejet B2 délivré par l'AM	XIV
	Annexe 9 : Montants admis en non-valeur	XIV
	Annexe 10 : Montants quittancés en régie	XV
	Annexe 11 : Dossiers en attente de prise en charge sur e-PMSI	XVI
	Annexe 12 : Outil d'évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation - recouvrement.....	XVII

Liste des sigles utilisés

AAH : Attaché d'administration Hospitalière
ACE : Actes et Consultations Externes
AMO : Assurance Maladie Obligatoire
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANV : Admission en Non-Valeur
ARS : Agence Régionale de Santé
ASP : Avis de Somme à Payer
BE : Bureau des Entrées
CAC : Commissaire aux Comptes
CH : Centre Hospitalier
CHITS : Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon - La Seyne sur Mer
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CPU : Caisse de paiement unique
CRC : Chambre Régionale des Comptes
DAF : Direction des Affaires Financières
DG : Direction Générale
DGFIP : Direction Générale des Finances Publiques
DIM : Département de l'Information Médicale
EPRD : État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ESPIC : Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
ETP : Equivalent Temps Plein
FIDES : Facturation Individuelle des Établissements de Santé
GHS : Groupe Homogène de Séjour
HAS : Haute Autorité de Santé
HPST : Hôpital Patient Santé Territoire
LFSS : Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MEAH : Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers
ROC : Remboursement des Organismes Complémentaires
SNN : Site National NOEMIE
TIPI : Titres Payables par Internet
TP : Trésorerie Principale
T2A : Tarification à l'activité

Introduction

« Comment dire le soin et produire une connaissance sur ce qui se passe en hôpital ? Cette question a longtemps été considérée comme un défi par les scientifiques des organisations, les gestionnaires et les réformateurs et ceci pour deux raisons. Premièrement, l'hôpital serait un lieu obscur où une « bureaucratie professionnelle » tendrait à rendre la plus opaque possible son action en vue d'éviter toute régulation externe (Mintzberg, 1982). Deuxièmement, l'action d'un hôpital serait marquée par une très forte hétérogénéité et une variabilité qui rendrait sa connaissance extrêmement complexe (De Pourville, 1990) »¹.

L'opacité du fonctionnement de l'hôpital a toujours été une source d'interrogations quant à la bonne ou la mauvaise gestion des fonds alloués, dans ce domaine si particulier, et tellement méconnu du grand public. L'introduction de la Tarification à l'activité dès 2004, suite à de nombreuses méthodes de financement des établissements de santé a été présentée comme une avancée dans le contrôle et la maîtrise budgétaires. En effet, la T2A avait pour but d'inciter les établissements de santé à davantage d'efficacité, concept qui associe productivité et qualité des soins².

L'harmonisation du financement des établissements de santé publics et privés constitue un objectif essentiel dans la maîtrise globale des dépenses en santé. Les pouvoirs publics, soucieux de respecter l'équilibre du fonctionnement économique de chaque secteur, doivent prendre en compte les difficultés propres à chacun. La modernisation des établissements de santé est un levier majeur dans la recherche d'une optimisation des recettes à l'hôpital. Les récents projets de dématérialisation des données à l'hôpital (FIDES, ROC, Symphonie) constituent un prolongement des réformes initiées lors de l'introduction de la T2A. En effet, la transmission des données à l'assurance maladie en vue du remboursement par celle-ci se fait désormais par envoi de lot de factures de manière informatique. On parle de flux B2 de l'hôpital vers la Caisse pivot, en parallèle, le trésorier émet un titre de recette. La multitude d'acteurs engagés sur la chaîne de facturation - recouvrement à l'hôpital nécessite, dès lors, une organisation fine de celle-ci.

L'engagement récent des établissements de santé dans une procédure de fiabilisation et de certification des comptes constitue une étape supplémentaire dans la refonte des organisations publiques. Les effectifs de la fonction publique hospitalière représentent près de 20 %³ des effectifs de la fonction publique et la masse salariale d'un hôpital près de 70 % de son budget. La part des établissements déficitaires est passée de

¹ Cf. P.A. JUVEN, 2013 [(1)]

² Cf. DREES, 2015 [(2)]

³ Cf. Insee, Effectifs de la fonction publique hospitalière, 2013 [(3)]

37 % en 2011 à 46 % en 2013, représentant un déficit cumulé de 476 millions d'euros. Cependant, ce déficit est rassemblé autour d'un nombre restreint d'établissements. En effet, la moitié de ce déficit cumulé est attribuable à près de 40 établissements en 2012 et en 2013⁴. Ces éléments conduisent les pouvoirs publics à porter un regard plus attentif dans la gestion des hôpitaux. Les procédures de certification des comptes, lancées dès 2013 pour une certification des comptes en 2014, ciblée sur une trentaine d'établissements, rejoints dès 2015 et 2016 par les établissements dont le budget dépasse 100 millions d'euros, apportent un cadrage institutionnel.

Alors que les procédures de certification en qualité et gestion des risques par la Haute Autorité de Santé sont ancrées dans les modalités de fonctionnement d'un hôpital, le principe de certification des comptes, nouveau pour les établissements de santé, doit s'imposer. La qualité en santé fait partie des principes fondamentaux pour le monde hospitalier, mais il est également indispensable pour un établissement de respecter l'équilibre financier. La bonne santé financière d'un hôpital se ressent sur la qualité de l'investissement en santé et donc les soins apportés aux patients.

Le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon – La Seyne-sur-Mer, visité en 2014 par la CRC, doit aujourd'hui se préparer à la certification des comptes qui interviendra en décembre 2015. Suite à cette visite, la CRC a pointé l'absence d'outils de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement. En effet, compte tenu des recommandations de la Cour des Comptes sur la fiabilisation des comptes qui doit précéder la certification des comptes, la justification de l'activité, suite à l'introduction de la T2A est demandée. Lors de la certification des comptes, toute opération doit être justifiée et des preuves doivent être apportées. Les documents demandés remontent jusqu'aux 5 dernières années, ce qui nécessite un suivi d'indicateurs formalisés appliqués au secteur. La chaîne de facturation - recouvrement, divisée en 3 grandes étapes : admission, séjour-facturation et recouvrement, est essentielle pour le fonctionnement économique d'un établissement de santé, car elle correspond aux recettes.

Le Bureau des Entrées, porte d'accueil des patients est le secteur premièrement impliqué dans la chaîne de facturation, avec la Trésorerie de l'hôpital pour la partie recouvrement. Ainsi, une interdépendance entre les acteurs de la chaîne est essentielle pour son bon fonctionnement. Le suivi et le contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement est donc nécessaire pour respecter les contraintes réglementaires actuelles et à venir, mais aussi afin d'optimiser au mieux les recettes.

La mise en place d'un tableau de bord partagé entre les secteurs de l'hôpital (Finances, BE, Trésorerie, Direction) apparaît alors comme une évidence tant la situation des établissements de santé se tend budgétairement.

⁴ Cf. Rapport d'information N° 2944, en conclusion des travaux de la MECSS sur la dette des établissements publics de santé, 8 juillet 2015 [(4)]

Avec un budget de près de 330 millions d'euros, et une dette de 270 millions d'euros, le CHITS doit faire face à une réduction de ses investissements et des contraintes dans le recrutement de personnels supplémentaires. Une gestion fine des recettes de l'hôpital constitue ainsi un levier de performance non négligeable et doit permettre de dégager potentiellement de la trésorerie.

Ce mémoire se propose de répondre à la problématique suivante :

Comment suivre et contrôler la chaîne de facturation – recouvrement au CHITS dans un contexte d'évolution réglementaire ?

La problématique de ce mémoire correspond à une commande de mon lieu de stage, ce qui m'a permis de bénéficier d'une latitude très large dans la conduite de ce travail.

Cependant, le contexte local au CHITS, dès mon arrivée sur le lieu de stage a représenté une contrainte majeure pour mener à terme le projet initial. En effet, la mise à jour du logiciel de facturation un mois avant le début du stage a créé une situation de crise institutionnelle au niveau du fonctionnement de la chaîne de facturation – recouvrement de l'hôpital. Du retard dans la facturation avait commencé à s'accumuler, des dysfonctionnements techniques ralentissaient la procédure d'enregistrement des patients ce qui a entraîné des files d'attente de près d'une heure au guichet. La pertinence de répondre à la commande s'est donc avérée remise en cause, car la production d'un outil en période de fonctionnement « normal » peut être acceptée, mais en cas de dysfonctionnements, la gestion des problèmes présents reliait au second plan la production d'un tableau de bord qui nécessite l'implication des acteurs concernés.

Une présentation de la réglementation actuelle doit rendre compte de la nécessité de développer des outils de contrôle interne qualifiés de tableau de bord (I). Un travail de recherche de la littérature présente met en perspective les intérêts et les difficultés présentes dans la production d'un outil de type tableau de bord permettant de suivre des indicateurs sélectionnés (II). Le lancement de la démarche de production d'un outil de contrôle et de suivi de la chaîne de facturation – recouvrement sera initié par un état des lieux de la qualité de la chaîne, un recueil auprès des professionnels concernés des indicateurs pertinents à suivre, une sélection de ces indicateurs et de leur suivi ; une mise en perspective et une présentation des limites à l'utilisation d'un tableau de bord seront évoquées (III).

1 L'intérêt d'un tableau de bord dans un contexte réglementaire en mutation

La chaîne de facturation – recouvrement a été modifiée régulièrement suite aux nouvelles exigences réglementaires. La mise en place de la T2A à partir de 2004 a entraîné une gestion différente des recettes de l'hôpital ce qui a permis de revoir la chaîne de facturation (1). Le projet récent de Facturation Individuelle des Établissements de Santé (FIDES) conduit à une dématérialisation des données encore plus poussée entre les financeurs et les établissements de santé, ce qui implique une mutation des services facturiers (2). La Cour des Comptes, récemment engagée dans les démarches de contrôle des comptes hospitaliers avec l'introduction de la fiabilisation des comptes en vue de la certification des comptes des établissements de santé, réclame, par l'intermédiaire des CRC la mise en place d'outils de contrôle interne de type tableau de bord (3).

1.1 La mise en place de la T2A, opportunité pour refondre la chaîne de facturation à l'hôpital

La T2A introduite à partir de 2004, refond le mode de financement des établissements de santé, jusque-là sous dotation globale. La dématérialisation des données associée à la mise en place de la T2A modifie le fonctionnement de la facturation à l'hôpital.

1.1.1 La T2A, un nouveau mode de financement

L'introduction de la T2A à partir de 2004⁵ a changé le mode de financement des établissements de santé, en modifiant le cycle activité/recette. La T2A succède à la dotation globale qui existait depuis 1983 et consistait en l'attribution d'une enveloppe fermée de fonctionnement annuelle et limitative. Celle-ci était calculée en fonction du nombre de journées et reconduite, chaque année, sur la base de l'exercice précédent, modulée d'un taux directeur de croissance des dépenses hospitalières. Une très faible part du budget faisait l'objet d'une négociation entre tutelle et établissement et la situation, figée en 1983, perdurait dans le temps⁶.

⁵ LOI n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004, [(5)]

⁶ Direction générale de l'offre de soins (DGOS). Financement des établissements de santé, 2014, [(6)]

En effet, la T2A vise plusieurs objectifs dont une plus grande médicalisation du financement, en proposant une adaptation des modalités de financement aux différentes activités. Un développement d'outils de pilotage qualitatifs (incitation à l'accréditation, analyse des case-mix) et médico-économiques (contrôle de gestion et comptabilité analytique) devant permettre une lisibilité et une visibilité accrue pour les acteurs (gestionnaires et tutelles). Ainsi qu'une équité de traitement entre les secteurs publics et privés pour une harmonisation des modes de financement entre les deux secteurs⁷.



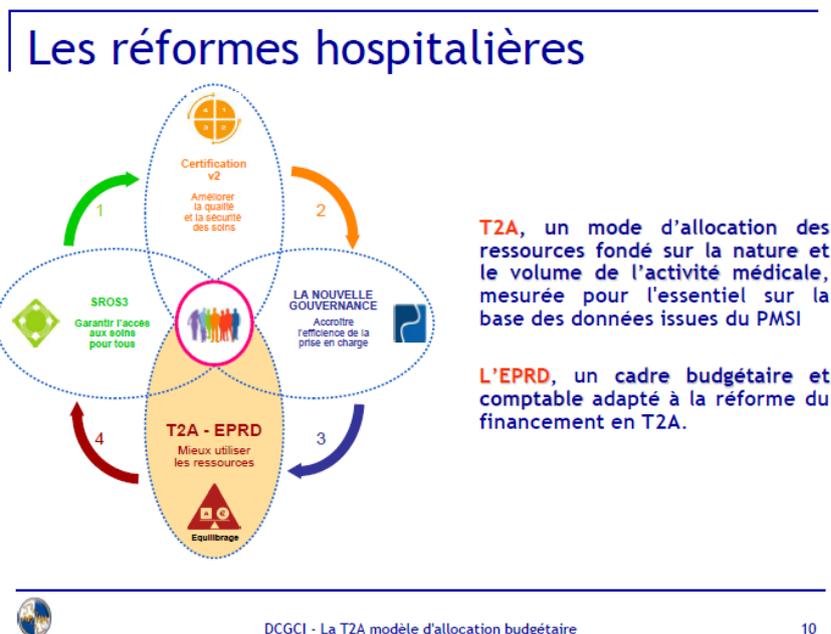
Un schéma cible de convergence est développé afin de permettre une comparaison des deux secteurs public et privé et donc une meilleure adaptation de l'offre de soins, le développement des activités et le soutien aux nouveaux modes de prise en charge des patients.

Enfin, la T2A doit participer au développement de la qualité et à la responsabilisation des acteurs en : améliorant les organisations, développant une culture de l'évaluation et en créant une synergie médico-administrative en matière de gestion.

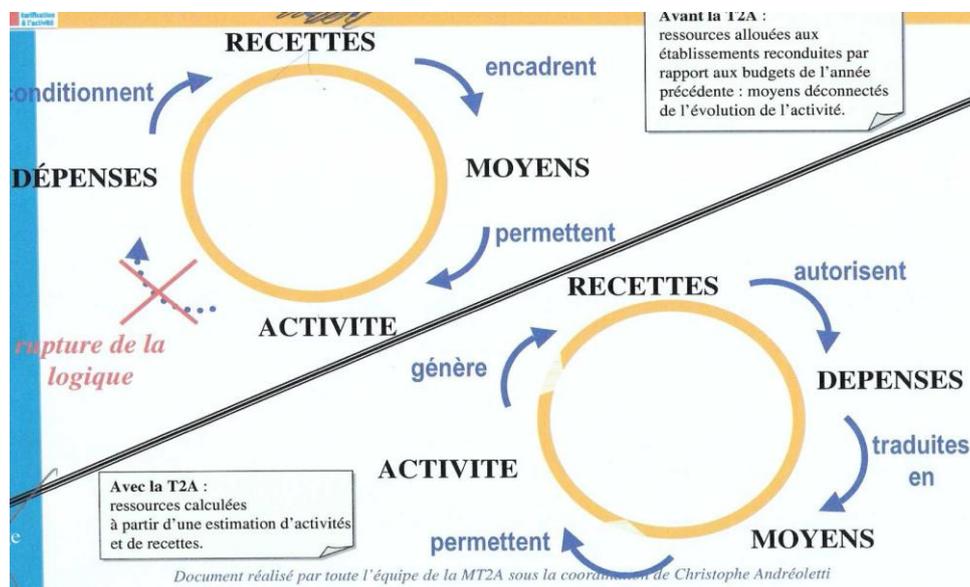
L'objectif étant d'impulser un dynamisme nouveau à l'hôpital dans toutes ses composantes : stratégique, management, gestion, organisation. La T2A doit ainsi permettre de garantir à la fois le bon usage des ressources et un taux d'évolution compatible avec les prélèvements sociaux.

⁷ Xavier CIANFARANI, Nicolas QUAGLIA. La Tarification à l'Activité, un modèle d'allocation budgétaire, 2012, [(7)]

Schéma d'évolution des modalités d'allocation des ressources des établissements de santé⁸ :



De plus, la T2A s'inscrit dans une dynamique de réformes hospitalières qui se succèdent avec une cohérence d'ensemble, avec pour enjeu une amélioration du système d'offre de soins à l'hôpital.



« La mobilisation des établissements pour l'amélioration de leur performance globale n'a pas connu d'équivalent avant la T2A, en particulier celle des hôpitaux publics »⁹.

⁸ J.P GASSEND. Le financement des établissements de santé et la tarification à l'activité (T2A), 2012, [(8)]

⁹ Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A), [(9)]

1.1.2 Dématérialisation des données et réorganisation de la chaîne de facturation - recouvrement à l'hôpital

La LFSS 2005 (Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 – Article 63) prévoit le règlement des factures émises par les établissements publics et privés ex. DG par un interlocuteur financier unique, la caisse de paiement unique (CPU).

Par ailleurs, la loi prévoit concernant la CPU (Article L174-2-1) que « La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1° de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux a, b et c du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 »¹⁰.

Ainsi, l'apport de la T2A dans le secteur de la facturation recouvrement se traduit par une modification du paradigme initial. En effet, la dotation globale qui permettait de couvrir les insuffisances de recettes n'existe plus. Dès lors, les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation - recouvrement des établissements se révèlent être importants. « Si par le passé rien n'invitait les établissements à considérer comme une priorité l'optimisation du processus de facturation, le principe même de la T2A place dès aujourd'hui cette problématique parmi les enjeux majeurs pour ne pas dire vitaux du secteur hospitalier, a fortiori pour les prochaines années »¹¹.

La sectorisation historique de l'activité facturation - recouvrement conduit les organisations à repenser son positionnement pour en limiter sa déficience.

La volonté des pouvoirs publics de maîtriser les dépenses de santé a entraîné une modification des modalités de financement des établissements de santé. La T2A a constitué une avancée majeure dans la dématérialisation des données transmises par les hôpitaux. En effet, la codification des séjours réalisés par le Service de l'Information Médicale, sous l'autorité du médecin DIM, est agrégée dans un fichier produit régulièrement. L'envoi de ces données à la caisse pivot permet à l'établissement d'être remboursé sur la base de son activité réelle.

Le projet récent de Facturation Individuelle des Établissements de santé, ou facturation « au fil de l'eau » s'inscrit dans une même perspective que la T2A.

