



EHESP

Attaché d'Administration Hospitalière

Promotion : **2017**

Date du Jury : **décembre 2017**

**Maîtrise de la chaîne Admissions-
Facturation-Recouvrement : l'exemple
d'un audit au sein du CHIC Unisanté +**

Bertille CHONÉ

Remerciements

Je tiens tout particulièrement à remercier Madame Harmonie Acquaviva-Zirger, directrice des finances, pour sa disponibilité et la richesse de ses recommandations.

Je souhaiterais remercier Madame Isabelle Caillier et l'ensemble de l'équipe de direction pour leur accueil et leur bienveillance.

Je voudrais notamment remercier Madame Aurore Dewas, responsable des admissions et de la facturation, pour la qualité des informations et conseils transmis concernant la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement et le rôle de l'Attaché d'Administration Hospitalière.

Je désire également remercier l'ensemble des équipes administratives qui m'ont accompagnée durant le stage et plus spécifiquement les agents des bureaux des admissions et de la facturation, les assistantes médico-administratives, l'ensemble de l'équipe du Département d'Information Médicale et en particulier Dr Smykowski pour la qualité de nos échanges.

Je remercie aussi les agents comptables qui m'ont chaleureusement reçue ainsi que l'assistante sociale qui a pris le temps de m'expliquer son métier et son rôle au sein de l'établissement.

De façon globale, je remercie toutes les personnes interrogées dans le cadre de l'audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement.

J'associe à ces remerciements les professeurs de l'École des Hautes Études en Santé Publique, en particulier Monsieur Gérard De Daran, spécialisé en gestion budgétaire et financière établissements publics de santé. J'aimerais également mettre en avant Monsieur Christophe Le Rat et Madame Renée Poaty pour leurs conseils méthodologiques avisés.

Enfin, je voudrais remercier l'ensemble des contributeurs ainsi que les relecteurs de ce mémoire.

Sommaire

Introduction.....	1
1 Contexte financier et budgétaire du CHIC Unisanté +	5
1.1 Un ancrage dans le programme national d'amélioration des admissions, de la facturation et du recouvrement des établissements de santé : le programme SIMPHONIE.....	5
1.2 Une situation financière encore fragile.....	7
1.3 Une focalisation sur les recettes	8
1.3.1 Une amélioration du taux de rejets B2.....	8
1.3.2 Un changement de paradigme ancré	10
1.4 Méthodologie de recueil d'informations	11
2 De l'admission au recouvrement : les conditions de la facturation au CHIC Unisanté +	13
2.1 Le recueil des informations administratives de l'admission à la sortie du patient : clé de voûte de la chaîne	13
2.1.1 L'importance de la complétude des dossiers administratifs.....	13
2.1.2 Axes d'amélioration : faciliter l'admission, la sortie et l'encaissement du patient	16
2.2 La facturation des dossiers : un préalable aux recettes de l'établissement.....	20
2.2.1 Le codage, antécédent de la facturation.....	20
2.2.2 Une distinction entre la facturation des dossiers externes et des hospitalisations.....	21
2.2.3 Axes d'amélioration : la question du champ de compétences des agents ..	23
2.3 La procédure de recouvrement par la centre des Finances Publiques.....	25
3 Management de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement.....	33
3.1 État des lieux des indicateurs existants	33
3.2 Axes d'amélioration	35
3.2.1 Poursuivre le développement des relations avec la Trésorerie	35
3.2.2 Communiquer les indicateurs de suivi de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement.....	36

Conclusion	41
Sources et bibliographie	43
Liste des annexes.....	I
Annexe 1 : Calendrier de l'audit	II

Liste des sigles utilisés

AAH : attaché d'administration hospitalière
ALD : affection de longue durée
AMA : assistant médico-administratif
AMC : assurance maladie complémentaire
AMO : assurance maladie obligatoire
ANAP : agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ANV : admission en non-valeur
ATIH : agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CDR : consultation des droits réels
CDRi : consultations des droits réels intégrée
CERFA : centre d'enregistrement et de révision des formulaires administratifs
CHIC : centre hospitalier intercommunal
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
DAF : direction des affaires financières
DAJ : direction des affaires juridiques, et des relations avec les usagers
DGFIP : direction générale des finances publiques
DIM : département d'information médicale
DSI : direction des systèmes d'information
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
FIDES : facturation individuelle des établissements de santé
GAM : gestion administrative des malades
GAP : gestion administrative du patient
GHT : groupement hospitalier de territoire
GIE : groupement d'intérêt économique
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
NPAI : n'habite pas à l'adresse indiquée
OTD : opposition à tiers détenteur
PEC : prise en charge
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
SIMPHONIE : simplification du parcours administratif hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées
T2A : tarification à l'activité

TIM : technicien de l'information médicale

TIPI : titres payables par Internet

UECA : unité d'endoscopie et de chirurgie ambulatoire

UF : unité fonctionnelle

Introduction

En 2017, la mise en place progressive de la Dotation Modulée à l'Activité (DMA) a démarré en Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : elle entraîne une focalisation sur les recettes qui deviennent dépendantes de l'activité. Cette modification fait suite à une autre réforme dans les établissements publics de santé : depuis 2004, la Tarification À l'Activité (T2A) a remplacé la dotation globale pour les courts séjours et les établissements ayant une activité de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) sont donc principalement dépendants de l'activité qu'ils produisent pour obtenir des recettes. La T2A concerne en effet la majeure partie de l'activité mais elle est complétée par des dotations (MIGAC pour Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation, FIR pour Fonds d'Intervention Régional, etc.). Avant le passage à la T2A, les finances hospitalières étaient décorrélées de l'activité réelle des établissements : ces derniers changent désormais de paradigme. En 2006, la création de l'État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD)¹ a accentué l'attention portée aux recettes des établissements de santé puisque ce sont ces dernières qui conditionnent maintenant leur montant de dépenses. De plus, la mise en place de la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES, dite « facturation au fil de l'eau ») pour les consultations et actes externes a accentué ces enjeux sur les recettes. En effet, avec la T2A, un lien fort existe entre la facturation et la trésorerie. Mais, avec FIDES, le fonctionnement du processus de facturation est en lien direct avec le niveau de trésorerie de l'établissement². Ces contraintes obligent les établissements à s'assurer du recouvrement de la totalité de leurs titres de recettes. Si l'établissement de santé ne tient pas les engagements de recettes validés dans l'EPRD, les dépenses risquent de ne pas être couvertes et l'établissement pourrait alors constater un déficit. Enfin, le recouvrement rapide des produits assure à l'établissement le maintien de sa trésorerie et donc le paiement de ses charges courantes.

Le terrain d'observation de ce mémoire est le Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) Unisanté + qui regroupe les hôpitaux publics de Forbach et de Saint-Avold : il comprend 348 lits et places en MCO et 159 lits d'Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), soit un total de 507 lits et places. Il est situé à l'Est du département de la Moselle, territoire qui compte environ 350000 habitants. Son exercice 2016 a été clôturé avec un résultat comptable déficitaire de – 1 090 482,59 euros tous budgets confondus. Pour équilibrer ses comptes et maintenir sa trésorerie, l'établissement doit à la fois maîtriser ses charges et ses dépenses, mais également développer ses

¹ Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, modifié par le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007.

² AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre.*

produits et ses recettes. La chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement (AFR) est particulièrement concernée par ce dernier élément que sont les recettes : c'est pourquoi, afin de s'assurer de son bon fonctionnement, elle a fait l'objet d'un audit au CHIC Unisanté +. Pour simplifier la présentation du présent mémoire, la facturation des EHPAD ne sera pas étudiée. Compte tenu des délais restreints, il a fallu prioriser les activités auditées : le présent mémoire se concentrera sur la facturation des séjours et des consultations externes. Les rétrocessions de médicaments ont notamment été éludées.

De manière générale, la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement d'un établissement public de santé compte un grand nombre d'acteurs dont les profils professionnels sont divers : admissionnistes, Assistants Médico-Administratifs (AMA, anciennement dénommés secrétaires médicales), Techniciens de l'Information Médicale (TIM) et médecin responsable du Département de l'Information Médicale (DIM), facturières et agents du centre des Finances Publiques sont autant d'interlocuteurs principaux à solliciter durant toute la chaîne. La spécialisation des professions implique que ces agents ne maîtrisent pas systématiquement les enjeux financiers : en effet, les conséquences de leur rôle sur la facturation ne constituent pas leur cœur de métier.