¹⁰ Cf. Article L174-2-1, Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004, [(10)]

¹¹ Cf. Meah, « Optimiser la chaîne de facturation - recouvrement hospitalière Retours d'expérience », 2008 [(11)]

Le principe engagé de dématérialisation des données va se poursuivre avec pour objectifs « de mettre à la disposition de l'assurance maladie obligatoire les données individuelles et détaillées des établissements hospitaliers publics (et ESPIC), au fil de l'eau, et de manière sécurisée, dans un cadre qui en limite la complexité pour l'ensemble des acteurs, de contribuer à renforcer la culture de gestion des établissements hospitaliers publics, et plus généralement, contribuer à accélérer la mise en œuvre des réformes sur la prise en charge des dépenses hospitalières publiques »¹².

1.2 La mise en place de la FIDES, vers une dématérialisation complète des informations de facturation

Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité, l'article 54 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009¹³ prévoit la mise en œuvre d'une expérimentation de facturation individuelle des consultations et séjours aux caisses d'assurance maladie par des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif. La mise en place de la FIDES doit limiter la complexité pour l'ensemble des acteurs : assurés, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et réseau de la DGFIP¹⁴.

1.2.1 Principe de la FIDES

Le projet FIDES consiste en l'utilisation de règles de facturation communes entre les partenaires, et donc opposables, afin d'assurer une facturation de qualité et circonscrire les risques de rejets du fait de la réglementation, ce qui est source de travail supplémentaire et donc représente un surcoût pour l'ensemble des acteurs.

Le schéma de fonctionnement de la facturation individuelle des ACE

Dans une logique de limitation des impacts pour l'ensemble des acteurs, notamment hospitaliers, le dispositif retenu pour la facturation des actes et consultations

¹² Projet FIDES, Présentation auprès des éditeurs de logiciels hospitaliers 6 avril 2010 [(12)]

¹³ Cf. Légifrance, art. 54 Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, « Par dérogation aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les établissements de santé volontaires mentionnés aux a, b ou c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie [...] ». [(13)]

¹⁴ Cf. Projet FIDES, cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE), 6 mai 2010 [(14)]

externes s'appuie sur celui déjà en fonctionnement pour le paiement par l'assurance maladie obligatoire des prestations AME, CMUC, migrants... (avec l'envoi, par télétransmission répondant à la norme B2, d'une facture individuelle à une caisse de paiement unique – CPU -, en charge de centraliser l'ensemble des flux de facturation hospitaliers pour l'ensemble des régimes d'assurance maladie obligatoire).

En conséquence, les évolutions nécessitées par l'intégration dans ce dispositif de la facturation individuelle au titre de l'assurance maladie obligatoire portent essentiellement sur des données de type T2A, telles que les forfaits (ATU, SE, FFM) et les coefficients (géographique et de transition).

Le schéma ci-après présente les principales composantes et étapes fonctionnelles du flux de facturation :

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

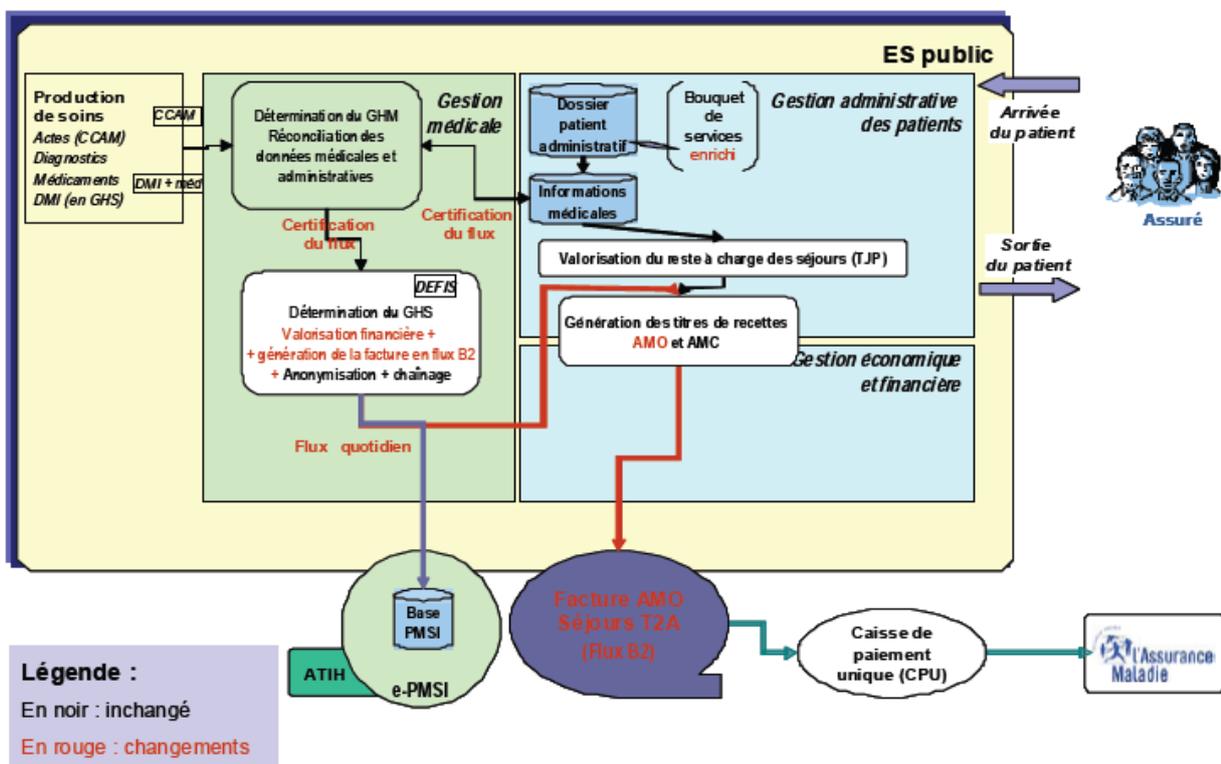
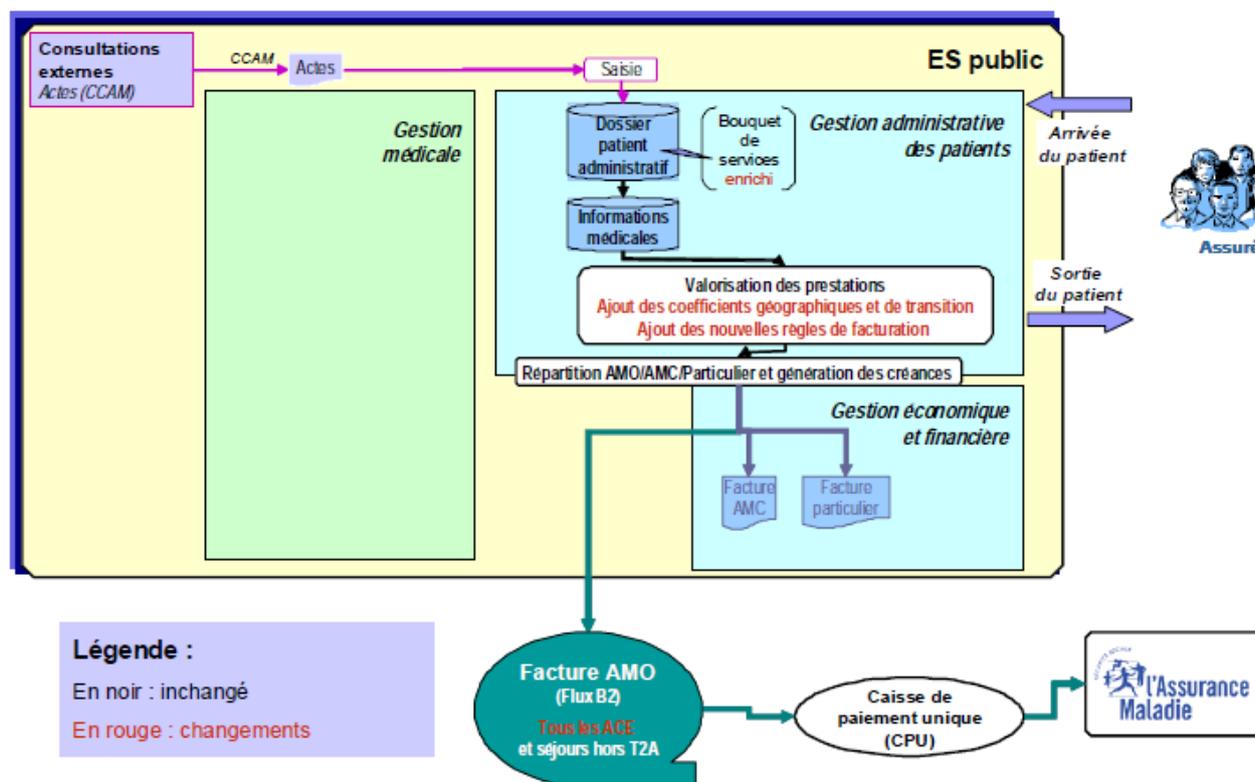


Schéma général pour le fonctionnement du dispositif de facturation des ACE



1.2.2 Impact de la FIDES sur la chaîne de facturation - recouvrement

L'introduction de la FIDES à l'hôpital a pour conséquent un changement dans la chaîne de facturation - recouvrement notamment par l'ajout de nouvelles normes plus contraignantes. « Il s'agit non seulement de dématérialiser intégralement les échanges de données entre les caisses d'assurance maladie, les ordonnateurs et les comptables hospitaliers, mais aussi de facturer au fil de l'eau les prestations hospitalières de manière détaillée »¹⁵. Les contrôles effectués sur les flux B2 sont plus nombreux et la moindre erreur dans les données transmises à la caisse pivot constitue un motif de rejet.

De plus, afin d'être éligible à la FIDES, les établissements de santé doivent respecter un certain nombre de prérequis :

- L'éditeur de logiciel de facturation hospitalière doit être certifié par le centre national de dépôt et d'agrément (CNDA) ;
- Le taux de rejet B2 actuel (CMUc, AME, migrants, rétrocession) doit être inférieur à 10% ;
- L'établissement public de santé doit être doté d'une solution de dématérialisation complète des titres de recettes.

¹⁵ Cf. Le rapport d'activité de la Direction Générale des Finances Publiques, 2013 [(15)]

Il apparaît donc intéressant pour les établissements de santé concernés par cette nouvelle évolution réglementaire de se saisir de cette avancée afin de continuer leur mutation dans le secteur de la facturation - recouvrement. Pour cela, une formation des agents est indispensable ce qui contribue à une spécialisation de plus en plus fine du métier en lien avec le secteur.

1.3 Les exigences de la CRC sur le contrôle et le suivi de la chaîne de facturation

La CRC, suite à une visite en 2014, en préparation de la certification des comptes au CHITS pour décembre 2015, a pointé le manque de formalisation dans le suivi et le contrôle de la chaîne de facturation. En effet, afin de répondre aux exigences de la Cour des Comptes pour la certification, un suivi approfondi et régulier des éléments relatifs à la chaîne de facturation - recouvrement est nécessaire.

1.3.1 Les nouvelles exigences réglementaires

Suite à la révision constitutionnelle du 28 juillet 2008, de nouveaux principes ont été introduit, dans son article 47-2 alinéa 2, concernant les missions de la Cour des Comptes. Ces nouveaux principes touchent les comptes publics et indiquent que : « Les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur gestion financière »¹⁶.

La Cour des Comptes doit également, selon l'article L 111-3-1-A du Code des Juridictions Financières, s'assurer « que les comptes des administrations publiques sont réguliers, sincères et donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière soit en certifiant elle-même les comptes, soit en rendant compte au Parlement de la qualité des comptes des administrations publiques dont elle n'assure pas la certification »¹⁷.

Les notions de qualité et de fiabilité de l'information financière sont en adéquations avec ces nouveaux objectifs énoncés de régularité, sincérité et image fidèle.

¹⁶ Cf. Article 47-2 alinéa 2, Loi constitutionnelle n° 2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République [(16)]

¹⁷ Cf. Article L111-3-1 A, Loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 [(17)]

La loi HPST du 21 juillet 2009, dans son article 17, inscrit dans le Code de la Santé Publique (article L. 6145-16) la contrainte posée pour certains établissements publics de santé de certifier leurs comptes¹⁸. Le bon déroulement de cette certification est conditionné par la fiabilisation préalable des comptes, objectif prioritaire qui concerne tous les établissements publics de santé. La fiabilisation des comptes, est à rapprocher des nombreux projets en cours (FIDES, PHARE, ...), dont l'objectif est l'amélioration de la performance et le pilotage de l'établissement. De plus, cela garantit la qualité des données et des résultats comptables examinés par le CS ou les ARS. Plusieurs axes sont suivis simultanément :

- « La fiabilisation des états financiers par la correction des écritures erronées ainsi que la documentation détaillée des travaux entrepris ;
- La mise en place d'un dispositif de maîtrise des risques comptables et financiers (appelé également contrôle interne comptable et financier) ;
- L'expertise et l'évolution des systèmes d'information sous l'angle de la qualité comptable »¹⁹.

1.3.2 Développement d'un contrôle interne efficace

« Le contrôle interne peut être défini comme un processus mis en œuvre par la direction, à tous les niveaux de l'établissement, destiné à fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation des objectifs suivants :

- efficacité et efficience des opérations,
- fiabilité des informations financières,
- conformité aux lois et règlements »²⁰.

Une bonne gestion des organisations passe par un nécessaire contrôle interne qui révèle alors un état d'avancement dans la perception des risques.

Afin d'éviter les erreurs et les malversations, le contrôle interne s'attache à mettre en œuvre des procédures d'examen qui peuvent être source de risque si elles ne donnent pas la possibilité de détecter les anomalies manifestes.

¹⁸ Cf. Article L. 6145-16 du Code de la santé publique : « Les comptes des établissements publics de santé définis par décret sont certifiés. Les modalités de certification, par un commissaire aux comptes ou par la Cour des comptes, sont fixées par voie réglementaire ». [(18)]

¹⁹ Cf. Guide de fiabilisation des comptes des hôpitaux, 2011 [(19)]

²⁰ Cf. Finances Hospitalières, « Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé », Juin 2012 [(20)]

Le tableau de bord prend tout son sens dans cette logique de contrôle interne, notamment dans la capacité à produire des outils capables d'apporter une garantie par la preuve.

L'existence de cet outil constitue une caractéristique nécessaire pour la fiabilisation des comptes.

« Les démarches de contrôle interne s'appuient sur un ensemble de 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 dans le fonctionnement et dans la tenue du contrôle interne »²¹.

S'agissant du cycle recettes/créances, le contrôle interne doit notamment pouvoir apporter l'assurance que :

- l'admission d'un nouveau patient est précédée du recueil de son identité et de ses droits (réalité) : *par exemple quels sont les contrôles clés mis en œuvre par l'établissement pour s'assurer qu'à l'admission d'un patient les contrôles sont correctement réalisés et formalisés et comment les contrôles sont-ils évalués ?*

- les échanges d'informations entre les services et les bureaux des entrées (BDE) sont correctement réalisés (*exhaustivité, valorisation*) ;

- toute prestation effectuée fait l'objet d'une facturation régulière et sans retard (*exhaustivité, séparation des exercices*) ou du moins, d'une contrepartie dans le système d'information pour les prestations in house ;

- toutes les facturations résultant de l'activité de l'hôpital sont correctement et intégralement enregistrées en comptabilité et sur la bonne période : *par exemple comment l'établissement s'assure-t-il que l'exhaustivité des dossiers et des prestations a été facturée notamment en cas de disparition de la journée complémentaire ? Des contrôles informatiques sont-ils faits ?*

- toutes les factures à émettre sont enregistrées de manière exhaustive et exacte (*procédure de séparation des exercices, qualité du codage des séjours par le DIM et traçabilité du dossier patient en cas de contrôle externe, procédure d'élimination des doublons*);

- les créances à recevoir de l'AMO, des patients et des mutuelles sont suivis de manière systématique (*valorisation*),

²¹ Ibid

- les rejets par l'AMO ou les complémentaires sont correctement traités, contrôlés et suivis (*exhaustivité, séparation des exercices, valorisation*)
- les impayés (créances douteuses) font l'objet d'une relance formalisée et d'un passage rapide en contentieux pour se prémunir contre les admissions en non-valeur,
- les provisions pour dépréciation sont revues régulièrement sur la base d'une balance âgée par nature de tiers (*valorisation*),
- les produits facturés ou à facturer pour le compte d'autrui sont bien exclus des recettes (*actes libéraux de praticiens hospitaliers*)²².

²² Ibid

2 De l'intérêt des tableaux de bord à l'hôpital : outil d'aide au pilotage ou outil de contrôle

Une revue de la littérature permet de prendre du recul sur la nécessité de développer des tableaux de bord à l'hôpital. En effet, les tableaux de bord peuvent être des outils d'aide au pilotage (1). Suite à l'introduction de la T2A, la culture hospitalière a été bousculée, avec la notion de « production hospitalière » au détriment parfois du soin (2). Les tableaux de bord à l'hôpital peuvent être source de dynamique et doivent être utilisés de manière efficiente pour accompagner les acteurs en présence (3).

2.1 Les tableaux de bord comme outil d'aide au pilotage

Récemment, avec le développement des technologies de l'information et l'implantation dans les organisations de systèmes de plus en plus complexe, la maîtrise et le contrôle de la performance sont accompagnés par une meilleure capacité à produire des données chiffrées. La progression continue de ces éléments permet l'automatisation d'un outil particulièrement utilisé dans les organisations, le tableau de bord²³.

La question qui est sous-tendue par la mise en place de tableaux de bord automatisés est relative au rapport entre la cohérence formelle des données, des indicateurs retenus ou des tableaux de bord et la cohérence organisationnelle²⁴. « L'idée de complétude et de permanence du système de tableaux de bord concerne la cohérence spatiale et temporelle des critères, mais aussi le lien entre la fréquence de mise à disposition des tableaux de bord et l'amélioration du processus de décision. L'automatisation des tableaux de bord devrait permettre un accroissement de la fréquence de traitement et de diffusion des informations »²⁵.

« En outre, l'automatisation des tableaux de bord se traduit par un système de données plus stable qui contribue à renforcer la cohérence temporelle. En effet, d'après Dupuy (1984)²⁶, la cohérence temporelle des critères s'apprécie sur la base de deux caractéristiques interdépendantes :

²³ Cf. TRAVAILLE D., MARSAL C., « Automatisation des tableaux de bord et cohérence du contrôle de gestion : à propos de deux cas », 2007 [(21)]

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

²⁶ Cf. DUPUY Y. (1984), « Comptabilités, contrôle, systémique... », Communication au Congrès de l'AFC, Nice, Avril 1984 [(22)]

- la fréquence de saisie des informations relatives aux critères et indicateurs observés ;
- la période de référence choisie pour le calcul de ces critères d'un type prédéfini.