Il est également à noter que « la gestion du contentieux est une charge importante pour les équipes administratives d'où l'importance de sécuriser la chaîne en amont pour disposer de données de qualité »³. La responsable des admissions et de la facturation du CHIC Unisanté +, faisant fonction d'Attachée d'Administration Hospitalière (AAH), réalise régulièrement des contrôles et fait des rappels permanents en particulier aux agents d'accueil (admissionnistes et AMA) effectuant des erreurs. Néanmoins, certaines anomalies persistent. Les éléments à maîtriser par les acteurs de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement sont nombreux et les personnels peuvent faire face à des difficultés d'assimilation. En outre, les secrétariats du CHIC Unisanté + connaissent un turnover relativement élevé : des efforts supplémentaires en formation sont nécessaires pour mettre à niveau les nouveaux arrivants sur l'ensemble des règles d'admissions et de facturation de l'établissement.

Un AAH peut « se voir confier [...] des études [...] dans les domaines des admissions et [...] de la gestion financière »⁴ : le sujet de ce mémoire relève de cette fonction. La directrice des finances du CHIC Unisanté + a proposé à la responsable des admissions et de la facturation de collaborer avec un élève AAH pour travailler sur la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement. Cette coopération entre AAH dans le but de résoudre des problèmes communs est tout à fait courante dans les établissements et les actions de recueil d'informations quant à ce sujet seront développées dans la méthodologie (cf. Partie 1.4. *Méthodologie de recueil d'informations*).

³ ANAP, 2016, *Kit pratique pour l'optimisation du recueil des données et de la facturation hospitalière*.

⁴ Article 2 du décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière.

Dans un contexte de tensions budgétaires, quelles sont les pistes d'optimisation de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement du CHIC Unisanté + ?

Le contexte financier et budgétaire du CHIC Unisanté + sera d'abord exposé. Ensuite, les trois composantes principales de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement de cet établissement seront présentées, en insistant sur les points forts et en développant des pistes d'amélioration pour compenser les faiblesses relevées au CHIC Unisanté +. Enfin, un focus particulier portera sur le management de cette chaîne, en développement au sein de cet établissement.

1 Contexte financier et budgétaire du CHIC Unisanté +

Afin de mieux comprendre les enjeux de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement, cette première partie permettra de présenter le contexte générique des établissements publics de santé. La situation du CHIC Unisanté + sera plus spécifiquement développée et sera suivie de la méthodologie utilisée pour construire le présent mémoire.

1.1 Un ancrage dans le programme national d'amélioration des admissions, de la facturation et du recouvrement des établissements de santé : le programme SIMPHONIE

Le CHIC Unisanté + s'inscrit dans une dynamique nationale de travail sur les recettes et d'amélioration du circuit de facturation. En effet, depuis 2015 le ministère des Solidarités et de la Santé a initié le programme de SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et de Numérisation des Informations Echangées (SIMPHONIE) qui comprend cinq projets. Bien que le CHIC Unisanté + ne participe pas au programme SIMPHONIE dans son entier, deux des projets y sont déjà déployés: FIDES et TIPI, pour Titres Payables par Internet.

La Facturation Individuelle Des Établissements de Santé, qui existe depuis 2010, est mise en place au CHIC Unisanté + depuis le 1^{er} mai 2016. La page consacrée à FIDES du site de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) précise que : « Les établissements devront être vigilants car toute facture présentant une anomalie sera rejetée et non payée par l'AMO⁵. La qualité des données et la complétude des dossiers sont donc des enjeux forts pour les établissements »⁶. La notion de rejets sera expliquée dans la Partie 1.3.1. *Une amélioration du taux de rejets B2*. La dynamique devrait continuer puisque le projet FIDES doit être élargi aux hospitalisations (pour rappel, il s'applique actuellement aux seuls actes et consultations externes) : cette expérimentation est en cours dans certains établissements de santé pilotes et devrait se généraliser courant 2018.

Le second projet inclus dans le programme SIMPHONIE et mis en œuvre au CHIC Unisanté + se dénomme TIPI. Il s'agit d'un projet développé par la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) qui permet aux patients du CHIC Unisanté + de régler leur facture sur une plateforme en ligne. Les informations concernant les modalités de ce type

⁵ Assurance Maladie Obligatoire

⁶ <http://www.anap.fr/les-projets/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/detail/actualites/facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides/>

de paiement (adresse du site Internet, identifiant et mot de passe) sont fournies sur l'avis des sommes à payer envoyé au patient.

Afin de mettre en place les autres projets du programme SIMPHONIE, les établissements de santé sont actuellement en attente de la mise à jour du logiciel de Gestion Administrative des Malades (GAM) ainsi que de l'adaptation de leur structure à ces changements, telles que l'actualisation de leurs procédures et la formation continue de leurs agents. Par exemple, le projet Remboursement des Organismes Complémentaires (ROC) permettra de dématérialiser les échanges entre les établissements de santé et les complémentaires santé afin de les faciliter et de les accélérer. Il s'agira de connaître les éléments de couverture d'un assuré, de simuler sa prise en charge, de calculer le montant à facturer à l'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) et donc le reste à charge du patient : ce projet devrait permettre l'application du tiers payant généralisé. Le dispositif est actuellement en phase d'expérimentation depuis décembre 2016 et son déploiement est prévu à partir de 2018⁷.

Un autre projet dénommé Débit Intervenant Après le PArcours de SOiNs (DIAPASON) permettra l'encaissement automatique différé par débit de carte bancaire. À l'admission, les AMA demanderont l'accord du patient pour prendre l'empreinte de sa carte bancaire : sous réserve d'un accord écrit du débiteur contenant un montant maximal que l'établissement pourra encaisser, cela permettra d'automatiser le paiement à l'établissement à la sortie du patient. Ce projet a débuté sa phase d'expérimentation en juillet 2017.

Pour le ministère, la dématérialisation des échanges et, plus globalement, l'utilisation des nouvelles technologies par les établissements de santé doivent permettre d'augmenter leur efficacité. En effet, ce programme semble bénéfique à la fois pour le patient et pour l'établissement de santé. Pour ce dernier, il permet la numérisation des informations échangées avec les tiers ; garantit le paiement des organismes complémentaires et automatise des procédures qui peuvent l'être. L'ensemble du programme devrait permettre de diminuer la charge de travail des agents de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement et donc d'augmenter la qualité de leur production. Pour le patient, ce programme favorise les gains de temps, l'accès aux informations sur le reste à charge, le paiement en ligne et simplifie les étapes administratives.

⁷ HEBBRECHT G. et al., 2017, « Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la" », *Revue hospitalière de France*, n° 576, pp. 54-59.

1.2 Une situation financière encore fragile

Le CHIC Unisanté + a conclu un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) qui s'achève en 2017. Après plusieurs années en déficit, l'exercice 2015 a permis à l'établissement de dégager un excédent d'environ 800 000 euros tous budgets confondus, soit 0,9% des produits. En revanche, l'exercice 2016 a été clôturé avec un résultat comptable déficitaire de – 1,1 million d'euros tous budgets confondus, soit 1,3% des produits. Le déficit cumulé du CHIC Unisanté + s'élève à – 23,4 millions d'euros en 2016 alors qu'il était de – 20,6 millions d'euros en 2012. À titre d'illustration, l'année 2012 a été clôturée en déficit pour – 1,6 million d'euros pour le budget principal H. L'établissement a fait face à des difficultés financières, et notamment des problèmes de trésorerie : en effet, en novembre 2012, la trésorerie du CHIC était d'environ 2 millions d'euros et elle n'a pas dépassé 6 millions d'euros avant février 2014. Aujourd'hui, l'objectif de cet établissement est de maintenir une trésorerie à hauteur de 8 millions d'euros. En juillet 2017, la trésorerie est de 10,9 millions d'euros, mais elle contient des aides exceptionnelles à l'investissement, qui ne peuvent servir à couvrir les charges d'exploitation courante du CHIC Unisanté +. Même en neutralisant les effets positifs de ces aides, la trésorerie de cet établissement s'améliore : ceci est d'autant plus intéressant que le contexte budgétaire est contraint entre autres par les baisses des tarifs des séjours et des dotations. L'établissement parvient également à absorber sa dette : au 31/12/2016, il reste 18,6 millions d'euros à rembourser sur les 31 millions d'euros d'emprunts en cours. L'établissement rembourse environ 2 millions d'euros de capital par an. Bien que les résultats comptables soient encore fragiles, les chantiers de restructuration et d'optimisation entrepris ces dernières années par le CHIC Unisanté + permettent son désendettement progressif et l'amélioration des ratios d'endettement.

La situation financière de cet établissement reste fragile et la direction a la volonté de la stabiliser à travers la poursuite d'une gestion saine. Dans le but d'améliorer le résultat comptable ainsi que de maintenir une trésorerie suffisante dans l'établissement, le CHIC Unisanté + essaie de développer son activité afin d'accroître ses produits et ses recettes. L'amélioration du résultat comptable alliée au maintien d'une trésorerie suffisante passent par la maîtrise de ses charges et de ses dépenses, mais aussi par l'augmentation de son activité et donc de ses produits et recettes. L'augmentation de l'activité est un point important mais reste insuffisant. Pour accroître les recettes, il faut s'assurer que l'ensemble de l'activité soit facturé, mais aussi que les produits facturés parviennent bien jusqu'au compte bancaire de l'établissement : garantir ces encaissements passe notamment par la maîtrise de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement. Ce point est d'autant plus crucial que la baisse des tarifs des séjours continue : à activité constante, l'établissement public de santé risque une rémunération moindre par rapport à

l'an passé. L'augmentation des recettes passe donc par une amélioration du taux de recouvrement. Ce dernier dépend à la fois de la complétude des dossiers administratifs (admissions), de la qualité du codage, de l'exhaustivité de la facturation et enfin, du travail de recouvrement effectué par le centre des Finances Publiques.

1.3 Une focalisation sur les recettes

Pour recouvrer ses recettes un établissement de santé émet des avis des sommes à payer, communément appelés factures, à destination des différents débiteurs. Ceux-ci sont en général au nombre de trois : AMO, AMC et particuliers. L'établissement transmet également des titres de recettes au comptable pour enregistrement des créances par les agents du centre des Finances Publiques.

1.3.1 Une amélioration du taux de rejets B2

De nombreuses règles régissent la facturation des établissements de santé et chaque erreur est sanctionnée par un **rejet** de la part de l'AMO : celle-ci ne payera que lorsque l'établissement aura établi une facture respectant l'ensemble des règles. La facturation est régie par les normes B2 de télétransmission de factures entre professionnels de santé et organismes d'assurance maladie⁸ : les rejets portent également ce nom et les agents du bureau de la facturation parlent donc de « rejets B2 ». L'Assurance Maladie exerce un contrôle direct des factures⁹. Ses agents vérifient par exemple les régimes de Sécurité Sociale des patients (régime général, régime local Alsace-Moselle, régime spécial), les taux de prise en charge correspondant, les liens entre les ayants-droits et l'assuré ainsi que la cohérence des actes (prise en charge ou non par l'Assurance Maladie). Pour autant, ce mémoire n'a pas pour objet de détailler les règles techniques de facturation. Néanmoins, les rejets B2 sont abordés dans le but de comprendre leurs effets néfastes pour les établissements de santé. Ils sont au nombre de deux¹⁰ :

- Les rejets détériorent le niveau de la trésorerie de l'établissement, puisque les recettes parviennent plus tard sur son compte bancaire ;
- Ils représentent un coût supplémentaire du fait du temps consacré à leur traitement par les agents (coût de la non qualité).

⁸ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

⁹ AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre*.

¹⁰ GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

En rapportant le nombre de titres rejetés au volume total de factures émises, l'établissement peut calculer un **taux de rejets**. Celui-ci permet de mettre l'accent sur les erreurs faites lors des admissions des patients. Il permet également de mesurer l'augmentation de la charge de travail des agents du bureau de la facturation induite par ces erreurs d'admission. La Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) suit ce taux et le transmet aux établissements tous les mois par site géographique. Il est d'autant plus important que les établissements de santé disposent d'un délai maximal d'un an accordé par la CPAM pour émettre ou modifier les titres de recettes: ce délai court à compter de la réalisation de l'acte en consultation externe ou de la date de fin de séjour pour les hospitalisations (partielles ou complètes). Les rejets n'entraînent pas le recul de ce délai et l'établissement doit être réactif afin d'assurer l'encaissement de ces recettes et surtout de maintenir la trésorerie de l'établissement.

Il faut être particulièrement attentif au nombre de rejets de paiement par l'Assurance Maladie puisque le nombre de factures télétransmises augmente avec le passage à FIDES. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) fixe un seuil de 5% pour ce taux de rejets. Bien que ce seuil n'entraîne pas de pénalités, il doit permettre aux établissements de maintenir leur trésorerie et constitue donc un conseil sur la bonne gestion de ce taux. En juin 2015, un an avant de passer à FIDES, le CHIC Unisanté + enregistrait un taux de rejets des titres transmis à l'Assurance Maladie d'environ 20%. Compte tenu de ce résultat, des formations ont été menées auprès des secrétariats et chaque nouvel agent est désormais formé pendant un temps dédié (entre deux et trois jours). Notamment grâce à ces actions de formation, le site de Forbach enregistrait un taux de rejets à hauteur de 11,6% en janvier 2016. Enfin, cet indicateur atteignait 5,4% en janvier 2017 : une importante amélioration de cet indicateur est donc à noter puisqu'il a été quasiment divisé par quatre en moins de deux ans.

Enfin, le document de suivi du taux de rejets fourni par la CPAM permet également à la responsable des admissions et de la facturation de situer le CHIC Unisanté + par rapport aux autres établissements comparables du département. La CPAM fournit également les vingt anomalies les plus fréquentes pour l'établissement qui, si elles sont significatives, attirent l'attention de la responsable des admissions et de la facturation. Par des recherches sur le système d'informations interne au CHIC Unisanté +, la responsable des admissions et de la facturation peut effectuer des recherches plus fines qui lui permettent de mettre en place des actions pédagogiques pour les AMA ainsi que des actions de sensibilisation ciblées par service.

1.3.2 Un changement de paradigme ancré

En ce qui concerne les actes et consultations externes, le CHIC Unisanté + travaille depuis quelques années avec un **cabinet de conseil** sur l'exhaustivité de sa facturation. Les consultants émettent un compte-rendu annuel dans lequel ils relèvent les défauts de facturation. Ils sont ensuite chargés de proposer des corrections notamment pour que l'établissement rectifie ses sous-cotations l'année suivante : l'objectif de ce prestataire est bien d'augmenter les recettes du CHIC Unisanté +. Sur la base de ce compte-rendu, les agents hospitaliers peuvent mettre en place des actions correctrices afin de sécuriser la chaîne et d'améliorer le recouvrement. Ils ont par exemple élaboré une liste de requêtes pour optimiser la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement : à chaque période de facturation, ces requêtes facilitent la vérification du respect des règles de facturation, la correction des dossiers avant facturation et l'optimisation de la valorisation financière des passages. Ces actions permettent non seulement d'éviter des rejets et donc de minimiser le temps passé par les agents sur chaque titre, mais aussi d'optimiser la trésorerie de l'établissement. En effet, « assurer un contrôle efficace des données sur l'ensemble des étapes de la chaîne de facturation devient donc nécessaire et permet de limiter les rejets de facturation tout en identifiant les actions d'amélioration »¹¹.

Enfin, un travail conséquent a également été mené par le CHIC Unisanté + et le centre des Finances Publiques sur la dernière partie de la chaîne : le **recouvrement**. Le taux de recouvrement spontané à 90 jours a fortement augmenté : il atteint plus de 64% en 2016, contre 48% en 2015. Le délai moyen de recouvrement s'est aussi amélioré : il s'élève à environ 42 jours en 2016, alors qu'il était de 63 jours en 2015. Le CHIC Unisanté + recouvre donc plus rapidement ses recettes.

Tous les deux mois, le centre des Finances Publiques fournit une requête de suivi des restes à recouvrer au CHIC Unisanté + : celle-ci permet à l'établissement de s'assurer que les factures émises sont payées. Ce suivi est notamment intéressant pour identifier les débiteurs que le centre des Finances Publiques doit poursuivre. Cela favorise le dialogue entre le centre des Finances Publiques et l'établissement sur ce sujet et renforce les liens entre ces deux organismes. Les objectifs du suivi des restes à recouvrer sont triples :

- Faire diminuer le stock : tous les restes à recouvrer des années antérieures doivent être absorbés ;
- Recouvrer les recettes au plus vite : la diminution des restes à recouvrer a un impact positif sur le Besoin en Fonds de Roulement (BFR) et donc la trésorerie de

¹¹ GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

l'établissement. En outre, plus le temps passe et moins l'établissement a de chances de recouvrer ses créances : en effet, « d'un point de vue statistique, il est souvent constaté une corrélation entre le taux d'impayés et la longueur du délai d'émission des titres de recettes »¹² ;

- Alimenter le moins possible les comptes de restes à recouvrer.