Dans le cadre d'une automatisation et d'une accélération de la diffusion des tableaux de bord, la question qui se pose est alors de maintenir la compatibilité dans la fréquence des saisies et les périodes de référence choisies. Ce n'est que, sous cette contrainte, que la rapidité de diffusion des informations du tableau de bord peut constituer, d'après Malo (1992)²⁷, un facteur clé de succès qui lui permet de s'imposer comme aide à la décision auprès de chaque cadre »²⁸.

2.2 Le changement de culture hospitalière suite à l'introduction de la Tarification à l'activité et l'impact de la production hospitalière

À la suite de l'introduction de la T2A, la codification des actes et la production automatisée des données patients a entraîné un changement dans le mode hospitalier. La culture médico-économique introduite à partir de ce moment a fait basculer les hôpitaux dans une logique gestionnaire complète et cela s'est traduit par la création d'outil d'aide au pilotage comme les tableaux de bord. Or, le codage n'est pas unanimement validé entre les décideurs gestionnaires et le monde médical qui préconise le soin en priorité. Cependant, les contraintes budgétaires conduisent à évaluer que la « santé n'a pas de prix, mais elle a un coût », selon l'expression utilisée en santé publique.

Le codage constitue un formalisme et une opération de traduction telle que l'entend Michel Callon²⁹, c'est-à-dire un « mécanisme par lequel un monde social et naturel se met progressivement en forme et se stabilise pour aboutir, si elle réussit, à une situation dans laquelle certaines entités arrachent à d'autres, qu'elles mettent en forme, des aveux qui demeurent vrais aussi longtemps qu'ils demeurent incontestés » (Callon, 1986)³⁰.

Le codage à l'hôpital est centralisé. Les services de l'information médicale ou Département de l'information médical s'attachent à recueillir et traiter l'information médicale. Il est cependant intéressant se poser la question : « qu'entend-on par information médicale ?

²⁷ Cf. MALO J.L., 2000 « Tableaux de bord », in *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit* [(23)]

²⁸ Cf. TRAVAILLE D., MARSAL C. [(op. cit.)]

²⁹ Cf. CALLON M., « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique*. 1986 [(24)]

³⁰ Cf. JUVEN P.A, [(op. cit.)]

Il convient avant tout de distinguer « information » et « informatique ». L'informatique médicale est désormais une composante intégrale du travail en hôpital. De l'enregistrement du patient au bureau des entrées, à la saisie des actes par les médecins suite à une opération, de la rédaction des lettres de sortie par les secrétaires médicales à l'ensemble du travail de facturation, de comptabilité et de gestion, les systèmes informatiques sont devenus une part essentielle de l'action sanitaire. L'informatique, que les Anglo-Saxons nomment « medical computing », comprend l'ensemble des systèmes informatiques produits et utilisés quels que soient les acteurs s'en saisissant, soignants, administratifs ou pouvoirs publics. L'information médicale, en revanche, si elle intègre l'informatique médicale, en est une part distincte et renvoie à des préoccupations de régulation par l'administration et les pouvoirs publics »³¹.

Désormais, les techniques utilisées à l'hôpital pour coder et enregistrer les séjours des patients conduisent à une plus grande connaissance de l'activité réalisée à l'hôpital. Les gestionnaires sont de plus en plus informés et peuvent prendre leurs décisions en toute objectivité d'un point de vue économique.

2.3 L'automatisation des tableaux de bord, source de dynamique au sein des organisations

La possibilité d'automatiser les tableaux de bord et donc de produire des données continuellement contribue à développer une dynamique de groupe autour de l'outil. Les acteurs en présence suivent régulièrement les informations qui sont fournies et se réfèrent aux résultats produits tout en participant de l'amélioration de ces données. Cependant, ce constat semble obtenu par le « maintien d'une certaine ambiguïté dans la diffusion et l'utilisation des données disponibles. Cette ambiguïté semble nécessaire pour permettre de résoudre le paradoxe de la stabilité dans le changement »³².

« Cette évolution du management hospitalier concernant le contrôle de gestion et plus particulièrement les tableaux de bord de pilotage doit se comprendre dans un contexte où l'objectif est de s'écarter de ce que certains ont qualifié de jachère organisationnelle (P. Chandernagor et al. 1996) puisque, finalement, l'hôpital est une organisation relativement récente pour aller vers une organisation capable d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés en maîtrisant sa propre performance »³³.

³¹ Cf. JUVEN P.A, [(op. cit)]

³² Cf. TRAVAILLE D., MARSAL C. [(op. cit.)]

³³ Cf. NOBRE T., « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? », 2000 [(25)]

L'utilisation des tableaux de bord à l'hôpital, dans un contexte réglementaire de plus en plus évolutif, doit permettre aux décideurs, mais aussi aux gestionnaires de terrain de pouvoir prendre les décisions qui s'imposent en connaissant la réalité de l'activité hospitalière.

De plus, avoir une vision précise de cette activité est nécessaire pour le management hospitalier qui ne peut exclure les données financières inhérentes au fonctionnement des établissements de santé. Dans un contexte aussi changeant, l'apport des tableaux de bord à l'hôpital constitue une évolution majeure qui cependant ne doit pas exclure tous les acteurs concernés. En effet, afin d'obtenir les résultats espérés par le développement d'outils comme les tableaux de bord, inclure dans la démarche les acteurs en présence est fondamental, au risque de produire un effet inverse. Le suivi des indicateurs sélectionnés dans les tableaux de bord doit se faire grâce à l'adhésion du plus grand nombre pour que l'outil développé ne soit pas qu'un outil de plus, qui serait mis de côté par la suite.

Afin de lancer une démarche de développement d'un tableau de bord adapté à la situation locale d'un établissement de santé, il convient de prendre en considération les éléments soulevés dans la littérature. En effet, il est important de connaître les attendus d'une telle démarche. L'association de tous les acteurs est essentielle. Les perspectives d'amélioration du fonctionnement institutionnel doivent être clairement énoncées afin de mener à bien un tel projet. Cependant, il apparaît que les outils développés ne sont pas tous adaptés au contexte local, ainsi les recommandations qui peuvent être formulées par des agences nationales comme l'ANAP doivent être retravaillées.

3 Lancement d'une démarche de mise en place d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation - recouvrement au CHITS

Le développement d'un tableau de bord permettant un meilleur suivi et un contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement s'inscrit dans une démarche d'amélioration de la performance des établissements de santé. Afin de mieux coordonner les données de recettes produites entre les différents acteurs en présence, agents du BE, la Trésorerie, les Finances, la Sécurité Sociale, le DIM, et la Direction, la production d'un outil commun regroupant l'ensemble des indicateurs les plus pertinents pour un management efficace doit se faire. De plus, suivant les recommandations de la CRC, qui avait pointé le manque d'outils de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement, lors d'une visite en 2014, il s'est avéré indispensable de remédier à cette absence au sein du CHITS.

La mission principalement définie constituait, en un développement coordonné, entre les acteurs impliqués, d'un outil commun. Le contexte local, fortement dégradé lors du lancement de la démarche par la mise à jour récente du logiciel de facturation a fortement compromis le travail. En effet, la commande devenant secondaire suite aux difficultés rencontrées sur le secteur, la pertinence du développement d'un tableau de bord supplémentaire a été remise en cause. Ainsi, il n'a pas été possible de développer l'outil tel qu'il aurait pu se matérialiser, mais la sélection des indicateurs suivant une méthodologie prospective a permis d'éclaircir certains besoins jusque-là non comblés.

Après avoir évoqué le contexte local (1), une présentation de la méthodologie permettant le recueil des indicateurs nécessaires au développement de l'outil principal (2) sera faite, avant de présenter les indicateurs retenus pour le tableau de bord final et de discuter des limites et des perspectives de l'outil pour en permettre une projection (3).

3.1 Contexte du CHITS et présentation des difficultés récentes rencontrées sur la chaîne de facturation - recouvrement

Le contexte du CHITS révèle une nécessité d'optimiser les recettes de l'établissement. Le cadre économique et budgétaire dégradé des établissements de santé contraint ces derniers à développer des outils capables d'aider au pilotage.

Les difficultés rencontrées au cours du stage sur la chaîne de facturation – recouvrement ont été de nature à remettre en cause la commande principale, tant l'établissement a été désorganisé dans son fonctionnement.

3.1.1 Le contexte de l'hôpital de Toulon

Contexte du CHITS

Les dimensions du C.H.I.T.S. sont importantes. Composé de 3 sites situés sur les communes de la Seyne-sur-Mer (G.SAND), Toulon (Sainte Musse) et La Garde (Clemenceau), le territoire de santé est de 500 000 personnes. 3 500 agents et près de 400 médecins composent les effectifs afin d'assurer 233 000 consultations externes, 50 000 hospitalisations et 76 000 passages aux urgences par an.

L'hôpital Sainte Musse est un établissement ouvert depuis 2012 en remplacement de l'hôpital de Font-Pré. L'augmentation constante de ces données conduit à une modification permanente des besoins au niveau de l'accueil des patients et de la facturation des séjours.

Le Budget 2014 s'établit à 331,4 millions d'euros, avec une dette de près de 270 millions d'euros.

Le CHITS, engagé dans la vague 2 de certification des comptes des hôpitaux publics³⁴, doit ainsi répondre à de nouvelles exigences réglementaires ce qui se traduit par des audits. La Chambre Régionale des Comptes a effectué une première visite en 2014 et un audit à blanc a été réalisé en mai 2015 par le Commissaire aux Comptes choisi pour accompagner l'hôpital dans cette démarche.

La situation budgétaire actuelle conduit l'établissement à maîtriser ses dépenses dont sa masse salariale ainsi qu'à optimiser ses recettes, ce qui nous amène à aborder le secteur du bureau des entrées.

3.1.2 Le contexte du Bureau des Entrées et présentation des difficultés rencontrées sur la chaîne de facturation - recouvrement

Le BE du CHITS est découpé en plusieurs secteurs (accueil des urgences, secteur des admissions, et facturation). Il est composé de 63 collaborateurs et 3 adjoints des cadres, un pour chaque secteur. Un AAH est en charge de la gestion générale du BE.

Le secteur a été fortement déséquilibré lors du déménagement, sur le site de Sainte Musse, par un ensemble de facteurs :

- Mutation de l'AAH en cours de déménagement ;
- Sous dimensionnement des effectifs au niveau de l'accueil des consultants externes (10 ETP rajoutés en urgence au moment de l'ouverture) ;

³⁴ Cf. Légifrance, Arrêté du 1er août 2014, version en vigueur au 19 juin 2015, [(26)]

- Définition insuffisante des nouvelles organisations afférentes au site.

Les conséquences ont été :

- Un nombre important de personnes à former en urgence par les agents de facturation ;
- L'arrêt de la facturation (6 mois de retard en externe et 3 mois en hospitalisation à fin décembre) ;
- Une très forte dégradation du dialogue social ;
- Un nouveau changement d'AAH.

La situation s'est progressivement stabilisée avec :

- Des mesures exceptionnelles ayant permis de clôturer dans les temps, sans ressources humaines supplémentaires.
- L'informatisation de certains processus standardisables en termes de facturation

Cela a également représenté, malgré les difficultés, une opportunité de reconstruire progressivement l'organisation générale du secteur. Les objectifs étant de :

- Redéfinir de manière cohérente en termes de volume et de tâche chaque secteur du BE entre l'accueil (urgences/ Consultations Externe) et la facturation, tant sur le site principal (Sainte Musse) que sur les sites déconcentrés ;
- Optimiser les postes de travail au sein de chaque secteur.

Sous 2 ans, le bureau des entrées a pu :

- Faire face aux augmentations d'activités ;
- Réduire le nombre d'ETP de 75.2 à 65.5 ETP ;
- Être le premier CH public du département à passer en facturation au fil de l'eau - FIDES³⁵ (février 2015)

Cela a impliqué un véritable changement dans les pratiques de facturation pour les agents du BE. Notamment une obligation de travailler sur les rejets B2³⁶ et l'amélioration de la gestion des dossiers dès l'accueil.

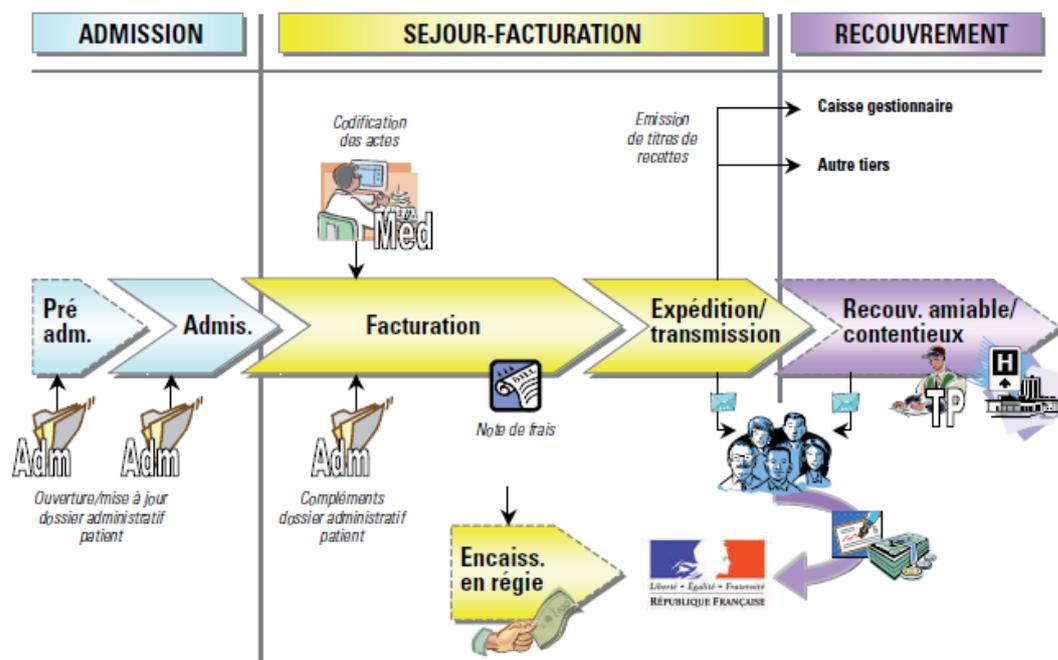
À ce jour, le fonctionnement du BE se trouve à nouveau déséquilibré suite à un changement de version du logiciel de facturation.

³⁵ Le projet FIDES : la facturation individuelle des établissements de santé, 2015, [(27)]

³⁶ Le passage à la T2A des établissements de santé en 2008 s'est accompagné d'une dématérialisation des factures vers l'AMO selon les normes B2 (« flux B2 »). En cas d'anomalies des données télétransmises, on parle de « rejets B2 » lorsque les factures sont rejetées par la caisse pivot. Cf. « Dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie obligatoire », [(28)]

A) Présentation de la chaîne de facturation – recouvrement

La chaîne de facturation – recouvrement à l'hôpital se divise en trois grandes phases : admission, séjours-facturation et recouvrement. L'enchevêtrement de chaque cycle de cette chaîne laisse apparaître une sensibilité aux éléments qui pourraient perturber une phase, ce qui dégraderait toute la chaîne.



Présentation de la chaîne de facturation à l'hôpital : MeaH, ANAP préfiguration, Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalière³⁷

Le Bureau des entrées (BE) ou secteur des admissions/facturations est le premier impliqué dans le bon fonctionnement de toute la chaîne et le contexte local au CHITS a conduit à freiner la démarche de lancement de la production d'un tableau de bord.

B) La mise à jour du logiciel de facturation : déstabilisation du bureau des entrées et répercussions sur la chaîne de facturation - recouvrement

La mise à jour du logiciel de facturation, Hexagone web par l'éditeur AGFA³⁸, repoussée depuis septembre 2014 faute d'opérationnalité technique a été lancée au mois d'avril 2015. Une somme importante de dysfonctionnements suite à cette migration a fait remonter différentes problématiques.

³⁷ Cf. MeaH, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier. Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalier, 2009, [(29)]

³⁸ AGFA, Accéder au Système d'Information Hospitalier par le web pour une meilleure gestion, [(30)]

a) *D'importantes répercussions fonctionnelles sur la chaîne de facturation*

Une régression fonctionnelle : la lenteur du système entraîne des retards dans les enregistrements administratifs des patients, des files d'attente se créent avec jusqu'à plus d'une heure d'attente. Face à ces délais, les agents d'accueil sont contraints de dégrader sur la qualité ou l'exhaustivité des données recueillies lors de l'enregistrement, ce qui ralentit toute la chaîne de facturation et entrave le recouvrement³⁹, d'où un impact négatif sur la trésorerie.

Des pannes d'impression : l'hôpital utilise des étiquettes à code-barres unique pour identifier les éléments afférents à la prise en charge du patient (ex : tubes pour le laboratoire). En cas de pannes d'impression, les agents sont contraints d'éditer les étiquettes après une saisie manuelle sur la base d'un fichier Word.

Des pannes d'édition des avis des sommes à payer, édités à l'issue des facturations, sont également constatées. Or, un mois après l'émission d'une facture, le Trésor Public émet systématiquement une lettre de relance pour tout titre non recouvré. Ainsi, il est ponctuellement arrivé à défaut de pouvoir imprimer les factures que les patients aient reçu la lettre de relance sans avoir reçu l'ASP.

Enfin, sont rencontrées des pannes d'édition des feuilles de soins permettant le remboursement du patient lorsqu'il vient en consultation libérale, contraignant les agents du BE à saisir les informations manuellement.

b) *Sous dimensionnement d'architecture système et problèmes de paramétrage*

Lenteur du système : le logiciel d'enregistrement administratif des patients est très peu réactif (plusieurs secondes entre chaque sélection d'icônes), le basculement entre les applications nécessaires (logiciel de prise de rendez-vous, accès au portail de la CPAM) est fortement ralenti.

Interruptions itératives du système : les arrêts système intempestifs contraignent à enregistrer le patient en procédure dégradée, augmentant les risques d'erreurs en termes d'identitovigilance, affectation du numéro de séjour, car elle est faite manuellement et non proposée par le système. De plus, l'enregistrement sur le mode dégradé implique des régularisations de masse a posteriori de la coupure en plus du travail en cours.

³⁹ Cf. Annexe 11 : Dossiers en attente de prise en charge sur e-PMSI

Une disparité dans le paramétrage des profils utilisateurs bloquant le travail quotidien : au moment de la migration, le paramétrage des profils utilisateur du logiciel de facturation était non conforme pour certains agents qui ne pouvaient assurer leurs tâches quotidiennes. Cela a par ailleurs fait ressortir que le paramétrage historique avec des droits et des accès, multiples et élargis, générait un problème de méthode (perte de données, possibilités de modifier des données sans avoir les compétences ou la formation requise...).

c) *Fragilisation des équipes du bureau des entrées*

Les agents qui ont été très fortement sollicités pour la mise en place de la migration et l'installation du nouveau logiciel, manifestent des signes d'épuisement voire de saturation. Dans ce contexte, des conflits ont tendance à ressortir d'autant plus, ainsi des agents s'interpellent, parfois de manière agressive, devant les patients.

Les patients, les personnels soignants ainsi que la communauté médicale sont exaspérés par la lenteur au niveau des consultations, car le BE, fonctionnant de manière peu optimale génère des retards dans l'enregistrement administratif. L'absence de cohésion des équipes opérationnelles majore d'autant plus les ralentissements à tous les niveaux de la chaîne de facturation.

3.2 Méthodologie

La méthode retenue s'attache à une évaluation au préalable de la qualité de la facturation et du recouvrement au CHITS sur la base d'outils prédéfini. L'indice de facturation constitue un premier élément de cadrage nécessitant une distance dans l'interprétation. Un autre indicateur, les créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation, permet de cadrer la mission. Une évaluation de la maturité de la chaîne de facturation – recouvrement doit permettre de définir précisément les besoins dans un contexte local dégradé. Enfin, un travail de recherche a été mené auprès des différents acteurs présents sur la chaîne de facturation – recouvrement. Ainsi, plusieurs entretiens ont été conduits avec un questionnaire formalisé au préalable pour certains, et des questions non cadrées pour d'autres.

3.2.1 Eléments globaux d'évaluation de la qualité de la facturation et du recouvrement au CHITS

La définition d'indicateurs de suivi de la chaîne de facturation – recouvrement ne peut se faire sans un préalable de contextualisation et d'analyse de données précises. Afin d'avoir un aperçu global des indicateurs pertinents, une comparaison locale ainsi qu'avec des établissements de taille similaire nous permettra de lancer une évaluation plus précise du CHITS.

Les éléments recueillis sur Hospidiag nous permettent d'analyser deux indicateurs, l'indice de facturation et les créances patients et mutuelles non recouvrées en jours d'exploitation.

A) Indice de facturation

Cet indicateur cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'Assurance Maladie. Il indique les sorties de trésorerie liées à une facturation moins réactive.

L'interprétation doit se faire en fonction d'une valeur cible qui est de 0.

Le CHITS présente des résultats régulièrement supérieurs aux établissements les plus efficaces. En effet, en 2010 l'indicateur avait une valeur de 8,2, mais en 2012 de 21,2. Ce résultat peut s'expliquer par le déménagement sur le nouveau site de Sainte Musse.

En effet, la chaîne de facturation, en 2012, a été très fortement perturbée et les retards dans la facturation ont été importants. Le retour en 2013 à une valeur de 8,7 rapproche le CHITS sur ses valeurs antérieures.

Une comparaison avec un établissement de taille similaire dans la même région (PACA) est intéressante. En effet, en observant le CHU de Nice, il est possible de constater une meilleure efficacité de la chaîne de facturation pour un établissement de même typologie.

En 2013, le CHITS, au niveau régional, présente un indice de facturation de mauvaise qualité, au 8^{ème} décile, soit le plus haut niveau de la région. Afin de pallier à ces dysfonctionnements, le CHITS a réorganisé depuis, la chaîne de facturation en redéfinissant les tâches des différents agents afin d'équilibrer le travail de chacun.

B) Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation

Le CHITS présente des valeurs nettement supérieures à la cible de 90 jours. La comparaison avec des CHU montre que l'établissement n'est pas au-delà des normes constatées. En effet, le CHITS présente une typologie proche de certains CHU.

Cependant, les valeurs constatées présentent un risque pour l'établissement de non recouvrement des créances. Cela doit s'analyser comme des pertes futures potentielles et donc un point important à améliorer pour l'établissement. La qualité de la chaîne de facturation - recouvrement doit être suivie afin de réduire cette valeur, car la stabilité financière de l'établissement est engagée.

Ces résultats (indice de facturation et créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation) doivent être remis dans leur contexte. Le déménagement de l'hôpital sur le site Sainte Musse en 2012 a été générateur de retard dans la facturation. Cela s'est donc traduit par des difficultés dans le recouvrement. De même, la chaîne de facturation - recouvrement a été réorganisée à plusieurs reprises et le rythme normal de facturation n'a pu se rétablir qu'à partir de 2014. Les valeurs observées en sont révélatrices.

Cependant, les données recueillies par Hospidiag ont été parfois erronées, notamment les informations transmises par l'établissement lui-même. Il est donc important de compléter ces informations avec une étude plus poussée sur le terrain aujourd'hui.

3.2.2 Évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation – recouvrement

Les établissements de santé, confrontés à une nouvelle organisation de leur chaîne de facturation suite à l'introduction de la T2A, doivent être en capacité d'évaluer le niveau de maturité de leurs organisations. Lors du déploiement de la T2A en 2008, la Meah a développé des outils afin que les établissements puissent faire une analyse de l'existant. Des établissements de santé, sélectionnés pour vérifier la pertinence des outils développés, servent de référence pour les résultats qui seront obtenus. Différents outils, plus ou moins élaborés ont été proposés. L'outil « d'évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation - recouvrement » a été sélectionné pour notre sujet parce qu'il présente une facilité de recueil des informations que les autres outils proposés n'ont pas. En effet, la durée du stage ne permettait pas de remplir toutes les données nécessaires.

Cependant, ces outils (« Auto-évaluation du processus de facturation » et « Outil performance : facturation – recouvrement » de l'ANAP) peuvent constituer des bases de travail pour un cadre administratif au BE, car ils présentent la particularité de définir des axes d'améliorations qui peuvent être pertinents.

A) Présentation de l'outil

5 axes d'amélioration ont été identifiés dans le cadre du chantier pilote : l'outil permet aux établissements d'évaluer, par une série de questions simples (15 à 25 questions par axe, réponses oui/non), le degré de maturité de leurs organisations sur chacun des 5 axes, et d'ainsi pouvoir objectiver tant les points forts que les leviers d'amélioration possibles, tout en se comparant aux 8 établissements partenaires du chantier MeaH.

Axe 1 / pilotage

Tableaux de bord :

Définir, mesurer et suivre des indicateurs caractérisant la performance de la chaîne de facturation.

Coordination interservices :

Assurer un management homogène de l'ensemble du processus.

Staffs :

Créer une synergie de groupe au sein des équipes.

Axe 2 / ressources humaines

Saisie des actes :

Sensibiliser et former les médecins sur la problématique du codage.

Postes et compétences :

Redéfinir les fiches de postes, pré requis et parcours de formation continue des agents.

Axe 3 / organisation

Encaissement en régie :

Favoriser et stimuler l'encaissement en régie.

Sollicitation des services sociaux :

Localiser et anticiper les problèmes d'ouverture des droits des patients en difficulté.

Contrôle des données administratives :

Mettre en place les pratiques permettant de limiter les erreurs ou lacunes du dossier administratif.

Traiter et anticiper les dossiers problématiques.

Flux de patients :

Placer les points stratégiques au plus près du parcours physique du patient.

Flux d'information :

Fluidifier les interfaces entre services sur les aspects relatifs à la transmission de données.

Moyens matériels :

Adapter les équipements aux exigences et objectifs de l'établissement.

Axe 4 / communication

Sensibilisation de l'ensemble du personnel :

Informier l'ensemble du personnel sur les problématiques de la facturation et ses conséquences sur le recouvrement.

Sensibilisation des patients :

Informier les patients sur le fonctionnement et notamment le financement des établissements de santé.

Axe 5 / relations avec les débiteurs institutionnels

Caisses d'assurance maladie :

Optimiser les relations avec l'assurance maladie.

Complémentaires :

Optimiser et renégocier les conventions en tiers payant passées avec les complémentaires.

B) Recueil des informations et résultats⁴⁰

Pour compléter l'outil sélectionné au CHITS, l'AAH au BE a été sollicité et certaines pratiques ont dû être vérifiées sur le terrain. Par exemple, la présence de bornes de lecteur de carte vitale ou encore la réalisation des formations recommandées par les bonnes pratiques.

Le résultat final se présente sous la forme d'un diagramme en radar et permet à l'établissement de se situer par rapport aux données standardisées.

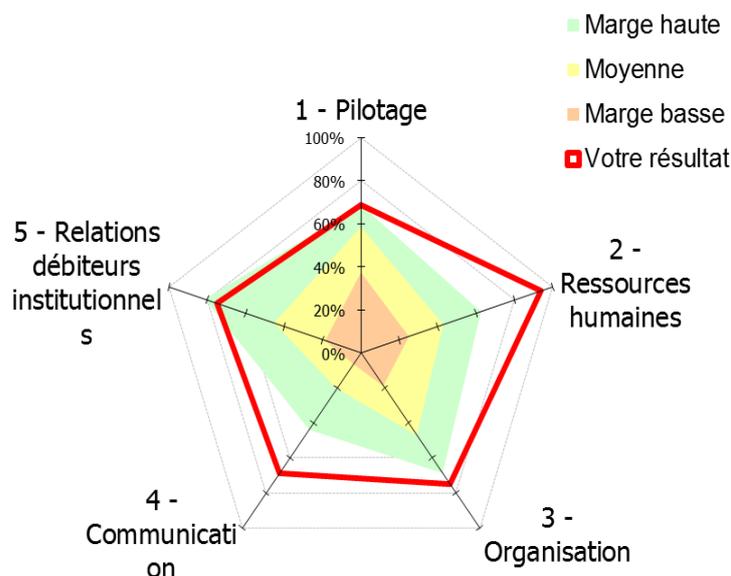


Diagramme : Résultats de l'enquête au CHITS

C) Discussion

Le résultat général de cette étude montre une maturité de la chaîne de facturation au CHITS suffisamment avancée pour envisager d'aller plus loin dans la maîtrise des outils.

Ce niveau de maturité peut s'expliquer par les récentes réglementations dont le CHITS a été soumis. En effet, l'ouverture du nouvel hôpital, la mise en place de FIDES, la préparation à la certification des comptes avec un audit du CAC ont été autant d'éléments de restructuration de la chaîne de facturation. Les formations des agents en lien avec ces mutations ont également accompagné ce développement.

⁴⁰ Cf. Annexe 12 : Outil d'évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation - recouvrement

a) *Pilotage*

La partie pilotage reste sur la marge haute sans pour autant dépasser les taux requis. Ce résultat s'explique par le fait que la chaîne de facturation ne possède pas de tableaux de bord réellement formalisés et suivis. Ce manque a été relevé par la Chambre Régionale des Comptes lors de sa récente visite et cela explique la mission sur laquelle j'ai travaillé durant mon stage. Les autres points sur lesquels le pilotage est évalué sont validés, cela est notamment dû au rôle important de l'AAH au BE, ainsi qu'à une importance du management très marquée et à la sensibilité du secteur pour l'organisation.

b) *Ressources Humaines*

Les agents, fortement mobilisés lors des différentes phases de mutation du CHITS ont reçu de nombreuses formations et ont été sensibilisés aux nouvelles pratiques sur la chaîne de facturation. Cela explique un résultat très supérieur à la marge haute.

c) *Organisation*

L'organisation générale de la chaîne de facturation est relativement bien maîtrisée, malgré des modalités non remplies sur l'accueil du patient. En effet, il est géographiquement compliqué de rediriger les patients vers les points d'encaissements sur le trajet de sortie.

d) *Communication*

La communication est un élément important dans les nouvelles organisations de l'hôpital. En effet, il est souvent reproché un manque de communication dans les établissements, ce qui nuit au bon fonctionnement de l'institution.

Le nouvel hôpital a été l'occasion de remettre en marche une communication institutionnelle plus forte. La présence d'un AAH au BE très actif auprès des agents permet de répondre à ces nouvelles exigences.

De plus, la communication auprès des patients est primordiale afin de répondre aux missions premières d'un hôpital. Le CHITS communique à différents niveaux et se doit de respecter une information suffisante (par exemple, l'affichage des tarifs) notamment selon les règles de l'HAS pour la certification.

Enfin, la communication relative à l'orientation des patients au sein de l'hôpital est nécessaire et cela est facilité par la nouvelle organisation du site principal Sainte Musse.

e) *Relations débiteurs institutionnels*

La chaîne de facturation-recouvrement ne peut être efficace sans des relations avec les débiteurs institutionnels. Le BE est très régulièrement en relations avec la caisse pivot (donc la sécurité sociale) pour le suivi des lots de factures télétransmis. De plus, le suivi des remboursements fait par les caisses complémentaires doit être régulier afin de gérer au mieux les recettes de l'hôpital. Un manque de relations avec un interlocuteur direct avec les mutuelles peut expliquer une performance moindre que les autres domaines étudiés. L'institution se doit d'avoir des relations étroites avec la Trésorerie Principale de l'hôpital puisque le circuit d'une facture se fait par l'émission d'un titre de recette par la TP. En cas de non-paiement par l'un des débiteurs, le Trésorier de l'hôpital a la possibilité d'engager des recours pour recouvrer les créances, sans passer obligatoirement par un juge. La liaison hôpital – TP est alors essentielle. Le CHITS a compris ce besoin et entretient des relations très étroites avec le TP, l'AAH au BE ayant des conversations quotidiennes sur des dossiers à gérer.

Cette étude permet de définir les besoins actuels de l'hôpital pour améliorer l'organisation de sa chaîne de facturation - recouvrement. En effet, les besoins actuels se reportent essentiellement sur la formalisation plus précise de tableaux de bord du suivi de la facturation et du recouvrement.

3.2.3 Recueil des indicateurs nécessaires pour les différents acteurs de la chaîne de facturation - recouvrement

Afin de se positionner au plus près du terrain, un recueil des indicateurs nécessaires pour chacun des acteurs concernés a été réalisé. Un questionnaire formalisé a été utilisé auprès des AAH aux finances. Des entretiens ont ensuite été réalisés auprès des autres acteurs avec une restitution écrite de l'échange.

Ainsi, il a été possible de recouper l'ensemble des données considérées comme indispensable par les acteurs et de lancer la production de l'outil.

Les entretiens ont été menés auprès de l'AAH au BE, des AAH aux Finances⁴¹, du DAF⁴², du Trésorier⁴³.

⁴¹ Cf. Annexe 2, Entretien réalisé auprès de Mme C. B. Attachée d'Administration Hospitalière Finances

Les entretiens seront disponibles en annexes. La mise en forme des indicateurs pertinents pour les différents acteurs est présentée ci-dessous :

	Indicateurs pertinents à suivre	
Acteurs rencontrés		
Finances	Nombre de Dossiers Facturés	Faire une distinction entre dossiers d'hospitalisation et dossiers externes
	Valorisation des Dossiers Facturés	
	Montants quittancés en régie	
DAF	Nombre de dossiers en attente de prise en charge	Faire une distinction entre dossiers d'hospitalisation et dossiers externes
	Volume d'activité	
	Valorisation de l'activité	
Trésorier	Taux d'annulation des titres émis	
	Taux de recouvrement	
	La régularité de l'émission des titres	
AAH BE	Le taux de rejet B2	
	Le nombre de dossiers en attente de taux	
	Montant admis en non-valeur	

Ce travail de recherche a permis de découvrir le fonctionnement de la chaîne de facturation recouvrement dans son ensemble.

3.3 Indicateurs sélectionnés pour le développement d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement au CHITS

Sur la base des travaux d'enquêtes et de cadrage de l'existant menés, une sélection restreinte d'indicateurs a été réalisée en coordination avec l'AAH du BE et les différents acteurs concernés par la démarche. De plus, des éléments précis concernant la définition des indicateurs et les modalités de suivi ont été développés.

⁴² Cf. Annexe 3, Entretien réalisé auprès de Mr P. B. Directeur des Affaires Financières

⁴³ Cf. Annexe 4, Entretien réalisé auprès de Mr H., Comptable public de l'hôpital

3.3.1 Présentation des indicateurs

Les indicateurs présentés ci-dessous sont le résultat d'une sélection importante basée sur la pertinence de leur existence⁴⁴. De plus, le nombre d'indicateurs sélectionnés limités, permet de poser les bases d'un tableau de bord plus complet qui aurait une architecture très explicite. Chaque indicateur sélectionné sera défini et une présentation de l'état des lieux sera faite. Enfin, une annexe, pour chaque indicateur, présente un récapitulatif complet de l'indicateur et du suivi qui a été décidé ainsi que des limites et contraintes observées. Il est important de préciser que les indicateurs concernent les consultations externes et les hospitalisations.

A) Taux d'annulation des titres émis⁴⁵

Définition

$$\frac{\text{Nombre de titre annulés}}{\text{Nombre de titres émis}}$$

État des lieux

Indicateur à suivre pour évaluer la qualité de la facturation.

Le suivi de cet indicateur est essentiel pour l'ordonnateur comme pour le comptable public afin d'évaluer la qualité de la facturation. En effet, un nombre de titres émis annulés trop important peut être la résultante de multiples facteurs constatant une perturbation dans la chaîne de facturation.

Le CHITS connaît un taux d'annulation des titres émis de l'ordre de 5 %.

Afin d'améliorer ce taux, une instruction ministérielle N° 11-009-M0 du 25 mars 2011⁴⁶, a posé les bases de bonnes pratiques de gestion dans une charte intitulée « La charte des bonnes pratiques de gestion des recettes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ».

⁴⁴ Cf. Annexe 5 : Indicateurs découverts au cours de la démarche de recherche

⁴⁵ Cf. Annexe 6 : Le taux d'annulation des titres émis

⁴⁶ Cf. Instruction N° 11-009-M0 du 25 mars 2011, [(31)]

B) Taux de recouvrement par type de débiteur⁴⁷

Définition

$$\frac{\text{Montant des titres pris en charge}}{\text{Montant du recouvrement}}$$

Cet indicateur permet de mesurer le recouvrement et son efficacité.

État des lieux

Il est en diminution au CHITS, car certains établissements hospitaliers ne payent pas leur dette (exemple des actes de biologie sous-traités par le CHITS).

À ce jour, années 2014 et précédente, le montant est de 1 M d'euros.

En 2014, le taux de recouvrement était de 96,42 % sur le budget principal H. (La prise en compte des actes de biologie ferait remonter ce taux à 98 %).

Une possibilité est donnée au Directeur de l'établissement de prévenir le DG de l'ARS. Celui-ci peut prendre une décision de mandatement d'office. (Solution délicate pour un directeur d'établissement, vis-à-vis d'un autre directeur).