Ce suivi porte ses fruits au CHIC Unisanté + puisque le montant total des restes à recouvrer au 31 décembre 2016 s'élève à 10 991 327 € alors qu'il était de 14 815 818 € au 31 décembre 2015 : cela représente une baisse de 25,8%. De plus, le flux de l'année 2016 est relativement constant : ce sont bien les stocks des années antérieures qui baissent grâce à des paiements.

1.4 Méthodologie de recueil d'informations

La démarche méthodologique qui appuie ce mémoire se décline en cinq éléments principaux :

- Des documents de la littérature universitaire et professionnelle ont été étudiés (cf. *Partie Sources et bibliographie*).
- Une réunion concernant l'identitovigilance a été observée.
- Des études avec le contrôleur de gestion ont été menées afin d'établir des éléments statistiques concernant la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement et de disposer d'un certain nombre d'indicateurs comparables dans le temps.
- Les acteurs de la chaîne ont été observés et des entretiens ont été conduits afin de questionner leurs pratiques.
- Enfin, ces observations, connaissances et autres éléments ont pu être compilés dans un audit réalisé en collaboration avec la responsable des admissions et de la facturation pour le compte du CHIC Unisanté +.

Les objectifs de l'audit étaient les suivants :

- Identifier les erreurs récurrentes des professionnels ;
- Identifier les ruptures dans la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement (défaillances du système d'information ou problème de transmissions d'informations) ;
- Trouver des pistes d'amélioration ;
- Établir un plan d'actions (sensibilisation des acteurs quant aux procédures méconnues, modifications dans le système d'information, etc.). Ce dernier

¹² Instruction du 25 mars 2011 relative au partenariat entre ordonnateurs et comptables pour l'amélioration du recouvrement des produits locaux.

point ne sera pas développé dans ce mémoire puisque le plan d'actions est en cours d'élaboration au moment de son écriture.

Plusieurs services du CHIC Unisanté + ont ainsi été audités : le bureau des admissions, deux secrétariats de consultations externes, une assistante sociale, le bureau de la facturation, le DIM, l'informaticien référent du logiciel GAM ainsi que le centre des Finances Publiques¹³. Les entretiens menés ont eu une durée d'une demi-heure au minimum jusqu'à une demi-journée pour certains services. L'audit a été conduit par l'élève AAH qui s'est rendu dans les services concernés et a pris note des échanges avec les agents sur leurs pratiques professionnelles.

Cet audit a permis d'identifier les pratiques actuelles des acteurs de la chaîne, de les confronter aux « bonnes pratiques » identifiées dans la littérature ainsi qu'aux exigences internes du CHIC Unisanté +.

Une partie des conclusions de l'audit sera réutilisée dans le présent mémoire.

¹³ Cf. *Annexe 1 : Calendrier de l'audit*

2 De l'admission au recouvrement : les conditions de la facturation au CHIC Unisanté +

Les différentes étapes de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement vont être présentées ci-après. Il s'agira d'abord de l'accueil des patients au sein du CHIC Unisanté +. À la sortie du patient, les actes de soins sont codés et enclenchent la facturation. Enfin, le centre des Finances Publiques a la charge de recouvrer les créances de l'établissement.

Ce développement permettra de dégager des possibilités d'évolution pour chacune des étapes afin d'améliorer la performance de cette chaîne au CHIC Unisanté +.

2.1 Le recueil des informations administratives de l'admission à la sortie du patient : clé de voûte de la chaîne

La chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement complète le parcours de soins du patient : « il est, de ce fait, indispensable d'appréhender le processus de facturation comme un prolongement du processus de production de soins et non comme un processus à part entière »¹⁴. En effet, certaines données d'activités proviennent des acteurs de l'activité (personnel médical et paramédical) : c'est pourquoi, le début de description de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement sera l'entrée du patient.

2.1.1 L'importance de la complétude des dossiers administratifs

De manière générale, quatre éléments principaux sont indispensables à la complétude du dossier administratif d'un patient. Ils sont demandés à l'accueil du patient :

- **L'identité** du patient : date et lieu de naissance, nom d'usage, nom de naissance, prénoms, adresse et numéro de téléphone.
- Les éléments de la **prise en charge** (PEC) comprennent les différents débiteurs, c'est-à-dire la sécurité sociale (ou AMO), l'AMC ainsi que l'assuré lui-même à qui le CHIC pourra éventuellement facturer un reste à charge.

Les agents demandent aussi au patient s'il a une Affection de Longue Durée (ALD). Par la suite, le médecin approuve (ou non) la mise en rapport de l'ALD avec les soins prodigués afin que l'ensemble des soins soient pris en charge à 100% par l'AMO – ou non.

¹⁴ AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre.*

- La **coordination du parcours de soins** correspond à la déclaration du nom d'un médecin traitant et de sa ville d'exercice. Elle est primordiale pour l'AMO puisque cette dernière couvre moins bien les soins d'un patient dont le parcours n'est pas coordonné : autrement dit, un patient qui n'a pas de médecin traitant aura un reste à charge plus important qu'un patient dont le parcours de soins est coordonné.
- Les **documents justifiant** les trois éléments précédents (pièce d'identité, carte vitale et attestation de mutuelle) sont photocopiés ou scannés. Ces pièces justificatives permettent aux facturières de justifier les avis des sommes à payer reçus par l'AMO, les AMC et les patients eux-mêmes.

De plus, si le patient a une ALD, il présente son justificatif.

Le patient doit être attentif à présenter l'ensemble de ses justificatifs lors de son admission : en effet, il lui revient la responsabilité de présenter les documents justifiant de sa prise en charge.

Deux moyens permettent de vérifier la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (nom de l'assuré, numéro de sécurité sociale et date de fin de droits) :

- La lecture de la carte vitale (à jour) du patient ;
- La consultation des droits réels en ligne (CDR) : cet outil en ligne permet de consulter les droits ouverts à l'AMO grâce au numéro de sécurité sociale, à la date de naissance ou aux nom et prénom du patient. Ce moyen est plus sûr puisqu'il garantit la mise à jour des informations détenues par l'AMO (ce qui n'est pas le cas de la carte vitale).

Enfin, l'idéal est que le patient énonce lui-même son nom, son prénom, son adresse complète, son numéro de téléphone, son régime d'assurance maladie obligatoire et sa complémentaire santé : c'est pourquoi des **questions ouvertes** sont posées au patient afin qu'il puisse s'exprimer.

Il est possible de distinguer deux sous-groupes d'admissions : celles pour les consultations et actes externes et les admissions pour les hospitalisations.

Admission décentralisée pour une consultation externe

Elle concerne les actes et consultations externes (ACE). Les dossiers des consultants sont gérés et modifiés par chaque secrétariat en fonction des spécialités médicales. En effet, une des caractéristiques principales du CHIC Unisanté + est que chaque service de consultations dispose d'un secrétariat localisé dans son secteur : les personnes effectuant des admissions sont donc réparties dans l'ensemble de l'établissement et cela défavorise les échanges de bonnes pratiques.

Lors de la prise de rendez-vous, l'AMA rappelle les pièces nécessaires : carte d'identité, carte vitale à jour, courrier du médecin et les moyens de paiement disponibles (chèque ou espèces). À son arrivée, s'il manque l'une des pièces justificatives au patient, l'AMA rappelle qu'il s'agit d'une obligation et demande au patient de l'apporter au prochain rendez-vous, de se rendre spécifiquement au CHIC Unisanté + pour déposer le document ou de le faire parvenir par courrier postal ou électronique.

Admission centralisée pour une hospitalisation

Elle concerne les hospitalisés. Les dossiers administratifs des patients hospitalisés sont gérés et modifiés par le bureau des admissions. Les dossiers sont répartis par services cliniques entre les admissionnistes : cela signifie qu'un interlocuteur du bureau des admissions est identifié pour chaque service de soins. Lorsqu'il manque une pièce justificative concernant l'identité, l'AMO ou l'AMC, une convocation est envoyée au patient dans le service afin qu'il régularise sa situation durant son séjour et des rappels réguliers lui sont envoyés en service de soins pour qu'il apporte les pièces au bureau des admissions. Si le patient ne se présente pas au bureau des admissions pour déclarer une AMO ou une AMC, la facture lui est directement adressée.

Suite à leur consultations d'anesthésie la plupart du temps, les patients sont orientés vers le bureau des admissions afin d'être préadmis (notamment pour une prise en charge en Unité d'Endoscopie et de Chirurgie Ambulatoire, UECA). La préadmission permet de fluidifier les passages des patients au bureau des admissions : ils n'arrivent pas tous à 7h45, avant l'admission en UECA, mais suite à leur consultation. Elle facilite donc les démarches du patient puisqu'il évite les files d'attente. De plus, cela permet de demander les prises en charge aux complémentaires santé au préalable et donc d'accélérer la facturation suite à l'hospitalisation. En effet, ce sont les admissionnistes qui se chargent de remplir et de faxer ou d'envoyer par mail la demande de prise en charge à ces organismes. Dans l'attente de la réponse, le dossier ne peut pas être facturé.

Mouvements au cours du séjour, sortie du patient et encaissements immédiats

Le dossier administratif contient également les mouvements des patients hospitalisés au sein du CHIC Unisanté + ou vers un autre établissement. Ces dossiers sont gérés par le bureau des admissions : chaque jour, les admissionnistes vérifient les dossiers administratifs des patients sortis, en particulier les pièces justificatives et la PEC. Chaque agent étudie les dates de sortie pour les Unités Fonctionnelles qui lui sont affectées. Il examine en particulier les destinations des patients sortis et les transferts vers un autre établissement. Les admissionnistes pointent aussi les dates de mutations et les Unités

Fonctionnelles (UF) concernées (voire même l'heure pour les transferts des urgences vers une UF d'hospitalisation). Les nouveau-nés sont également signalés au bureau des admissions : en effet, les bébés sont rattachés au dossier de leur maman notamment pour la PEC.

Afin de vérifier chaque ligne de facturation, les agents peuvent simuler la facturation : ils peuvent ainsi vérifier les parts sécurité sociale, complémentaire santé et patient et découvrir des anomalies parfois rapides à corriger. Ils contrôlent ainsi « la facturabilité d'un dossier à la source dès l'admission », ce qui améliore la qualité des dossiers et limite donc les taux de rejets de facturation¹⁵.

À la sortie du patient, les secrétariats ou le bureau des admissions vérifient s'il y a un reste à charge afin d'encaisser les recettes en régie. Si tel est le cas, la quittance est transmise au patient avec le cachet de l'établissement obligatoire et une signature. Si le patient ne paie pas immédiatement, le secrétariat émet une note de frais. Celle-ci bloque la facturation pendant dix jours et permet au patient de venir payer sur place au CHIC.

Les différentes incidences sur la facturation ont été présentées : en effet, les admissionnistes et AMA doivent avoir conscience que leur travail est le préalable à une facturation juste. En cas de non cohérence, les différents débiteurs peuvent refuser de payer, ce qui entraîne une charge de travail supplémentaire pour les facturières, des éventuels défauts de trésorerie et une augmentation des restes à recouvrer pour l'établissement.

2.1.2 Axes d'amélioration : faciliter l'admission, la sortie et l'encaissement du patient

Divers axes d'amélioration apparaissent au sujet de la complétude des dossiers administratifs.

Afin d'éviter la création de **doublons**, c'est-à-dire la possession de deux dossiers informatiques par le CHIC Unisanté + pour un même patient, voire de repérer d'éventuels doublons créés même en cas d'erreurs dans l'orthographe dans le nom ou le prénom, le dossier est recherché uniquement par la **date de naissance**. Les équipes soignantes doivent également connaître les conséquences de la création d'un doublon : il s'agit du risque de perdre des données médicales lors de la fusion des deux dossiers. En effet, les services de soins peuvent aussi créer un dossier administratif.

Le **lieu de naissance** est un élément-clé pour le recouvrement par le centre des Finances Publiques : c'est pourquoi les équipes d'accueil le recueillent et le vérifient. Une sensibilisation pourra être menée sur ce sujet : en effet, la Trésorerie a observé quelques

¹⁵ GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

erreurs sur les lieux de naissance de certains patients voire une absence de lieu de naissance dans certains dossiers.

Pour les **actes et consultations externes**, l'Autorité de Gestion des Identités (AGI) pourra travailler sur le temps dont l'AMA a besoin pour recueillir toutes les informations de prise en charge, bien vérifier l'identité du patient, photocopier les pièces justificatives et les classer dans le dossier. Les médecins pourront aussi être sensibilisés à l'identitovigilance et à l'importance de la PEC pour les recettes et la trésorerie du CHIC.

Une sensibilisation des patients pourrait être menée dans le livret d'accueil et sur le site Internet du CHIC Unisanté + concernant l'importance de l'identification aux admissions. Les patients chroniques doivent également avoir conscience de l'importance de **mettre à jour** régulièrement leurs données. Il pourrait leur être demandé de se rendre au bureau des admissions tous les trois mois par exemple¹⁶. Les défauts, erreurs ou oublis de mise à jour peuvent entraîner des rejets B2¹⁷ notamment pour les médicaments rétrocedés pour lesquels les patients se présentent directement à la pharmacie¹⁸.

En ce qui concerne les ALD, le **rapport entre soins prodigués et ALD** est fait par un médecin (via un CERFA) : ceci implique que les soins qui ne sont pas en rapport avec l'ALD ne sont pas entièrement couverts par l'AMO¹⁹. Il arrive que les patients présentant une ALD pensent qu'ils sont pris en charge à 100% dans toutes les situations : or, ce n'est pas le cas. Une sensibilisation pourra être menée auprès des patients présentant une ALD qui pourraient avoir des difficultés à comprendre les éventuels restes à charge résultant de consultations ne concernant pas directement leur ALD.

Le CHIC pourrait également lister sur son site Internet les **démarches et documents à fournir**. De plus, dans la liste du livret d'accueil, le document justifiant une ALD pourrait être ajouté (volet 3 du formulaire pour justifier les ALD)²⁰.

Concernant la PEC, une campagne de sensibilisation pourrait de nouveau être menée auprès des secrétariats sur la mise à jour des cartes vitales et surtout sur la consultation des droits réels (CDR) en ligne. Elle serait prioritairement à destination des services sensibles en ce qui concerne la mise à jour des dossiers administratifs et leur recouvrement, notamment le bureau des admissions, les urgences, le secrétariat de consultations en gynéco-obstétrique et le laboratoire par exemple²¹. Aussi, le programme SIMPHONIE contient le projet de la **Consultation des Droits Réels intégrée (CDRi)** qui prolongera celui de CDR. Ce dernier permet de consulter les droits de l'AMO en ligne. L'objectif supplémentaire de CDRi est d'automatiser la synchronisation entre la caisse

¹⁶ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

¹⁷ Pour rappel, B2 désigne les normes de télétransmissions entre professionnels de santé et organismes d'assurance maladie. Les rejets B2 sont donc ceux effectués par l'AMO qui refuse de rémunérer l'établissement : ils concernent des erreurs dans le dossier administratif la plupart du temps.

¹⁸ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

¹⁹ Ibid.

²⁰ Ibid.

²¹ Ibid.

d'assurance maladie et le logiciel GAM de l'établissement. L'agent d'accueil pourra alors directement incorporer les données de l'AMO dans le logiciel GAM : les données seront ainsi plus fiables et plus rapidement collectées que par le questionnement actuel effectué auprès des patients par ces professionnels. CDRi permet donc d'améliorer la qualité du service rendu au patient, en faisant gagner du temps par rapport à CDR. Cette expérimentation est en cours depuis juin 2016 dans plusieurs établissements de santé. « Les opérations de contrôles des prises en charge permettent de diminuer les risques d'informations incomplètes ou mal communiquées comme la notion de médecin traitant. [...] la DGOS, qui pilote le programme SIMPHONIE intégrant le projet CDRi, annonce une réduction de 30 à 50% des rejets B2 liés aux droits »²². CDRi permettrait d'intégrer les droits des patients à jour dans le Système d'Information Hospitalier (SIH) pour onze régimes différents²³. Une généralisation de CDRi semble prévue pour le second semestre 2017²⁴. Cependant, au moment de l'écriture de ce mémoire, aucune information dans ce sens n'a été communiquée aux établissements.