C) Taux de rejet des flux B2⁴⁸

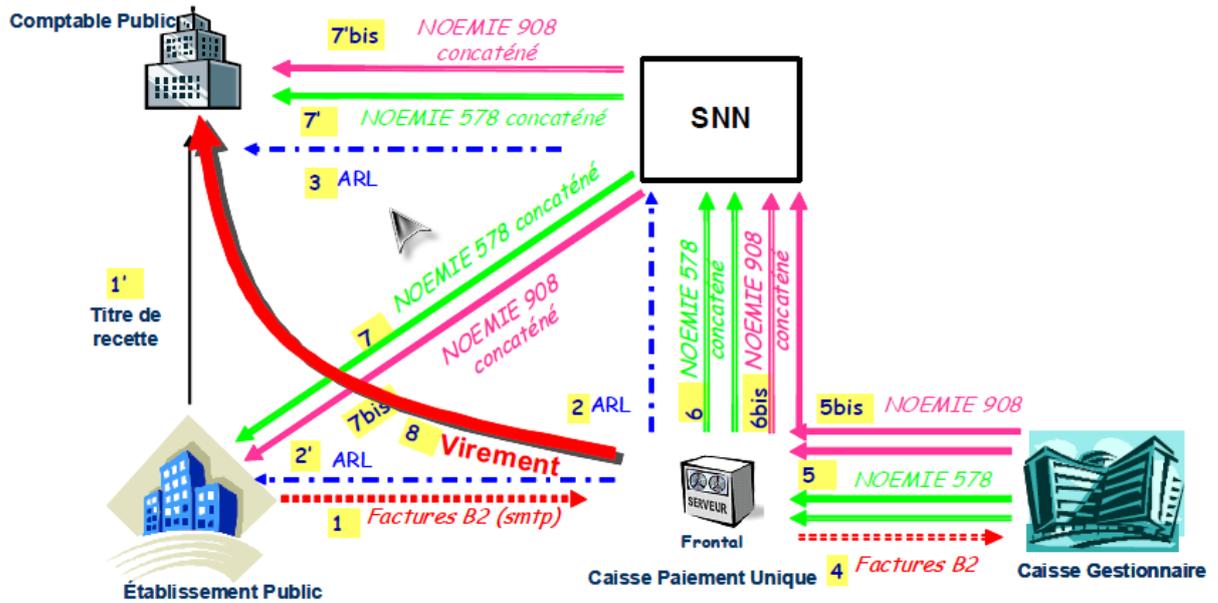
Définition

La caisse de paiement unique (CPU) est l'unique interlocuteur technique des établissements pour l'ensemble de leurs flux T2A, tous régimes confondus.

⁴⁷ Cf. Annexe 7 : Taux de recouvrement par type de débiteur

⁴⁸ Cf. Annexe 8 : Taux de rejet B2 délivré par l'ARS

Schéma d'échange pour un établissement public de santé (EPS)



1	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'établissement de santé émet sa facture vers un frontal concentrateur au format B2 / SMTP, accessible par la CPU de référence de l'établissement.
1'	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> L'établissement de santé émet parallèlement un titre de recette en direction de son comptable public.
2 2' 3	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le frontal accuse réception des fichiers et émet des ARL (positif ou négatif ; Réf. 930) vers le SNN et l'établissement de santé. <input checked="" type="checkbox"/> Lorsque l'ARL est négatif le lot défectueux n'est pas transmis à la caisse gestionnaire.
4	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La CPU envoie les fichiers vers les caisses gestionnaires concernées.
5	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture est jugée conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de paiement (Réf. 578).
5 bis	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Si la facture n'est pas conforme, la caisse gestionnaire transmet au frontal un retour NOEMIE de rejet (Réf. 908).
6 6 bis	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La CPU concatène les RSP (paiement ou rejet) marqués « CGECPU » (qui deviennent des RSP « CPU ») et les transmet vers le SNN.
7 7 bis 7' 7' bis	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Le SNN centralise les retours de toutes les caisses gestionnaires pour les comptables et les établissements publics.
8	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> La CPU effectue un virement correspondant au montant du RSP 578 (CPU).

L'établissement réalise une facture électronique au format B2 à l'attention de la caisse gestionnaire AMO de l'assuré. Il constitue un fichier B2 regroupant l'ensemble des factures à l'attention d'un même organisme AMO destinataire, en charge du traitement de liquidation de ces factures. Il adresse ce message B2, au format SMTP (chiffrement des données) vers le frontal de sa CPU. Cette dernière effectue un certain nombre de contrôles et lorsque le résultat est positif, le frontal route le fichier B2 vers l'organisme AMO destinataire. Le frontal émet un Accusé de Réception Logique (ARL) positif ou négatif à l'attention de l'établissement selon le résultat des contrôles et communique une copie de cet ARL au SNN.

La norme B2 fixe le format unique utilisé par les établissements de santé pour émettre leurs factures sous forme de flux par messagerie chiffrée vers le frontal technique.

La norme B2 est dite « aller » car elle est porteuse des factures émises par l'établissement à l'encontre d'un organisme d'AMO. Le destinataire de la facture au format B2 est donc l'organisme d'assurance maladie en charge du traitement de cette facture en transitant via le frontal de la CPU (frontal Régime général ou MSA).

Le passage à la T2A des établissements de santé en 2008 s'est accompagné d'une dématérialisation des factures vers l'AMO selon les normes B2 (« flux B2 »). En cas d'anomalies des données télétransmises, on parle de « rejets B2 » lorsque les factures sont rejetées par la caisse pivot⁴⁹.

État des lieux

Le taux de rejet B2 pour être éligible en FIDES est de 8 %. Le CHITS s'est conformé aux normes et a même réussi à descendre autour de 4 à 6 % de rejet. La situation actuelle, suite aux nombreux dysfonctionnements a fait augmenter ce taux de rejet à près de 5 – 7 %. Cela représente, en volume, un nombre très important de rejets et donc un mauvais signal sur le fonctionnement de la chaîne de facturation – recouvrement. Afin de contenir ce résultat, le responsable du BE est contraint de travailler étroitement avec la Sécurité Sociale qui communique le taux de rejet B2 régulièrement. L'objectif étant de repérer les anomalies qui créent un rejet sur des lots de factures.

Le suivi de cet indicateur est alors fondamental pour évaluer la qualité de la chaîne de facturation – recouvrement et agir en conséquence.

⁴⁹ Cf. « Dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie obligatoire », 2006 [(op. cit.)]

D) Nombre des admissions en non-valeur⁵⁰

Définition

Lorsque la créance est définitivement irrécouvrable, la perte, et donc sa sortie de l'actif, doit être constatée en comptabilité. L'irrécouvrabilité d'une créance publique peut trouver son origine dans la situation du débiteur (insolvabilité caractérisée par l'échec des relances et poursuites engagées, disparition...) ou dans l'échec du recouvrement amiable (créance inférieure aux seuils des poursuites définis au plan local).

Les créances émises à l'encontre de l'assurance maladie et de l'ensemble des personnes morales de droit public ne peuvent pas être admises en non-valeur.

Les charges résultant de l'admission en non-valeur des créances irrécouvrables constituent des charges d'exploitation imputées au compte 654 « Pertes sur créances irrécouvrables ».

Depuis la mise en place de l'EPRD en 2006, la décision d'admission en non-valeur d'une créance devenue irrécouvrable relève de l'ordonnateur. Ce dernier formalise l'admission en non-valeur des créances présentées par le comptable public par une décision qu'il joint au mandat avec l'état des créances admises.

Il convient que le comptable ne tire aucune conséquence comptable de cette décision dès lors qu'il n'a pas reçu le mandat constatant la charge budgétaire induite par la décision du directeur. En effet, seule la présence de ce mandat permettra la validation de la liste constituée lors de la présentation en non-valeur effectuée préalablement par le comptable.

L'admission en non-valeur d'une créance a pour résultat d'apurer les prises en charge, en faisant disparaître des écritures de prise en charge du comptable, les créances irrécouvrables : la créance disparaît donc du bilan. Toutefois, elle ne modifie pas les droits de l'établissement public de santé et ne libère pas pour autant le redevable, le recouvrement pouvant être repris si le débiteur revient à meilleure fortune.

En cas de paiement ultérieur à l'admission en non-valeur, cet encaissement sera comptabilisé comme une « rentrée sur créance amortie » (compte 7714) lors de l'émission du titre de recette⁵¹.

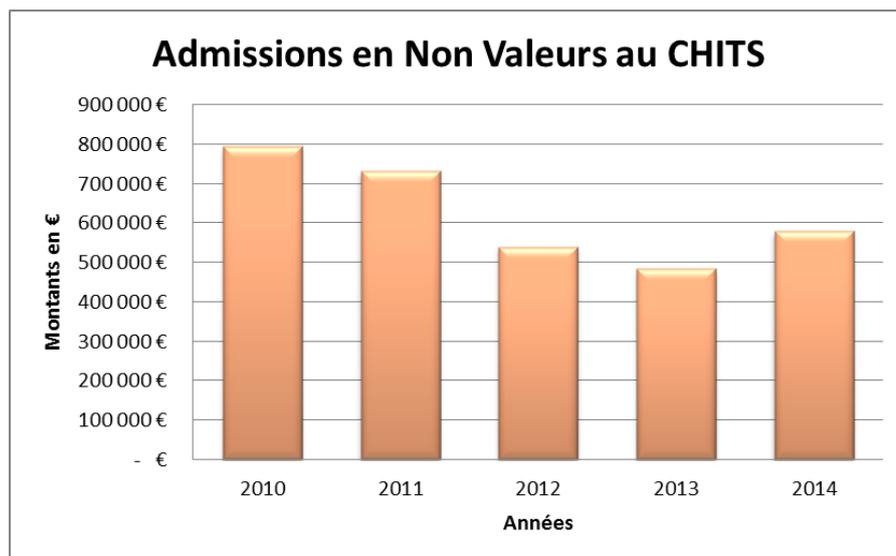
⁵⁰ Cf. Annexe 9 : Montants des admissions en non-valeurs

⁵¹ Cf. Fiche comptable n°1, Le traitement comptable du risque de non recouvrabilité, la comptabilisation des dépréciations des créances et des admissions en non-valeur [(32)]

État des lieux

Le nombre des admissions en non-valeur constitue un indicateur intéressant sur la possibilité de recouvrement dont dispose un établissement de santé. Cela dépend de la patientèle qui le fréquente, mais aussi des moyens déployés pour poursuivre le recouvrement après le séjour. L'intérêt de cet indicateur réside dans le montant total admis en non-valeur, ce qui représente une base de travail pour le Trésorier, le pôle Finances, mais également le BE.

Les données actuelles semblent démontrer un recul des ANV durant les 5 dernières années avec un léger rebond en 2014. Ainsi, il semble nécessaire de suivre cet indicateur afin de reprendre une tendance baissière ce qui aura pour conséquence un meilleur équilibre financier pour l'hôpital. En effet, les ANV constituent un manque à gagner important pour les établissements de santé, tout en prenant en compte la prestation de soins fournie et qui ne sera pas recouvrée.



E) Montant des encaissements en régie⁵²

Définition

La régie hospitalière représente une entité particulière au sein d'un hôpital. En effet, elle est en capacité d'encaisser pour le compte de la trésorerie des paiements effectués par les patients. Par exemple, la télévision dans une chambre, des repas supplémentaires, ... Pour cela, le régisseur est, comme le comptable public, responsable sur ses deniers personnels des montants qui pourraient avoir été manipulés de manière non autorisée. Pour se couvrir, il souscrit également à une assurance.

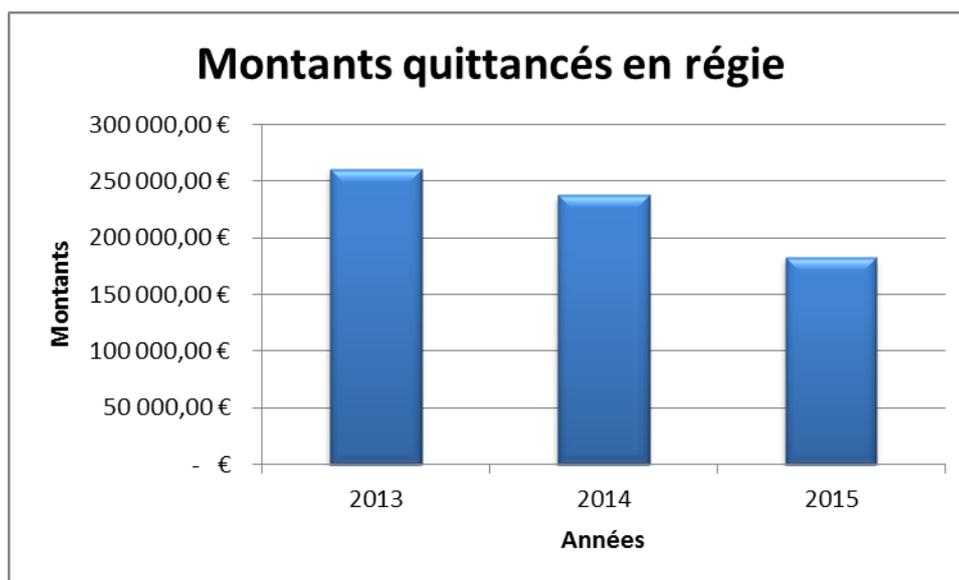
⁵² Cf. Annexe 10 : Montants quittancés en régie

État des lieux

Comme dans la plupart des hôpitaux de France, les encaissements en régie ne sont pas très développés au CHITS. En effet, il est possible de constater un faible montant quittancé en régie. Les prochains projets, notamment au BE, doivent se concentrer à développer la régie hospitalière afin de récupérer certains montants qui ne sont pas recouverts. Lorsque des petites sommes sont demandées aux patients, il serait envisagé de faire payer ces montants en régie afin d'être sûr de recouvrer ces sommes. Également, pour les patients étrangers, les régies peuvent permettre de recouvrer certains montants qui pourraient passer en ANV.

Le suivi de cet indicateur doit, dans un contexte réglementaire changeant, où les régies hospitalières vont prendre de plus en plus d'importance, permettre de suivre l'évolution de son développement et de son bon fonctionnement.

Le programme TIPI (Titre Payables par Internet) de la DGFiP, lancé ces dernières années a pour objectif d'augmenter les encaissements en régies.



3.3.2 Utilisation du tableau de bord et perspectives de suivi

Le tableau de bord intégrant ces indicateurs de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement devra être automatisé afin de limiter l'épuisement des équipes. Récolter tous les indicateurs de façon décentralisée, méthode actuellement utilisée au CHITS, représenterait une implication en temps des agents supérieure au besoin nécessaire. De plus, cela pourrait conduire à un épuisement des équipes ce qui serait contre-productif. Ainsi, son automatisation doit pallier à ce risque.

L'utilisation souhaitée lors de la commande du lieu de stage quant à l'élaboration d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement doit être commune entre les différents acteurs en présence. En effet, les données dont dispose le BE doivent être disponibles pour les AAH aux finances qui doivent anticiper dans le suivi des budgets. Le Trésorier, qui suit également les indicateurs sélectionnés, est amené à dialoguer avec les gestionnaires et attend de la part de ceux-ci une culture commune de gestion. La possibilité est donnée dans ce travail de créer un dialogue commun entre les acteurs.

La présentation claire et synthétique des éléments retenus est un avantage dans cette optique de dialogue entre les acteurs. Cela doit aussi être l'occasion de proposer des actions d'amélioration du fonctionnement de la chaîne de facturation – recouvrement sur les bases de données fiables et exploitables.

3.3.3 Les limites relative à la production et à l'utilisation d'un nouveau tableau de bord

La production d'un tableau de bord commun entre les différents acteurs de la chaîne de facturation – recouvrement va se heurter au langage différent entre les acteurs présents. En effet, les indicateurs de suivi et de contrôle ne sont pas exploités de la même manière entre les professionnels, ce qui rend leur pertinence instable. De plus, il a été difficile de faire accepter à certains adjoints des cadres l'utilité de la production d'un nouveau tableau de bord qui viendrait s'ajouter à ceux déjà existant. La production d'un tel outil ne trouve pas d'écho auprès des agents qui seraient amenés à collaborer sur ce projet. La raison principale réside dans la difficulté relevée de suivre régulièrement l'outil et de le remplir. Ainsi, la peur de certains est que l'outil tombe en désuétude au bout d'un certain temps.

La découverte durant les périodes de recherches sur le terrain de l'existence d'un logiciel commun entre la Trésorerie et la Direction des Finances sur le suivi du recouvrement, non activé par l'ordonnateur, doit permettre de donner un premier aperçu des indicateurs à suivre, relatifs au recouvrement. Cependant, son existence, méconnue de la partie ordonnateur laisse entrevoir un besoin de dialogue supplémentaire entre les acteurs. Le dialogue entre les acteurs constitue un élément majeur de réussite dans l'élaboration d'un tableau de bord, et une faiblesse dans l'impulsion qui est donnée pour son suivi, ferait perdre toute fiabilité à l'outil.

Conclusion

La production d'un tableau de bord à l'hôpital est un chemin long et semé d'obstacles qui ne sauraient remettre en cause l'utilité de son existence. Les recommandations régulières des financeurs, et des organes de contrôle des finances hospitalières, orientent les organisations vers la mise en place d'un suivi méthodique de leurs activités. La T2A, suivie de la FIDES bientôt complétée par le programme Symphonie⁵³ sont des facteurs de dématérialisation des données ainsi que d'une plus grande part donnée aux éléments chiffrés. La chaîne de facturation – recouvrement, impliquant tous les acteurs relevant de l'admission, de la facturation et du recouvrement est le cœur du fonctionnement économique d'un hôpital. Les recettes y étant directement encaissées.

Le développement d'un tableau de bord commun entre les acteurs de cette chaîne représente alors une opportunité pour l'établissement de santé, ici le CHITS, de créer une dynamique positive. Le suivi et le contrôle des indicateurs qui seraient sélectionnés, suite à l'implication de tous les secteurs concernés, crée un élan favorable à l'amélioration des pratiques. Sur le même principe que la certification qualité de la HAS, la certification des comptes qui réclame plus d'outils de gestion de type tableau de bord, doit permettre d'améliorer la qualité des données et d'avoir une vision au plus près de la réalité.

Cependant, des obstacles sont à prendre en considération lors du lancement d'une telle démarche. En effet, un contexte institutionnel défavorable, comme au CHITS suite à l'introduction d'un nouveau logiciel de facturation, détournera les agents du suivi de l'outil. Cette difficulté a été majeure durant la réalisation de ce mémoire, car le CHITS, fortement mis en difficulté au niveau de sa chaîne de facturation – recouvrement a du mobiliser l'ensemble des acteurs afin de maintenir la trésorerie de l'établissement en rattrapant les retards de facturation occasionnés.

Le rôle de l'AAH, prend alors tout son sens dans une telle situation et il lui incombe d'impulser de nouveau une dynamique positive permettant de motiver les équipes. Cette mobilisation a permis de réguler la situation et de continuer de travailler sur l'outil.