Au CHIC Unisanté +, les admissions sont décentralisées au sein des services de consultations, ce qui entraîne une difficulté organisationnelle majeure. La responsable des admissions et de la facturation doit prêter attention à chaque secrétariat : cette organisation décentralisée est consommatrice en temps de formation, c'est pourquoi le CHIC Unisanté + développe actuellement un **projet de centralisation des admissions**. Ce projet permettra de décloisonner les compétences et de partager des informations entre agents d'accueil. En revanche, des limites ont été observées au moment de la centralisation d'un service d'admissions dans un autre établissement : l'éloignement physique des services de soins défavorise les échanges d'informations entre agents d'accueil et admissionnistes²⁵. Cet élément sera à prendre en compte et les échanges d'informations devront être encouragés à la fois en services de soins et auprès des AMA quittant physiquement leur service pour le nouveau service centralisé.

Pour que les dossiers soient complets le plus rapidement possible et que le patient apporte l'ensemble des pièces justificatives au plus tôt, un **formulaire de préadmission** pourrait être remis en main propre au patient, lors de la première consultation. Une version de ce formulaire pourrait aussi être téléchargeable en ligne, voire disponible en web service²⁶. L'établissement pourrait même mettre en place des préadmissions en ligne : pour ce dernier point, la faisabilité reste à étudier avec la Direction des Systèmes

²² GERVAISE V. et al., 2017, « Garantir la qualité de la facturation avec CDRi : retour sur l'expérience conduite au CHRU de Nancy », *Finances hospitalières*, n° 116, pp. 10-16.

²³ GIE Sesam-Vitale « Etude de marché des industriels, éditeurs de logiciels pour les établissements de santé », Période d'analyse : Juillet 2015 – Juin 2016.

²⁴ HEBBRECHT G. et al., 2017, « Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la" », *Revue hospitalière de France*, n° 576, pp. 54-59.

²⁵ AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre*.

²⁶ HEBBRECHT G. et al., 2017, « Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la" », *Revue hospitalière de France*, n° 576, pp. 54-59.

d'Information (DSI) et le bureau des admissions. De plus, certains établissements proposent également des préadmissions pour les consultations externes, afin de réduire le délai d'attente du patient au moment du rendez-vous médical.

Afin d'éviter la prolifération des doublons, les **transferts** entre UF d'hospitalisation doivent être faits au plus vite. Si le dossier d'un patient n'est pas transféré par l'UF d'origine, l'UF d'accueil peut également transférer directement le dossier du patient : il s'agit de rechercher le dossier informatisé et de l'importer dans le service d'accueil.

Pour les hospitalisations, l'ouverture d'un **guichet de sortie** pourrait faciliter les encaissements directs et désengorger le bureau des entrées²⁷ : il éviterait aux patients sortants une attente prolongée et fluidifierait également les admissions des patients entrants. Cet élément pourrait être testé pendant quelques semaines, puis évalué avant de prendre une décision quant à sa généralisation au sein du CHIC Unisanté +.

Le personnel doit être sensibilisé sur la **non gratuité des soins** : les médecins, les soignants et les cadres de santé ne doivent pas hésiter à relayer l'information sur la nécessité de passer en caisse après les soins. À la sortie, les personnels médicaux et soignants incitent le patient à repasser dans un point d'accueil. Les patients doivent également être sensibilisés à la non gratuité des soins.

Pour les consultations externes, les **moyens de paiement** ne sont pas suffisamment visibles aux yeux des patients. Une affiche pourrait mettre en valeur le paiement en régie dans les lieux de passage de l'établissement, tels que la salle d'attente du bureau des admissions ou les ascenseurs. Le message transmis par cette affiche pourrait être le suivant : « avant de sortir, je paie »²⁸. En outre, les **régies** doivent être positionnées en cohérence avec le parcours patient ou particulièrement bien indiquées par la signalétique. Les horaires des régies peuvent également être adaptés à la courbe d'activité de l'établissement. Afin de s'assurer du paiement des patients, les secrétariats pourraient conserver la carte vitale du patient afin que ce dernier ait à repasser à sa sortie²⁹. En effet, l'encaissement en régie permet d'éviter les montants inférieurs au seuil d'émission des titres.

Un système de paiement d'avance pourrait être mis en place : **prise d'acompte** sur frais à devoir (séjour et frais annexes) et régularisation à la sortie (paiement partiel). Un système est d'ailleurs en période de test dans quelques établissements de santé actuellement : la prise d'empreinte de la carte bancaire via **l'encaissement automatique par débit carte** (EA-DC). Il s'agit d'enregistrer les données bancaires du patient à son arrivée, de lui faire signer un document attestant qu'il accepte de payer jusqu'à un montant plafond et d'encaisser à sa sortie sans qu'il ait besoin de repasser dans un point d'accueil (dans la limite qu'il a préalablement acceptée). Concernant ces deux éléments

²⁷ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

²⁸ Ibid.

²⁹ Ibid.

(prise d'acompte et empreinte de la carte bancaire), des études juridique et opérationnelle seront nécessaires.

Enfin, des **bornes de paiement automatique** sont actuellement testées dans quelques établissements précurseurs³⁰ : une étude de rentabilité pourra être faite au CHIC Unisanté + afin de mettre en rapport le nombre de passages dans les services et le coût de l'équipement.

2.2 La facturation des dossiers : un préalable aux recettes de l'établissement

Suite aux soins dont le patient a bénéficié dans l'établissement, deux étapes s'enchaînent : le codage des actes, puis la facturation.

2.2.1 Le codage, antécédent de la facturation

En ce qui concerne le codage des actes en **consultations externes**, les **AMA** cotent souvent les mêmes actes puisque les consultations sont facturées à un prix fixe. Pour les actes particuliers, les praticiens notent le code de l'acte sur le dossier du patient pour faciliter le codage par l'AMA. Les AMA codent en général les actes à la sortie du patient. Toutefois, certaines données sont parfois précodées avant l'arrivée du patient : cela permet à l'AMA de les valider lors de la sortie du patient et d'encaisser directement sans faire attendre le patient. Toutefois, en cas de non venue du patient ou d'annulation du rendez-vous par exemple en cas d'appel en urgences du praticien, il faut prendre garde à supprimer les actes. Enfin, au service des urgences, les AMA vérifient la date et l'heure d'arrivée du patient afin de coder les **majorations** rémunérant les actes des nuits ou jours fériés.

Pour le codage des **dossiers d'hospitalisation**, le **DIM** est chargé de les coder. Chaque semaine, les services de soins transmettent les versions papiers des dossiers médicaux incluant les courriers de sortie aux TIM. En complément, les TIM utilisent également le dossier de soins informatisé. Ce sont elles qui entrent les actes. Elles contrôlent également les mouvements et préviennent les admissions en cas d'erreurs de mode de sortie. Elles étudient également la circulaire frontière pour distinguer et justifier une hospitalisation par rapport à un acte externe.

Le DIM est obligé d'envoyer un dossier pour un patient sorti le mois M dans le mois qui suit M+1. Si le dossier papier n'est pas transmis, les TIM sont obligées de coder a

³⁰ HEBBRECHT G. et al., 2017, « Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la" », *Revue hospitalière de France*, n° 576, pp. 54-59.

minima, principalement d'après le dossier de soins informatisé. Pour ce type de facturation « partielle », le dossier est recodé lorsque les TIM disposent du dossier papier. Le dossier sera alors refacturé puisque le DIM facture l'ensemble de l'année chaque mois. L'enjeu se situe au mois de décembre : en effet, l'envoi de fin janvier N constitue la dernière facturation pour l'année N-1 et il faut donc qu'il soit le plus complet possible. Si un dossier important n'était pas à jour à fin janvier N, il faudrait alors lancer la procédure LAMDA dans le courant de l'année N avec beaucoup moins de certitudes que la CPAM rémunère ce séjour par rapport à un envoi de données « classique ». La possibilité de recoder les dossiers est légale, mais le codage « au fil de l'eau » (projet FIDES séjours) va-t-il entraîner une incapacité pour les établissements de reprendre les dossiers dans le but d'optimiser la valorisation ?³¹

Les avantages de la professionnalisation du codage sont les suivants : « permettant de mieux prendre en compte des règles changeantes et favorisant une maîtrise des délais de facturation, son principal intérêt demeure néanmoins d'assurer le codage exhaustif d'actes et de diagnostics tracés dans le dossier médical »³². De plus, « la réduction du nombre d'entités codeuses ou facturaires améliore la lisibilité des délais de ces étapes »³³ : la centralisation du codage permet une spécialisation et une professionnalisation des équipes. En revanche, le fait de ne plus coder déresponsabilise les équipes médicales et soignantes : elles ne peuvent pas observer le résultat de leur travail.

Chaque jour, une requête envoie les numéros de dossiers validés par le DIM : un programme informatique débloque les dossiers pour la facturation.

Concernant **l'envoi des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)**, le DIM et la DSI collaborent afin de vérifier l'exhaustivité des données. Le fichier est testé avant envoi afin que le DIM et la DSI puissent corriger un certain nombre d'erreurs avant envoi. Le fichier est enfin transmis à l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

2.2.2 Une distinction entre la facturation des dossiers externes et des hospitalisations

Concernant la facturation des **actes et consultations externes**, un dossier est facturable à l'échéance du délai de dix jours après l'émission de la note de frais et quand il n'y a pas d'erreur bloquante : le dossier doit être « cohérent », c'est-à-dire qu'il doit contenir au moins un acte, que tous les débiteurs doivent être présents, que l'adresse du patient doit

³¹ JUVEN P.-A., 2013, « Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31, pp. 75-91.

³² JOUSSE T., 2012, *Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements*.

³³ Ibid.

être complète, etc. La transmission des factures s'effectue une fois par semaine et doit respecter les normes B2.

Les facturières gèrent à la fois les dossiers privés et les dossiers publics.

Pour la facturation des **dossiers publics**, quatre types de documents sont imprimés :

- Les avis des sommes à payer pour les mutuelles et les patients : il s'agit des facturations non télétransmises ;
- Les bordereaux de journal (positifs ou négatifs) récapitulent les montants facturés et sont signés par le directeur des finances ;
- Les titres de recettes pour le centre des Finances Publiques ;
- Les lettres d'envoi sont jointes aux avis des sommes à payer.

Pour la facturation des **dossiers privés**, seuls les bordereaux de journal sont imprimés. Cette facturation permet le calcul de la redevance ainsi que le déblocage des dossiers comprenant des actes privés et des actes publics.

De manière générale, pour la facturation des actes et consultations externes, les facturières vérifient tous les dossiers pour lesquels les patients sont **100% payants** : elles interrogent CDR pour trouver une éventuelle PEC au patient. S'il y en a une, les agents renvoient le dossier au secrétariat concerné pour refacturation. Dans le cas inverse, la facture est adressée au patient.

Lorsque les facturières lancent une facturation, une **liste des erreurs** est émise. La synthèse des erreurs est envoyée par le bureau de la facturation à chaque service concerné, afin qu'il corrige lui-même ses erreurs. Une copie de la liste des erreurs est transmise à la responsable des admissions et de la facturation pour son tableau de suivi par UF et par mois (cf. Partie 3.1. *État des lieux des indicateurs existants*). Les facturières relancent les AMA dans le cas où les corrections ne sont pas effectuées. Une fois que les secrétariats ont corrigé et refacturé les dossiers, ils renvoient la liste des erreurs aux facturières qui vérifient par échantillonnage que les modifications aient bien été faites avant de lancer une nouvelle facturation.

Pour la facturation des **hospitalisations**, après validation par le DIM, l'informaticien référent du logiciel GAM simule la facturation et relève les erreurs sur les actes. Afin de facturer au plus tôt, il corrige directement les erreurs de facturation. Puis il facture les hospitalisations. Il envoie ensuite les avis des sommes à payer, les bordereaux de journal, les titres de recettes et les lettres d'envoi aux facturières qui se chargent de la transmission à la Trésorerie.

Qu'il s'agisse des hospitalisations ou des consultations externes, une fois toutes les vérifications faites, les facturières envoient les avis des sommes à payer et les lettres

d'envoi sous pli, ainsi que les bordereaux de journal et les titres de recettes à la **Trésorerie**.

En ce qui concerne les éléments télétransmis à la CPAM, ils sont étudiés par celle-ci qui peut éventuellement **rejeter** les dossiers facturés. Les rejets B2 signifient que les données transmises par le bureau de la facturation ne respectent pas les normes B2 de télétransmission. Par exemple, les dossiers peuvent être rejetés si le régime local et le régime général ont été confondus ou lorsqu'il y a une erreur de caisse de PEC, etc. Ces rejets sont souvent « liés aux droits » et ressortent d'un manque de cohérence dans le dossier. Le bureau de la facturation traite alors chaque dossier nominativement. Lorsqu'il y a une erreur de PEC (sécurité sociale ou mutuelle), la procédure veut que l'on supprime tous les débiteurs. Il faut ensuite mettre tous les nouveaux débiteurs correspondant au bon assuré puis refacturer le dossier. L'agent peut enfin simuler la facturation pour vérifier qui prend en charge quel montant. Le dossier ressortira à la prochaine facturation et l'ancien titre sera alors annulé et remplacé.

2.2.3 Axes d'amélioration : la question du champ de compétences des agents

Ayant suivi une **formation** PMSI en 2017 assurée par le Centre National de l'Expertise Hospitalière (CNEH), les praticiens sont désormais en mesure de poser leurs actes, qu'il s'agisse des intitulés ou des codes de la nomenclature. En effet, les TIM ont parfois des difficultés face à des intitulés à choisir entre deux codes différents qui seront valorisés différemment. Pour faciliter la valorisation des séjours, les médecins pourraient coder leurs actes. Actuellement, la majorité du codage repose sur le compte-rendu d'hospitalisation dont disposent les TIM. Néanmoins, celui-ci présente une limite non négligeable : sa « finalité n'est pas médico-économique mais une description des prises en charges cliniques du séjour »³⁴. C'est pourquoi l'ensemble des informations qu'attendraient les TIM n'y figurent pas toujours : pour les praticiens, certains diagnostics associés ne semblent pas forcément « intéressants » pour le courrier de sortie³⁵. Pour autant, les diagnostics associés ne sont valorisables que s'ils ont été écrits. En effet, « même s'ils ne codent plus, les médecins demeurent responsable de la production et de la traçabilité de l'information médicale »³⁶. En outre, la difficulté du codage au CHIC Unisanté + est qu'il repose à la fois sur des documents papiers et sur des documents informatisés. « Un dossier des soins intégré informatisé simplifie la consultation des

³⁴ GARIEPY J. et al., 2013, « Recueil PMSI diagnostic amélioré par le "codage partagé" », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31, pp. 388-397.

³⁵ JUVEN P.-A., 2013, « Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 31, pp. 75-91.

³⁶ JOUSSE T., 2012, *Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements*.

sources d'information différentes (compte-rendu, observations médicales et paramédicales, examens biologiques et radiologiques, etc.) »³⁷. Ceci est particulièrement vrai pour la valorisation des séjours les plus longs.

En particulier, les médecins urgentistes pourraient être sensibilisés au codage d'une seule **majoration** par patient. À ce sujet, il conviendrait de vérifier que les sessions de formation des nouvelles AMA par le DIM sont adaptées à chaque secrétariat, notamment pour les AMA de nuit au service des urgences³⁸.

Un médecin pourrait être nommé référent PMSI pour chaque pôle mais il convient de s'assurer que celui-ci pourra mettre à jour ses connaissances tous les ans.

Enfin, toujours dans le but d'optimiser la valorisation des séjours, un **codage partagé** pourrait être mis en place. Cette technique est développée dans certains établissements de santé et elle permet principalement de coder des Diagnostics Associés Significatifs (DAS)³⁹, tels que le diabète insulino-traité, l'anémie, la dénutrition ou l'isolement (pour germes multi-résistants aux antibiotiques). Il s'agit d'ouvrir le codage aux différentes équipes intervenant dans la prise en charge du patient comme les diététiciens, les équipes d'hygiène, voire les infirmiers. « Les équipes disposent d'une liste limitée de codes restreinte à leur activité »⁴⁰. Des fiches de codage peuvent aussi être mises à disposition des équipes paramédicales afin de déclarer si le patient a une infection urinaire, une escarre ou une infection post opératoire. Par exemple, un fichier « dénutrition » partagé entre les diététiciens et le DIM a été mis en place dans un établissement public de santé⁴¹ : il permet d'automatiser le recueil des données d'après la définition de la dénutrition par l'ATIH. Ces équipes doivent être au préalable formées par le DIM, qui conserve un contrôle qualité final sur le dossier.

Concernant les **hospitalisations et consultations externes**, l'ANAP conseille la gestion complète d'un dossier par un même agent : de l'accueil au traitement des rejets. Cela entraînerait la mutualisation des équipes d'accueil et de facturation. L'ANAP recommande également le suivi de l'activité de chaque gestionnaire grâce à des indicateurs de performance individualisés. Toutefois, il conviendra d'analyser le « rapport coût/valeur ajoutée du contrôle », afin de garantir l'efficacité du processus⁴² : l'établissement doit prendre garde à suivre la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement, sans avoir de dépenses disproportionnées en comparaison avec les apports de ce suivi.