La démarche de recherche réalisée a conduit à découvrir un décalage dans le langage utilisé entre les acteurs et de ce fait parfois, une incompréhension dans la signification et l'utilisation des indicateurs.

⁵³ La finalité de SIMPHONIE : dématérialiser tous les échanges et automatiser les processus qui peuvent l'être afin de concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers

De plus, cette démarche a conduit à la découverte d'un logiciel commun, Delphes⁵⁴, entre la Trésorerie et l'ordonnateur, ce qui démontre le besoin d'accroître le dialogue entre les acteurs.

Les exigences réglementaires successives sur le financement des établissements de santé conduisent à l'augmentation des données chiffrées, ce qui exige l'utilisation d'outils pour suivre leurs évolutions.

Le tableau de bord, outil d'aide à la décision, est une des missions essentielles du contrôle de gestion s'inscrit parfaitement dans la nouvelle gouvernance. Pour le suivi et le contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement, le contrôle de gestion n'a pas été associé dans le cas du CHITS, car il est en pleine réorganisation. Cependant, les principes utilisés par le contrôle de gestion dans l'élaboration des tableaux de bord, souvent en lien avec les pôles ont été repris.

Le travail effectué représente une opportunité pour le CHITS, mais aussi pour tout établissement qui se lancerait dans une telle démarche. La rencontre avec les différents acteurs concernés, le travail sur les indicateurs sélectionnés, ainsi que la culture commune de gestion qui s'installe sont de nature à améliorer le fonctionnement de l'hôpital. Les recettes peuvent être suivies de manière dérivée en observant l'évolution des indicateurs de la chaîne, ce qui est un gage de qualité et permettra à l'établissement de répondre aux recommandations de la CRC.

⁵⁴ Entrepôt de données détaillées financières et comptables, dédié au pilotage des structures DGFIP et aux statistiques utiles aux collectivités

Bibliographie

1. **JUVEN, Pierre-André.** « Produire l'information hospitalière. Du codage des dossiers au gouvernement de l'activité ». *Revue d'anthropologie des connaissances*. 2013, Vol. 7, n° 4, pp. 815-835.
2. **ENGIN, Yilmaz et VUAGNAT, Albert.** Tarification à l'activité : quel impact sur les réadmissions à l'hôpital ? [éd.] DREES. *Etudes & Résultats*. Juin 2015, n° 0922, p. 4.
3. **INSEE.** « Effectifs de la fonction publique hospitalière ». *Insee.fr*. [En ligne] 2013. [Citation : 2 Août 2015.]
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon03187.
4. **MECSS et Mission d'Evaluation et de Contrôle, de la Sécurité Sociale.** *Rapport d'information N°2944 déposé par la Commission des Affaires Sociales*. 8 Juillet 2015. « La dette des établissements publics de santé ».
<http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i2944.pdf>.
5. **DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins.** Financement des établissements de santé. *Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes*. [En ligne] Juillet 2014. [Citation : 25 Juillet 2015.]
<http://www.santé.gouv.fr/financement-des-etablissements-de-santé,6619.html>.
6. **CIANFARANI, Xavier et QUAGLIA, Nicolas.** *La Tarification à l'Activité, un modèle d'allocation budgétaire*. Direction du Contrôle de gestion et contractualisation interne, AP HM. Marseille : s.n., 2012. p. 118, Cours.
7. **GASSEND, J.P.** *Le financement des établissements de santé et la tarification à l'activité (T2A)*. Marseille : s.n., 2012. p. 15, Présentation.
8. Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A). [En ligne] 2011. [Citation : 19 Juillet 2015.]
http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_T2A_au_Parlement_2011_transmis_1509_11.pdf.
9. **Légifrance.** Article L174-2-1 du Code de la Sécurité Sociale Créé par la Loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004. *Légifrance.gouv.fr*. [En ligne] 20 Décembre 2004. [Citation : 10 Août 2015.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006741463&cidTexte=LEGITEXT000006073189>.
10. **MEAH, Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers.** « Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière. Retours d'expérience ». V. 0.8 Paris : MeaH, 2008. p. 85.

11. **Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget, des comptes publics, de la fonction publique et de la réforme de l'Etat et UNCAM.** Projet FIDES. *Présentation auprès des éditeurs de logiciels hospitaliers*. 6 Avril 2010. p. 15.
12. **Légifrance.** art. 54 loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. *Légifrance.gouv.fr*. [En ligne] Version en vigueur au 15 juillet 2015, 17 Décembre 2008. [Citation : 15 Juillet 2015.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000019942966>.
13. —. Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004. *Légifrance.gouv.fr*. [En ligne] [Citation : 7 Août 2015.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000249276&fastPos=1&fastReqlId=1891910930&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>.
14. **Ministère de la santé et des sports, Ministère du budget, des comptes publics , et de la réforme de l'Etat et UNCAM.** « Projet FIDES, Cahier des charges des règles de facturation des actes et consultations externes (ACE) ». *santé.gouv.fr*. [En ligne] 3.0, 6 Mai 2010. http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/FIDES-Cahier_des_charges_ACE_V0_3.pdf.
15. **DGFIP, Direction Générale des Finances Publiques.** *Le rapport d'activité de la Direction Générale des Finances Publiques 2013*. Paris : s.n., 2014. p. 80. ISSN 2104-5445.
16. **Légifrance.** Art. 47-2 alinéa 2, Loi constitutionnelle n°2008-724 du 23 juillet 2008 de modernisation des institutions de la Ve République. *Légifrance.fr*. [En ligne] Constitution du 4 octobre 1958 , 23 Juillet 2008. [Citation : 15 Juillet 2015.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do?idArticle=LEGIARTI000019241048&cidTexte=JORFTEXT000000571356>.
17. —. Article L111-3-1 A, Loi n° 2011-900 du 29 juillet 2011 de finances rectificative pour 2011 . *Légifrance.fr*. [En ligne] Code des juridictions financières, 29 Juillet 2011. [Citation : 15 Juillet 2015.]
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006070249&idArticle=LEGIARTI000024418160>.
18. —. Article L6145-16 du Code de la Santé Publique, modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 17. *Légifrance.gouv.fr*. [En ligne] Code de la Santé Publique, 21 Juillet 2009. [Citation : 16 Juillet 2015.]
http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=E33ECAEA5ABC2C5AE7CA3A9C498FC92B.tpdila18v_2?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020886690&dateTexte=&categorieLien=id.
19. **DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins et DGFIP, Direction Générale des Finances Publiques.** Guide de fiabilisation des hôpitaux. *santé.gouv.fr*. [En ligne] 8, 16 Septembre 2011. [Citation : 19 Juin 2015.]
http://www.santé.gouv.fr/IMG/pdf/guide_fiabilisation_comptes-2.pdf.

20. **AUDOUARD, Alexandra et VIGUIER, Jean-Marc.** « Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé ». *Finances Hospitalières*. [En ligne] Juin 2012. [Citation : 5 Juillet 2015.]

http://www.finances-hospitalieres.fr/contrôle-interne-fiabilisation-comptes-amélioration-performance-exemple-facturation-individuelle-etablissements-santé_679B51833774B5.html. n°59.

21. **TRAVAILLE, Denis et MARSAL, Christine.** « Automatisation des tableaux de bord et cohérence du contrôle de gestion : à propos de deux cas ». *Comptabilité - Contrôle - Audit*. Février 2007. Tome 13, pp. 75-96. DOI 10.3917/cca.132.0075.

22. **DUPUY, Yves.** « *Comptabilités, contrôle, systémique* ». Nice : s.n., 1984. Communication au Congrès de l'AFC.

23. **MALO, J.L.** « *Tableaux de bord* ». [éd.] Economica. s.l. : Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et audit, 2000. pp. 1133-1144.

24. **CALLON, Michel.** « Éléments pour une sociologie de la traduction. La domestication des des coquilles Saint-Jacques et des marins-pêcheurs dans la baie de Saint-Brieuc ». *L'Année sociologique*. 1986. Vol. 36, pp. 169-208.

25. **NOBRE, Thierry.** « Quels tableaux de bord de pilotage pour l'hôpital ? ». Mai 2000. pp. CD-Rom. <halshs-00587494>.

26. **Legifrance.** Arrêté du 1er août 2014 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2015. *Legifrance.gouv.fr*. [En ligne] 26 Août 2014. [Citation : 19 juin 2015.]

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000029401818&categorieLien=id>.

27. **DGOS, Direction Générale de l'Offre de Soins; Sous-direction du pilotage de la performance , des acteurs de l'offre de soins (PF).** Le projet FIDES : la facturation individuelle des établissements de santé. *Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes*. [En ligne] 28 Mai 2015. [Citation : 12 Juin 2015.]

<http://www.santé.gouv.fr/la-facturation-individuelle-des-etablissements-de-santé-fides,6077.html>.

28. **ANAP.** Domaine de sécurité « Dématérialisation des échanges entre les établissements de santé et l'assurance maladie obligatoire ». *Profil fonctionnel de sécurité*. [En ligne] 1.1, 2006. [Citation : 1 Juillet 2015.]

http://www.anap.fr/fileadmin/user_upload/outils_et_publications/Publications/avant_2009/T2A_Profil_Fonctionnel_Securite_Demat-V1.1.pdf.

29. **MeaH, Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier.** *Optimiser la chaîne de facturation-recouvrement hospitalier*. MeaH-ANAP préfiguration. 2009. p. 69, Guide d'indicateurs.

30. **AGFA, Healthcare.** Accéder au Système d'Information hospitalier par le web pour une meilleure gestion. *Témoignage du Centre hospitalier de Cahors.* [En ligne] 2012. [Citation : 22 06 2015.]

http://www.agfahealthcare.com/he/france/fr/binaries/Cahors_tcm583-103435.pdf.

31. **Direction Générale des Finances Publiques.** *Instruction N° 11-009-M0 du 25 mars 2011.* 2011. « Partenariat entre ordonnateurs et comptables pour l'amélioration du recouvrement des produits locaux ».

http://circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2011/04/cir_32854.pdf. NOR : BCR Z 11 00018 J.

32. **Direction Générale de l'Offre de Soins et Direction Générale des Finances Publiques.** *Fiche comptable n°1.* 2011. Le traitement comptable du risque de non recouvrabilité, la comptabilisation des dépréciations des créances et des admissions en non valeur. http://santé.gouv.fr/IMG/pdf/FICHE_ANV_Vdef_nov11.pdf.

Supports

• Articles

- ❖ **BUNGENER, Martine et DE POUVOURVILLE, Gérard** « Patients, médecins, hôpitaux : une nouvelle donne ? Comment l'analyse économique répond-elle aux évolutions sociétales ? », *Les Tribunes de la santé* 2010/5 (n° HS 1), p. 53-65.
DOI 10.3917/seve.hs01.0053
- ❖ **CHOFFEL, Denis et MEYSSONNIER, François**, « Dix ans de débats autour du *Balanced Scorecard* », *Comptabilité - Contrôle - Audit* 2005/2 (Tome 11), p. 61-81.
DOI 10.3917/cca.112.0061
- ❖ **LE POGAM, Marie Annick et al.**, « La performance hospitalière : à la recherche d'un modèle multidimensionnel cohérent », *Management & Avenir* 2009/5 (n° 25), p. 116-134.
DOI 10.3917/mav.025.0116
- ❖ **MOLL, Marie Christine et al.**, « Tableau de bord d'évaluation du système qualité des pôles en établissement de santé : un outil pédagogique », *Recherche en soins infirmiers* 2009/3 (N° 98), p. 19-27.
DOI 10.3917/rsi.098.0019
- ❖ **NARO, Gerald.** « La dimension humaine du contrôle de gestion : la recherche anglo-saxonne sur les aspects comportementaux de la gestion budgétaire », *Comptabilité - Contrôle - Audit* 1998/2 (Tome 4), p. 45-69.

- ❖ **SEDEL, Laurent et TONNEAU, Dominique.** « Évolution de l'hôpital : le cri d'alarme d'un chirurgien », *Le journal de l'école de Paris du management* 2009/1 (N°75), p. 29-36.

DOI 10.3917/jepam.075.0029

- **Guides**

- ❖ **DHOS et DGCP.** « Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPS) ». *Guide de présentation*. Février 2003. p. 38.

- **Mémoires**

- ❖ **ASSIE, Gäetan.** « Préparer le secteur admission/facturation au passage de la Facturation Individuelle des Etablissements de Santé (FIDES). L'exemple du Centre Hospitalier de Saint-Malo Communauté Hospitalière de Territoire Rance Emeraude ». EHESP. 2014. p. 60, Mémoire Attaché d'Administration Hospitalière.
- ❖ **AUCLERT, Anaïs.** « 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 ». EHESP. 2012. p. 72, Mémoire Attaché d'Administration Hospitalière.
- ❖ **FAUCHER, Julie.** « Piloter, optimiser et contrôler la chaîne de facturation : défis et enjeux de la chaîne de facturation du CHD Félix Guyon ». EHESP. 2007. p. 101, Mémoire Directeur d'Hôpital.
- ❖ **LHOMME, Yann.** « De l'intérêt des tableaux de bord pour le pilotage dans la nouvelle gouvernance : l'exemple au Centre Hospitalier de Gonesse ». EHESP. 2006. p. 85, Mémoire Directeur d'Hôpital.
- ❖ **SAVARY, Sébastien.** « L'amélioration des pratiques de facturation au Centre Hospitalier de Narbonne ». EHESP. 2013. p. 68, Mémoire Attaché d'Administration Hospitalière.

- **Rapports**

- ❖ **ANAP.** *Outil Performance : Facturation Recouvrement Notice Explicative*. Mars 2011. p. 39.
- ❖ **Assurance Maladie, et al., et al.** *Normes B2 Inter-Régimes. Télétransmission de factures entre Professionnels de santé et Organismes d'Assurance Maladie*. Juin 2007. Cahier des charges. avec Errata.

- ❖ **ATIH, Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.** *Évolution prévisionnelle 2013-2014 de la situation financière des établissements de santé ex-DG.* ATIH. 2014. p. 12.
- ❖ **Chambre Régionale des Comptes , Pays de la Loire.** *Observations définitives concernant la gestion du centre hospitalier universitaire d'Angers.* Nantes : s.n., 2015. p. 77. 2015-109.
- ❖ **Commission des Affaires Sociales.** *Rapport d'information. La dette des établissements publics de santé. En conclusion des travaux de la MECSS.* 8 Juillet 2015. p. 305. Présenté par Mme Gisèle BIEMOURET.
- ❖ **Cour des Comptes.** *Rapport Sécurité Sociale. Chapitre VII. Tarification à l'activité et convergence tarifaire.* 2011. p. 29.
- ❖ **Cour des Comptes.** *Rapport Sécurité Sociale. Chapitre XIII. La certification des établissements de santé par la Haute Autorité de Santé.* 2012. p. 24.
- ❖ **DGFIP, DGOS et DGME.** *Paiement en ligne des frais hospitaliers TIPI régies hospitalières.* 2010. p. 26. 1. Guide d'aide à la décision à destination des directions d'établissements de santé publics.
- ❖ **DGFIP et DGOS.** *Fiabilisation et certification des comptes des établissements publics de santé. Contrôle interne comptable et financier (ordonnateur et comptable). Cartographie type du cycle recettes.* Novembre 2011. p. 11. Cartographie Recettes V12-4 15fév12 définitive.
- ❖ **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.** *Rapport 2011 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A).* 2011. p. 58.

• Textes législatifs

- ❖ **Direction Générale Des Finances Publiques, Sous-direction de la gestion comptable et financière des collectivités locales.** *INSTRUCTION N° 11-009-MO du 25 mars 2011. Partenariat entre ordonnateurs et comptables pour l'amélioration du recouvrement des produits locaux.* DGFIP. 2011.
- ❖ **Ministère des Affaires Sociales et de la Santé Et Ministère des Finances et des Comptes Public.** *Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n° 173 30 mai 2014* relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé

- ❖ **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, Secretariat d'Etat à la Santé Et Ministère du Budget, des Comptes Publics et de , la Reforme de l'Etat.**
CIRCULAIRE INTERMINISTERIELLE N°DGOS/DGFIP/PF/PF1/CL1B/2011/391 du 10 octobre relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé.
DGOS ; DGFIP. 2011. p. 53. NOR : ETSH1127997C.
- ❖ **Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville Et Ministère de la Santé et des Sports.** *Circulaire DHOS/F4 n° 2009-319 du 19 octobre 2009 relative aux règles de facturation des soins dispensés dans les établissements de santé.* 2009. p. 88, Circulaire. NOR : SASH0924512C.
- ❖ **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.** *Décret no 2011-1209 du 29 septembre 2011 modifiant les dispositions relatives au contrôle de la tarification à l'activité des établissements de santé.* 2011. p. 3, Décret. NOR : ETSS1121493D.
- ❖ **Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé.** *Instruction relative aux modalités de validation des données d'activités transmises par les établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L.162-22-6 du code de la Sécurité Sociale via le logiciel Lamda.* 2011. p. 2.

- **Sites internet**

- ❖ **Santé.gouv.fr**
- ❖ **Cairn.fr**
- ❖ **ANAP.fr**
- ❖ **Hospidiag.atih.sante.fr**
- ❖ **Légifrance.gouv.fr**

Liste des annexes

- Annexe 1 : Questionnaire de recueil d'information**
- Annexe 2 : Entretien réalisé auprès de Mme C. B., AAH Finances**
- Annexe 3 : Entretien réalisé auprès de Mr P. B., DAF**
- Annexe 4 : Entretien réalisé auprès de Mr H., Trésorier**
- Annexe 5 : Les indicateurs retenus au cours des enquêtes de terrain**
- Annexe 6 : Le taux d'annulation des titres émis**
- Annexe 7 : Taux de recouvrement par type de débiteur**
- Annexe 8 : Taux de rejet B2 délivré par l'Assurance Maladie**
- Annexe 9 : Montants admis en non-valeur**
- Annexe 10 : Montants quittancés en régie**
- Annexe 11 : Dossier en attente de prise en charge sur e-PMSI**
- Annexe 12 : Outil d'évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation - recouvrement**

Annexe 1 : Questionnaire de recueil d'information

Le suivi et le contrôle de la chaîne de facturation/recouvrement au CHITS : exigence réglementaire et opportunité d'évolution

Questionnaire de recueil d'information

L'objectif de la mission est en premier lieu de définir quelles données relatives au BE sont nécessaires pour les services finances de l'hôpital, puis dans un second temps comprendre le traitement de cette information.

Ce travail doit permettre la réalisation d'un document (Tableau de bord) commun permettant au BE et au Finance de discuter, sur la base d'indicateur choisis, des éléments pertinents et de décider d'une orientation stratégique.

Questions sur les informations à récolter :

- *Quelles informations/données en provenance du BE (facturation/recette) sont nécessaires pour les services finances ?*
- *Quels sont les besoins en information des services ?*
- *Comment est récoltée cette information ?*

Question sur le traitement de l'information :

- *Quel traitement ou retraitement de cette information est réalisé ?*

Questions sur la temporalité de la démarche :

- *Y-a-t-il un cadrage temporel ? Le cas échéant, lequel ?*
- *Quel calendrier pour le traitement et le rendu de l'information ?*

Annexe 2 : Entretien réalisé auprès de Mme C. B., AAH Finances

Entretien réalisé auprès de Mme C. B. (Attachée d'Administration Hospitalière Finances) : 18/06/2012 à 14h00

(Retranscription manuscrite de l'entretien, sur la base d'un questionnaire)

- Quelles informations/données en provenance du BE (facturation/recette) sont nécessaires pour les services finances ?

Les informations qui sont importantes sont :

- Le nombre de dossiers créés externes et hospitalisation
- Le nombre de dossiers facturés et non facturés

Le volume de ces dossiers est également important.

Introduction de la notion de B2.

Le nombre de dossiers en rétrocession / Forfait technique / CMUC / AME / Soins d'urgence

Hospitalisation Nombre de dossiers		Externe Nombre de dossiers	
	B2		B2
	CMUC AME S-Urg		Rétrocession FT CMUC AME S-Urg
	Dossiers facturés		
Valorisation facturation		Valorisation facturation	

Cela doit permettre de voir les retards de facturation.

Pour les dossiers facturés, quelle valorisation ?

=> Objectif : intégration au prévisionnel de trésorerie

Il serait intéressant de voir en fonction des réalisations. Quels dossiers créés mais non facturés, et quels montants ? Sinon recouverts.

En ce qui concerne les rétrocessions, la donnée importante est le montant de la marge facturée.

- Données sur les hospitalisations :

Les informations qui pourraient être nécessaires sont relatives à la facturation des chambres.

Indicateur : les dossiers en attente de valorisation avec chambre particulière.

- Données relatives à FIDES :

- Pour les consultations externes

Consultation externe					
Nombre de dossiers créés					
Externe		Externe urgence		B2	
FIDES		T2A		FIDES	
Non facturé	Facturé	Non facturé	Facturé	Non facturé	Facturé
Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre	Nombre
Montant	Montant	Montant	Montant	Montant	Montant

Regarder s'il est possible de faire une correspondance avec la trésorerie.

- Pour les hospitalisations

Hospitalisation		
Nombre de dossiers créés		
Hospitalisation		B2
Non facturé	Facturé	Facturé
Nombre	Nombre	Nombre
Montant	Montant	Montant
Chambres particulières	Chambres particulières	Chambres particulières

Indicateur à suivre : nombre de journées facturées réellement, vérification à faire tous les 6 mois.

- *Comment est récoltée cette information ?*

Aujourd'hui, les requêtes sont faites de manière artisanale, pas de manière automatique.

- *Quel traitement ou retraitement de cette information est réalisé ?*

Aujourd'hui, le traitement se fait pour la réalisation de l'EPRD et pour les prévisionnels.

- *Y-a-t-il un cadrage temporel ? Le cas échéant, lequel ?*

Pour la construction de l'EPRD, il y a une synthèse 4 fois par an et une possibilité pour actualiser.

De novembre jusqu'à la mi-janvier en anticipé.

**Entretien réalisé auprès de Mr P. B. (Directeur des Affaires
Financières) : 11/06/2012 à 9h00**

(Retranscription manuscrite de l'entretien)

L'indicateur prioritaire à suivre est en lien avec le rythme de facturation.

Indicateur important = Nombre de séjours (Dossier en attente de prise en charge)

Si l'on part de l'existant, des tableaux de suivi existent déjà. Il est nécessaire de trouver une information pertinente.

D'autres indicateurs pourraient être utilisés comme le volume d'activité et la valorisation de cette activité (en incluant une comparaison par rapport à l'année précédente).

L'outil utilisé actuellement pour récupérer les données est PMSI pilote. Cependant, il est important de prendre connaissance des évolutions de tarifs (changement au 1^{er} Mars).

L'introduction de FIDES représente une révolution pour le BE et la chaîne de facturation. L'introduction du nouveau logiciel en web, les difficultés du BE révèlent les faiblesses de base du BE.

Pour rappel, le CHITS était en contrat de performance avec l'ANAP de 2010 à fin 2012, avec 12/13 chantiers à réaliser.

Le plus important est de s'intéresser au début de la chaîne de facturation avant de développer un tableau de bord sur la fin de la chaîne. Ce qui est important serait d'évaluer la situation actuelle.

Un travail de fond est à mener pour connaître les problématiques présentes.

Problème de formation du personnel

- " sur l'encadrement
- " de connaissance du métier
- " d'intégration avec les outils

Rappel de l'enregistrement du patient :

- processus soins (système d'information)
- processus facturation (AMO-AMC), le plus en amont possible

Il faut se poser la question de l'automatisation du tableau de bord.

Mais aussi est-ce que l'on peut recueillir les informations.

L'objectivation du tableau de bord est nécessaire.

Par exemple sur les problèmes de lenteur du nouveau logiciel de facturation : possible test à mettre en place avec un recueil d'informations pour démontrer à l'éditeur que les temps de réponse sont anormaux. Mesurer le temps de l'enregistrement.

Pour la gestion des flux, il serait intéressant de mesurer combien de patients par jour se présentent pour chaque bureau des PTCES. (Informations du logiciel Hexagone).

Le plus important étant de gérer les choses en amont. Etre amené à bien faire le travail. L'amont de la chaîne est essentiel.

Annexe 4 : Entretien réalisé auprès de Mr H., Trésorier

<p style="text-align: center;">Entretien réalisé auprès de Mr H., comptable public de l'hôpital : 12/08/2015 à 15h00</p>
--

Explication de la chaîne de facturation partie trésorerie :

La trésorerie correspond à la partie comptable de l'hôpital. Une recette correspond à une facture et cette facture est complétée par un titre de recette.

L'émission d'un titre de recette permet au Trésorier de poursuivre un débiteur sans passer par le juge, ce qui permet d'accélérer cette partie du recouvrement.

La prise en charge du titre de recette se fait de la manière suivante, il y a une constatation de la recette dès l'émission d'un titre. Cela conduit en écriture comptable à un équilibre en ouvrant un compte de classe 4 constatant une créance à recouvrer.

Si c'est un flux automatique en B2, il y a une transmission des informations à l'AM qui fait le virement dans les 2 à 3 jours.

Si ce n'est pas automatique, soit pour les caisses complémentaires, soit pour les patients. Alors le Trésor émet des Avis de Sommes à Payer (ASP). [ASP à l'attention des caisses complémentaires et ASP à l'attention des particuliers].

La possibilité du contentieux : (en lien avec les Caisses complémentaires et les Particuliers)

- . Sous formes de relance pour les caisses complémentaires
- . Pour les particuliers : recouvrement qui suit un cadre légal

Dans le cas d'un contentieux avec un particulier, le Trésor peut émettre un Avis à Tiers Détenteur :

- A l'encontre de l'employeur
- De la caisse de retraite
- De pôle emploi
- Saisi sur compte bancaire
- Saisi sur la CAF (si enfant)
- Saisies sur les biens

Des seuils sont à respecter, en effet en dessous de 30 € aucune action ne sera lancée. Cela s'explique par le fait qu'un recours à l'encontre de l'employeur ne peut s'effectuer qu'au-delà de 30 €. La saisie sur compte bancaire ne peut se faire qu'au-delà de 120 €.

A la fin du processus, soit la créance est recouvrée.

Soit il faut constater une créance irrécouvrable. Il y aura une présentation en non-valeur, ou irrécouvrable

En cas de créance irrécouvrable, il faudra que l'hôpital ouvre un compte présent dans l'EPRD, compte 654, pour les créances non recouvrées.

Pour la constatation de créance irrécouvrable, l'ordonnateur admet ou non la créance irrécouvrable.

- 1) Le directeur admet la créance irrécouvrable, alors il y a l'émission d'un mandat.
- 2) Si le directeur s'oppose, il doit en expliquer les raisons, et fournir les éléments nécessaires.

Une des explications pour laquelle la présence d'un comptable public à l'hôpital est nécessaire est que le comptable public a accès aux données fiscales des particuliers.

Quels sont les échanges entre la Trésorerie Principale et l'hôpital :

Les systèmes d'information dans ces échanges est très important. La TP à son propre système d'information et l'hôpital a son système d'information. Les échanges sont donc informatisés. Toutefois des échanges informels entre les deux entités participent à l'échange d'information quotidiennement.

* Avant 2014, existence d'un protocole HTR :

Ce protocole consistait en un retour régulier du contenu des fichiers de dépenses et de recettes.

* A l'été 2014, passage au protocole PES-V2 :

Au lancement de ce protocole, il n'y avait pas de flux retour prévu entre la trésorerie et le bureau des entrées (hôpital). Désormais cette possibilité a été ajoutée. (1 année de navigation à vue).

Utilisation du fichier OCRE. Cependant ce retour reste partiel, pour l'instant seulement pour la GAP gestion administrative des patients (hospitalisations et consultations externes).

* De plus, certains agents du BE sont habilités pour interroger HELIOS, le logiciel de la Trésorerie.

En 2014, 580 000 € en créances irrécouvrables.

Des anomalies dans la chaîne de facturation peuvent-elles avoir des conséquences sur le recouvrement :

Certains problèmes peuvent arriver :

- Des problèmes d'identification patients (par exemple une adresse non conforme)
- Des fraudes aux cartes vitales
- Dossier pas à jour

Des difficultés peuvent apparaître avec les mutuelles également.

- Des problèmes de vérification de prise en charge
- Des problèmes d'identification de l'hôpital

Cela peut poser des difficultés dans le recouvrement.

Quels indicateurs sont suivis par la Trésorerie ou peuvent être significatif dans le suivi et le contrôle de la chaîne de facturation :

- Le taux d'annulation des titres :

$$\frac{\text{Nombre de titre annulés}}{\text{Nombre de titres émis}}$$

Indicateur à suivre pour évaluer la qualité de la facturation.

- Taux de recouvrement :

$$\frac{\text{Montant des titres pris en charge}}{\text{Montant du recouvrement}}$$

Cet indicateur permet de mesurer le recouvrement et son efficacité.

Il est en diminution au CHITS car des établissements hospitaliers ne payent pas leur dette (exemple des actes de biologie sous-traités par le CHITS).

À ce jour, années 2014 et précédente, le montant est de 1 M d'euros.

En 2014, taux de recouvrement de 96,42 % sur le budget principal H. (La prise en compte des actes de biologie ferait remonter ce taux à 98 %).

Une possibilité est donnée au Directeur de l'établissement de prévenir le DG de l'ARS. Celui-ci peut prendre une décision de mandatement d'office. (Solution délicate pour un directeur d'établissement, vis-à-vis d'un autre directeur).

- La régularité de l'émission des titres :

Indicateur permettant de suivre le lissage de l'émission de titres sur une année. Vérifier s'il est constaté des pics d'émissions.

Une courbe équilibrée est privilégiée à des fluctuations trop importantes. En effet, cela permet de vérifier la régularité de la trésorerie.

La prise en compte du déploiement de FIDES en avril 2015 explique l'évolution du volume de titres émis croissant après cette période.

Un logiciel permet au Directeur des Affaires Financières d'avoir accès aux données de la Trésorerie. Le logiciel Delphes propose un tableau de bord financier à l'attention de l'ordonnateur afin de coordonner certaines informations.

Annexe 5 : Les indicateurs retenus au cours des enquêtes de terrain

- Taux d'annulation des titres émis
- Nombre de dossiers en attente de taux de prise en charge
- Taux de recouvrement
- Taux de rejet B2
- Montant quittancé en régie
- Montant des ANV
- Montant facturé / non facturé
- Nombre de dossier facturé / non facturé
- Nombre de journée en chambre particulière
- Soldé / non soldé
- Titre 100 % payant non encaissé
- Nombre de titre soldé HBG / non soldé HBG

Annexe 6 : Le taux d'annulation des titres émis

Présentation de l'indicateur	
Définition	<i>Suivi des titres émis annulés</i>
Objectif	<i>Mesurer le taux d'annulation des titres émis</i>
Intérêt	<i>Mesurer la qualité d'émission des titres</i>
Production de l'indicateur	
Mode de calcul	<i>Nombre de titres émis annulés / nombre total de titres émis</i>
Source et modalités du recueil	<i>Requête B.O. sur le S.I.</i>
Auteur du recueil	<i>B.D.E. T.P.</i>
Fréquence du recueil	<i>Mensuelle</i>
Niveau de difficulté	<i>Facile</i>
Freins	<i>Disponibilité d'un agent</i>
Utilisation de l'indicateur	
Pilotage et diffusion	<i>Traitement semestriel du tableau de bord Résultats communiqués de manière globale</i>

Annexe 7 : Taux de recouvrement par type de débiteur

Présentation de l'indicateur	
Définition	<i>Suivi du recouvrement par type de débiteur (patients, mutuelles, C.M.U./A.M.E.), année en cours et année antérieures</i>
Objectif	<i>Mesurer le taux de recouvrement par type de débiteur</i>
Intérêt	<i>Mesurer l'efficacité du recouvrement Qualifier le manque en trésorerie Mesurer l'impact de l'accélération de la facturation sur le recouvrement</i>
Production de l'indicateur	
Mode de calcul	<i>Montant des factures réglées / montant total facturé par type de débiteur</i>
Source et modalités du recueil	<i>Requête B.O. sur le S.I. Requête sur le S.I. du T.P.</i>
Auteur du recueil	<i>B.D.E. T.P.</i>
Fréquence du recueil	<i>Mensuelle</i>
Niveau de difficulté	<i>Difficile</i>
Freins	<i>Eventuel besoin d'intervention d'un sous-traitant pour la création des univers B.O. Tri et analyse des informations T.P.</i>
Utilisation de l'indicateur	
Pilotage et diffusion	<i>Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués en réunion des cadres des finances</i>

Annexe 8 : Taux de rejet B2 délivré par l'AM

Présentation de l'indicateur	
Définition	<i>Suivi des rejets des factures télétransmises</i>
Objectif	<i>Mesurer le taux de rejet des flux B2</i>
Intérêt	<i>Identifier les erreurs récurrentes Mesurer la qualité de la facturation</i>
Production de l'indicateur	
Mode de calcul	<i>Nombre de factures télétransmises rejetées / nombre total de factures</i>
Source et modalités du recueil	<i>Compte rendu mensuel de la Sécurité Social, avec le détail des rejets</i>
Auteur du recueil	<i>B.D.E. Contrôle de gestion</i>
Fréquence du recueil	<i>Mensuelle</i>
Niveau de difficulté	<i>Difficile</i>
Freins	<i>Chronophage</i>
Utilisation de l'indicateur	
Pilotage et diffusion	<i>Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués sous la forme de bilans d'activité, ou d'alertes en cas de dérapage</i>

Annexe 9 : Montants admis en non-valeur

Présentation de l'indicateur	
Définition	<i>Somme des admissions en non-valeur</i>
Objectif	<i>Mesurer le nombre des A.N.V.</i>
Intérêt	<i>Identifier les pertes définitives</i>
Production de l'indicateur	
Mode de calcul	<i>Comptage en nombre et en montant des A.N.V., par tiers et par motif</i>
Source et modalités du recueil	<i>Requête sur le S.I. du T.P.</i>
Auteur du recueil	<i>T.P.</i>
Fréquence du recueil	<i>Mensuelle</i>
Niveau de difficulté	<i>Facile</i>
Freins	<i>Néant</i>
Utilisation de l'indicateur	
Pilotage et diffusion	<i>Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués en réunion</i>
Pour aller plus loin	<i>Cet indicateur peut être lu en parallèle du montant des pertes dues aux ANV, afin de valoriser le manque à gagner</i>

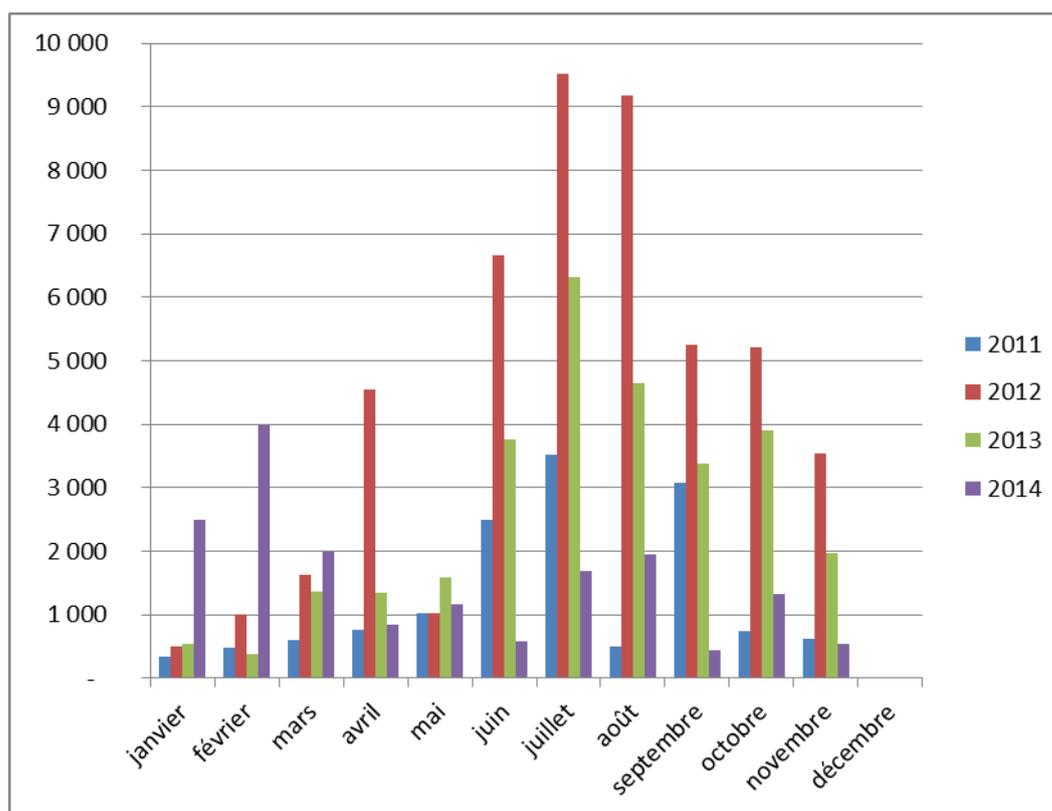
Annexe 10 : Montants quittancés en régie

Présentation de l'indicateur	
Définition	<i>Suivi des encaissements directs</i>
Objectif	<i>Mesurer le montant des encaissements en régie</i>
Intérêt	<i>Développer les encaissements en régie Suivre la continuité des encaissements directs au regard de l'exercice précédent</i>
Production de l'indicateur	
Mode de calcul	<i>Comptage au mois le mois</i>
Source et modalités du recueil	<i>Requête B.O. sur le S.I.</i>
Auteur du recueil	<i>B.D.E.</i>
Fréquence du recueil	<i>Mensuelle</i>
Niveau de difficulté	<i>Facile</i>
Freins	<i>Néant</i>
Utilisation de l'indicateur	
Pilotage et diffusion	<i>Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués en réunion</i>

Annexe 11 : Dossiers en attente de prise en charge sur e-PMSI⁵⁵

	2011	2012	2013	2014	2015
janvier	330	501	539	2 494	628
février	480	1 012	378	3 982	705
mars	594	1 624	1 376	1 995	1 292
avril	768	4 547	1 347	849	3 156
mai	1 023	1 023	1 580	1 156	5 798
juin	2 503	6 668	3 771	581	
juillet	3 527	9 518	6 321	1 697	
août	494	9 182	4 657	1 941	
septembre	3 084	5 258	3 370	449	
octobre	739	5 209	3 894	1 335	
novembre	619	3 544	1 970	550	
décembre	1	-	3		

le 08/06



⁵⁵ Données issues d'un tableau de bord interne au CHITS

Annexe 12 : Outil d'évaluation de la maturité de l'organisation de la chaîne de facturation - recouvrement

1 - PILOTAGE		Oui / Non	REMARQUES
a Tableaux de bord			
a.1	Il existe des tableaux de bord périodiques et systématiques (selon un planning pré-défini) portant sur les résultats de la facturation et du recouvrement.	Non	<i>Les ES font svt des tableaux de bord uniquement de la facturation. Les indicateurs du recouvrement sont ceux du TP. Ils sont rarement rapprochés des autres indicateurs dont ils dépendent pourtant comme ceux de la facturation ou du codage des actes. Le processus est transverse. Il suit le parcours du patient de son entrée à sa sortie puis le flux des documents de facturation jusqu'au "payeur". Le schéma présenté dans le document joint rappelle les trois fonctions majeures du processus : admission; séjour-facturation; recouvrement.</i>
a.2	Ces tableaux de bord comportent les indicateurs fournis par la TP.	Non	
a.3	Les tableaux de bord comprennent aussi des indicateurs propres à l'établissement : délai, taux de facturation patient à fin de mois.	Non	<i>Point de départ : sortie du patient. Par exemple : délai réel de facturation ou taux de facturation /patient à fin de mois. Tous les systèmes disposent de cette information.</i>
a.4	Les tableaux de bord sont examinés périodiquement dans une réunion avec le TP, le DAF, le DIM et communiqués au directeur.	Non	<i>Les DIM sont aujourd'hui rarement impliqués. Néanmoins, c'est une bonne pratique. Par cette question, on induit que l'implication des DIM évite qu'ils aient une vision trop "spécialisée" sur la qualité de la donnée médicale ou qu'ils s'enferment dans le rôle strict de "statisticiens" de l'information médicale.</i>
b Management des bureaux des entrées			
b.1	L'activité du ou des bureaux d'entrée est placée sous une responsabilité unique.	Oui	<i>Pour ceux qui ont décentralisé l'accueil et l'entrée du patient : il s'agit de l'ensemble des personnels prenant en charge cette fonction d'accueil du patient.</i>
b.2	Le DAF supervise l'activité de facturation des bureaux des entrées.	Oui	<i>Quel que soit le rattachement hiérarchique du BE. La bonne pratique est que le DAF s'intéresse à l'efficacité de l'action du BE en terme de recouvrement.</i>
b.3	Un suivi quantitatif de l'activité du bureau des entrées est fait systématiquement (selon un planning pré-défini).	Oui	<i>Des indicateurs (quantitatifs) servent à suivre l'activité.</i>
b.4	Une évaluation qualitative de l'activité du bureau des entrées est systématiquement effectuée.	Oui	<i>Des observations in situ viennent expliquer les éventuels dysfonctionnements de l'activité.</i>
c Homogénéité des procédures et Coordination inter-services			
c.1	Le recouvrement est un processus transverse placé sous une responsabilité/ ou une coordination unique.	Oui	<i>Ce processus est transverse : depuis l'accueil jusqu'à la TP (et retour des rejets).</i>
c.2	Tous les services chargés de la prise en charge administrative du patient s'appuient sur les mêmes procédures pour ouvrir les droits.	Oui	<i>La Procédure est le document sur lequel s'appuie l'agent pour exécuter dans un cadre clair sa fonction. Ce n'est pas le guide utilisateur de l'outil informatique. La procédure peut s'articuler à celui-ci mais ne s'y réduit pas car le travail de l'agent ne se limite pas à la saisie informatique.</i>
c.3	Tous les services chargés de la prise en charge administrative du patient ont reçu les mêmes formations pour leurs agents.	Oui	<i>Quel que soit le rattachement hiérarchique.</i>
c.4	Le même contenu de communication a été utilisé pour tous les services chargés de l'entrée du patient.	Oui	
d Mobilisation de l'organisation			
d.1	La problématique de la facturation et du recouvrement est un sujet qui a été abordé en conseil exécutif.	Oui	<i>Le recouvrement proprement dit est sous la responsabilité du comptable public. Néanmoins, ses résultats sont à présenter à l'ordonnateur afin que TP et Etablissements de Santé partagent des objectifs communs d'amélioration.</i>
d.2	Un membre de la direction a été chargé de mener des actions d'optimisation du processus de facturation pour l'année en cours.	Oui	
d.3	Des actions spécifiques ont été lancées pour optimiser l'une des fonctions au moins du processus de facturation et recouvrement.	Oui	<i>Les fonctions du processus (cf. schéma rappelant la décomposition du processus : admission; séjour-facturation; recouvrement). Améliorer le processus de facturation permet d'améliorer aussi le bout de la chaîne du processus constitué par le recouvrement.</i>
d.4	Des réunions spécifiques ont eu lieu sur ce thème au niveau des services ou des pôles.	Non	<i>Il peut s'agir des séances d'information/discussion au sein de réunions de pôles ou services.</i>
Statistiques		Oui Non & Vide	
		11 5	
		69% 31%	

2 - RESSOURCES HUMAINES

Oui / Non

REMARQUES

a			
Prise en charge administrative du patient			
a.1	Les agents chargés de la prise en charge administrative du patient sont formés aux techniques d'accueil du patient.	Oui	<i>L'accueil est une technique particulière. La maîtriser permet à l'agent d'être à l'aise dans sa relation de questionnement avec le patient. Or, certains agents d'accueil expriment clairement une réticence à questionner le patient sur les informations clés concernant son identification.</i>
a.2	Les agents sont formés à la réglementation de la sécurité sociale.	Non	
a.3	Tous les agents chargés de la prise en charge administrative du patient reçoivent une formation à la réglementation de la sécurité sociale au moins une fois par an.	Oui	
a.4	Leurs fiches de poste décrivent notamment la responsabilité dans la facturation.	Oui	
b			
Saisie des actes (comme point clé dans le processus de recouvrement)			
b.1	Les médecins ont été sensibilisés à leur rôle dans le processus de facturation.	Oui	<i>Dans un objectif d'exhaustivité, intégrité et rapidité - La saisie devant se faire au plus près des actes et au plus tôt.</i>
b.2	Les médecins ont reçu une formation spécifique au codage des actes.	Oui	
b.3	L'exhaustivité de la saisie des actes est une information systématiquement partagée avec les médecins.	Oui	<i>Un tableau récapitulant les dossiers non codés par pôle, service, équipe médicale peut servir à mettre en oeuvre ce point.</i>
b.4	Le délai de saisie des actes est une information partagée avec les médecins.	Oui	
c			
Facturation			
c.1	Les agents chargés de la prise en charge administrative du patient ont été formés au processus de facturation depuis 2006.	Oui	
c.2	Les agents des régies ont été formés au processus de facturation depuis 2006.	Oui	
c.3	La qualité du travail des agents pour réaliser les factures est examinée régulièrement (analyse des erreurs, suivi des "stocks", ...).	Oui	
c.4	Les fiches de poste décrivent les responsabilités dans le recouvrement des agents des régies.	Oui	
d			
DIM			
d.1	Les médecins DIM sont associés aux actions sur la facturation hospitalière.	Oui	
d.2	Les médecins DIM ont été formés au processus de facturation hospitalière.	Oui	
d.3	La qualité de la saisie des actes fait partie de la responsabilité des DIM.	Oui	
d.4	Leur fiche de poste décrivent leurs responsabilités dans la facturation hospitalière.	Oui	

Statistiques

Oui | Non & Vide

15 | 1

94% | 6%

3 - ORGANISATION		Oui / Non	REMARQUES
a Identification, accueil et sortie du patient			
a.1	La procédure d'accueil du patient décrit clairement comment prendre l'identité et l'Ouverture De Droit.	Oui	<i>Certains établissements ont décrit précisément la procédure d'accueil du patient et comment le recueil de l'identification pouvait être effectuée.</i>
a.2	Les données d'identification du patient sont vérifiées systématiquement avant la sortie du patient.	Non	
a.3	Les points d'accueil et de sortie du patient sont placés sur le parcours physique "naturel" du patient.	Oui	<i>Pour les "Séjours" et "consultations externes".</i>
a.4	Les points d'encaissement sont sur le parcours de sortie du patient.	Non	
b Contrôle des données administratives			
b.1	Des bornes vitales sont placées au plus près des points d'accueil.	Oui	
b.2	Des lecteurs de Carte Vitale équipent tous les postes d'accueil.	Oui	
b.3	Il y a une information systématique de l'entité chargée des actions de mise en cohérence entre carte Vitale et l'identité collectée.	Oui	<i>On utilise pas le terme de CIV car certains Etablissements de Santé ont bien la fonction équivalente mais pas la même appellation. La CIV (ou des agents spécialisés) est souvent en charge de cette action.</i>
b.4	Une procédure spécifique permet de rechercher une ODD pour les patients en situation de précarité (CMU, CMUC, AME, etc.).	Oui	<i>ODD = Ouverture de droit de la sécurité sociale.</i>
c Urgences			
c.1	Une gestion est organisée pour la prise en charge administrative du patient.	Oui	
c.2	Un point d'encaissement en régie est placé sur le parcours de sortie du patient.	Oui	
c.3	Le service des urgences a été sensibilisé spécifiquement aux règles concernant la facturation.	Oui	
c.4	Des actions spécifiques ont été engagées pour optimiser la facturation.	Oui	
d Organisation des relations interservices Soins / BE			
d.1	La cohérence des données recueillies par les services de soins et les bureaux des entrées est vérifiée.	Oui	
d.2	Les agents des bureaux d'entrée vont systématiquement chercher les informations manquantes dans les services de soins.	Non	
d.3	Les échanges d'information sur le patient entre les services de soins et les bureaux d'entrée sont réguliers.	Oui	
d.4	Les agents des bureaux d'entrée ont un correspondant clairement identifié dans chaque service de soins.	Non	

Statistiques

Oui	Non & Vide
12	4
75%	25%

4 - COMMUNICATION		Oui / Non	REMARQUES
a Entrée des patients : identité et ODD			
a.1	Une information pour les patients sur les documents à présenter lors de leur venue est fournie systématiquement.	Oui	
a.2	Cette information est au moins orale et systématique.	Oui	
a.3	Les agents chargés de la prise en charge administrative du patient ont reçu une formation à la communication vis à vis du patient sur ce thème.	Non	
a.4	Les services de soins ont reçu une formation à la communication vis à vis du patient sur ce thème.	Non	
b Hôpital et gratuité			
b.1	Une communication générale a été effectuée pour tous les agents sur la nécessité de faire payer l'activité de soins.	Non	<i>Les modalités de cette communication sont libres et en fonction de l'Etablissement.</i>
b.2	Une communication spécifique pour les médecins a été effectuée sur la nécessité de faire payer l'activité de soins.	Oui	<i>Par exemple : lettre dans la fiche de paye; recours à un échange entre médecins de l'établissement et médecins de contrôle de la Sécurité sociale pour parler de ce thème ainsi que de la bonne codification : ex profiter de leur venue pour parler de la circulaire "actes frontière".</i>
b.3	Une action de communication a été effectuée pour les patients sur le paiement des actes.	Oui	<i>Travail en commun peut être fait avec la CPAM : par ex. la CPAM peut agir sur les patients via ses canaux habituels (lettre aux assurés, messages sur les relevés de remboursement, etc.).</i>
b.4	Une action de communication spécifique a été effectuée aux urgences sur le paiement des actes.	Oui	
c Ressources Humaines			
c.1	Un service (ou les agents chargés) de la communication a pris en charge les messages pour les patients.	Oui	<i>Un relais par des messages nationaux pourrait être démultiplicateur de l'effet de la communication locale.</i>
c.2	Les agents chargés de la communication ont été sensibilisés au recouvrement.	Oui	
c.3	Les agents chargés de la communication ont reçu des formations spécifiques à la communication auprès des patients.	Non	<i>Les agents chargés de la communication sont sensibilisés à la communication "grand public" car c'est une démarche de communication particulière. Un relais par une campagne nationale (type anti-biotiques) serait bienvenue.</i>
c.4	Un service (ou les agents chargés) de la communication a pris en charge les messages vis à vis des médecins.	Oui	<i>Cette action permettrait de garantir une certaine qualité et rigueur des messages délivrés. Il faut éviter une communication "artisanale" et improvisée car le thème est très sensible.</i>
d Moyens utilisés			
d.1	Des Panneaux sont disposés sur le parcours "naturel" du patient. Ils portent des messages sur la mise à jour de la CV, l'identification, le paiement, les règles de facturation.	Oui	
d.2	Des Documents d'information sont distribués ou accessibles sur le parcours "naturel" du patient. Ils portent des messages sur la mise à jour de la CV, l'identification, le paiement, les règles de facturation.	Non	
d.3	Une Signalétique permet au patient d'être guidés vers les Bureaux pour la sortie.	Oui	
d.4	Un courrier ou un message est systématiquement donné par téléphone indiquant les documents à présenter à l'entrée est fourni au patient lorsqu'il prend rendez-vous pour une activité programmée (Consultation externe; séjour).	Oui	

Statistiques Oui | Non & Vide
11 | 5
69% | 31%

5 - RELATIONS AUX INSTITUTIONS		Oui / Non	REMARQUES
a Assurance Maladie			
a.1	Des formations à la réglementation de la sécurité sociale sont faites par des agents de l'Assurance Maladie.	Oui	
a.2	Les motifs de rejets de chaque CPAM sont examinés systématiquement pour actions rapides.	Oui	
a.3	Un correspondant de la CPAM a été désigné pour régler les problèmes d'identification et d'ODD.	Oui	<i>ODD = Ouverture De Droits de la Sécurité Sociale.</i>
a.4	Des modalités de travail régulières sont instaurées avec les autres régimes d'assurance maladie obligatoires.	Oui	
b Mutuelles			
b.1	Des modalités de travail régulières avec les principales mutuelles sont instaurées pour traiter des cas des patients adhérents.	Non	
b.2	Les principales mutuelles ont désigné un correspondant attiré pour régler rapidement les problèmes d'identification et d'ODD.	Non	
b.3	Les conventions avec les mutuelles ont été "relues" pour être en adéquation avec l'objectif d'un meilleur recouvrement (tout en respectant la qualité du service rendu au patient).	Oui	
b.4	Les motifs de rejets de chaque mutuelle sont examinés systématiquement pour actions spécifiques.	Oui	
c Trésorerie			
c.1	Des modalités de travail régulières ont été définies et formalisées entre la TP et l'établissement pour traiter de la qualité du recouvrement.	Oui	<i>La convention TP/établissement peut intégrer cette formalisation et être assortie de fiches action.</i>
c.2	Les agents chargés de la prise en charge administrative des patients rencontrent régulièrement les agents de la TP pour suivi et traitement des dossiers en instance.	Oui	
c.3	Des indicateurs de la qualité du recouvrement sont examinés en commun entre TP et Etablissement.	Oui	
c.4	Des actions communes sont examinées par la TP et l'établissement pour améliorer le taux de recouvrement en régie .	Oui	<i>La TP peut par ex. former les régisseurs aux bonnes pratiques et faire des rappels annuels sur les bonnes pratiques.</i>
d Liaisons informatiques			
d.1	Des liaisons dématérialisées ont été mises en place avec les principales caisses d'assurance maladie.	Oui	
d.2	Des liaisons dématérialisées ont été mises en place avec les principales mutuelles.	Non	
d.3	Les motifs de rejets informatiques sont examinés périodiquement et dans un délai contractualisé avec la CPAM.	Oui	
d.4	Les motifs de rejets informatiques sont examinés périodiquement et dans un délai contractualisé avec chaque mutuelle.	Non	<i>Les moyens de cet examen peuvent être divers : réunion, échange téléphonique, etc.</i>

Statistiques

Oui	Non & Vide
12	4
75%	25%

LECOMTE

Bastien

Décembre 2015

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion 2015

La mise en place d'un tableau de bord de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation/recouvrement au CHITS :
Exigence réglementaire et opportunité d'évolution

Résumé :

Le contexte économique dégradé des établissements de santé conduit les pouvoirs publics à observer de manière accrue les comptes de ces derniers.

La T2A, suivie de la FIDES et bientôt du projet Symphonie sont des éléments de nature à modifier le mode de financement des hôpitaux, avec une part croissante des données dématérialisées. La fiabilisation et la certification des comptes sont des éléments fondamentaux pour accroître la bonne gestion des établissements de santé dans ce contexte.

Les recommandations faites par la CRC au CHITS de formaliser des outils de suivi et de contrôle de la chaîne de facturation – recouvrement contribue à la commande de ce mémoire, la création d'un tableau de bord.

Un panorama du contexte législatif et réglementaire posera les bases des recommandations faites par la Cour des Comptes.

Une revue de la littérature permettra de prendre du recul sur l'introduction des tableaux bord à l'hôpital et de leurs utilités et des limites à considérer quant à leur développement.

Enfin, une démarche proactive de recherche sur le terrain doit amener à l'ébauche d'une construction d'un tableau de bord présentant les différents indicateurs, les plus pertinents, sélectionnés au CHITS.

Mots clés :

TABLEAU DE BORD , T2A , FIDES , CHAÎNE DE FACTURATION/RECOUVREMENT , CONTROLE INTERNE , FINANCEMENT , FACTURATION , ADMISSION , RECOUVREMENT , OPTIMISATION DES RECETTES , CERTIFICATION DES COMPTES

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.