³⁷ PICOULEAU D. et al., 2016, « Amélioration du codage PMSI avec l'information paramédicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 34, pp. 263-273.

³⁸ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

³⁹ PICOULEAU D. et al., 2016, « Amélioration du codage PMSI avec l'information paramédicale », *Journal de gestion et d'économie médicales*, Vol. 34, pp. 263-273.

⁴⁰ Ibid.

⁴¹ Ibid.

⁴² GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

À destination des patients, une facture type pourrait être explicitée sur le site Internet : « si vous avez des questions relatives à une facture (avis des sommes à payer), il faut réagir dès sa réception ». Les contacts du bureau de la facturation et de la Trésorerie pourraient aussi être mis à disposition (numéros de téléphone et adresses e-mail). Aussi, les rôles de la Trésorerie et du CHIC pourront être clarifiés :

- Le CHIC est concerné pour toute demande de renseignement sur l'avis des sommes à payer, pour contester la validité de ce dernier (éventuelle PEC par un organisme d'AMO ou d'AMC), pour demander l'annulation ou la réduction de la créance pour différents motifs (remise gracieuse).
- Le comptable gère les demandes de délais de paiement pour difficultés financières et les contestations des actions de recouvrement forcé qu'il met en œuvre.

Un guichet unique peut également être réfléchi afin de faciliter les démarches de l'utilisateur : par exemple, lorsque le patient veut à la fois solliciter des délais de paiement et obtenir des renseignements complémentaires sur la liquidation d'une créance lors d'une même démarche, les agents du CHIC ou ceux de la Trésorerie peuvent convenir d'un interlocuteur respectif afin de transmettre un appel (ou a minima un numéro de téléphone) à l'utilisateur.

2.3 La procédure de recouvrement par la centre des Finances Publiques

Une fois la facturation terminée, les titres de recettes sont pris en charge par la Trésorerie. L'objet de cette partie est de présenter la procédure de recouvrement, qui ne relève pas du CHIC Unisanté + mais du centre des Finances Publiques.

Au cours de l'audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement, une rencontre avec le centre des Finances Publiques de Forbach a été organisée afin de connaître les enjeux de cet organisme et de rechercher ensemble des pistes d'amélioration dans les relations avec le CHIC Unisanté +. Le centre des Finances Publiques est composé d'une partie fiscale et de la Trésorerie. La partie fiscale ne relève pas de ce mémoire. Le périmètre d'actions de la Trésorerie se divise entre les collectivités territoriales (communes et communautés de communes) et le CHIC Unisanté +. La Trésorerie se divise en trois services : celui consacré aux recettes des établissements qui relèvent de sa compétence, un autre dédié aux dépenses et un dernier pour le recouvrement.

En 2016, sur les douze millions d'euros pris en charge concernant le CHIC Unisanté + (hors EHPAD), 95,24% ont été recouverts. L'objectif pour l'ensemble des collectivités est d'atteindre 99% de recouvrement. La prise en charge correspond à l'ensemble des avis

des sommes à payer transmis à la Trésorerie relevant de la facturation des actes y compris les télétransmissions. La T2A et les diverses dotations sont notamment exclues. Les difficultés de recouvrement demeurent sur les anciens dossiers. Néanmoins, le montant des restes à recouvrer diminue depuis quelques mois, compte tenu du travail réalisé conjointement par le CHIC et le centre des Finances Publiques. Cette amélioration est due à un suivi rigoureux par la responsable des admissions et de la facturation en lien avec la directrice des finances, mais également à un soutien de la Direction des Affaires Juridiques, et des Relations avec les Usagers (DAJ) en ce qui concerne la gestion des contentieux. Enfin, ce travail ne peut se faire sans la collaboration des agents du centre des Finances Publiques. La Direction des Affaires Financières (DAF), la DAJ et la Trésorerie pérennisent actuellement une rencontre annuelle afin de développer les échanges entre leurs agents, de traiter les dossiers en cours et notamment les restes à recouvrer.

Le rôle du comptable public en matière de recouvrement des produits hospitaliers est le suivant : « ils sont chargés notamment de la tenue de la comptabilité générale de l'établissement, du règlement de ses dépenses et du recouvrement de ses recettes. Dans le cas des recettes non encaissées directement en régie, la mission de recouvrement consiste pour les comptables, après prise en charge budgétaire et comptable des titres de recettes correspondants, à engager tous les moyens amiables et contentieux prévus par la réglementation pour obtenir le règlement de la créance »⁴³. Une facturation de qualité facilite le travail des trésoriers et améliore la situation financière de l'établissement. Pour la Trésorerie, il importe que les bureaux des admissions et de la facturation se complètent afin d'établir des factures « irréprochables ». La Trésorerie est très dépendante du travail du CHIC en amont : s'il y a un problème d'identification ou d'adresse dès le départ, le recouvrement risque d'être plus difficile.

La Trésorerie distingue deux types de prescription :

- La prescription d'assiette est le délai dont dispose l'établissement pour facturer : il n'est pas vérifié par le comptable.
- La prescription de recouvrement : la Trésorerie a quatre ans pour recouvrer. Un acte relance ce délai. Tous les quatre ans, la Trésorerie effectue au moins un acte (mise en demeure ou Opposition à Tiers Détenteur). Pour que le délai soit relancé, il faut que le courrier parvienne à son destinataire, d'où l'importance du recueil d'une adresse valide à l'admission du patient.

⁴³ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), 2008, *Optimiser la chaîne facturation/recouvrement hospitalière – Retours d'expériences*, Berger-Levrault, 92 p.

Afin de définir une politique de recouvrement commune, une autorisation de poursuites a été signée entre l'ordonnateur et le comptable. Elle met en place les seuils définis par le département et proposés à l'ordonnateur par le comptable. Les seuils sont définis pour la totalité de l'action par débiteur : la Trésorerie peut additionner deux titres. Pour des raisons de confidentialité les seuils ne seront pas détaillés dans ce mémoire. Par cette autorisation, le directeur du CHIC autorise la Trésorerie à poursuivre par le biais de différents actes : des lettres de relance, une phase comminatoire, des mises en demeure, une éventuelle saisie sur rémunérations ou prestations sociales, voire sur compte bancaire. Celles-ci s'enchaînent après le dépassement de certains délais conjointement définis.

Cette politique est paramétrée informatiquement à la Trésorerie. Un automate est lancé une fois par mois pour les Oppositions à Tiers Détenteur (OTD) : il balaie le système et propose la procédure qui suit une échéance.

Suite à la facturation par le CHIC, les titres sont envoyés à la Trésorerie qui va les comptabiliser. Les comptables publics sont chargés de vérifier les crédits budgétaires, de contrôler les comptes d'imputation ainsi que la nomenclature. En revanche, le comptable n'est pas juge de la légalité. Le CHIC doit bien identifier les tiers débiteurs, comme cela a été évoqué lors de la réunion qui a eu lieu en fin d'année 2016 entre la Trésorerie et la DAF du CHIC Unisanté +.

Les **avis des sommes à payer** sont transmis à la Trésorerie qui les transmet ensuite à la Trésorerie de Metz (Direction Générale). Celle-ci effectue des envois en masse aux destinataires concernés afin de faire des économies sur les frais postaux. Les avis des sommes à payer sont envoyés au tarif lent et arrive donc entre dix et douze jours après leur émission au débiteur. Le débiteur a trente jours pour payer à compter de l'émission du titre et il lui en reste donc vingt lorsque l'avis des sommes à payer parvient dans sa boîte aux lettres.

Si le débiteur ne paie pas dans les délais, la procédure de recouvrement amiable commence. La possibilité de paiement par carte bancaire sur Internet expliquée sur l'avis des sommes à payer favorise les paiements spontanés par les patients (dispositif TIPI) : il s'agit d'un des moyens les plus simples avec le virement bancaire. Ceci explique probablement en partie l'amélioration du taux de recouvrement spontané à 90 jours et du délai moyen de recouvrement (cf. Partie 1.3.2. *Un changement de paradigme ancré*).

Recouvrement amiable

Une fois le délai de trente jours écoulé, une **lettre de relance** est automatiquement lancée par le système : le débiteur dispose de 45 jours supplémentaires pour payer.

La **phase comminatoire** commence ensuite : le recouvrement est effectué par une étude d'huissiers de justice. Cette phase dure 75 jours durant lesquels l'huissier fait au moins deux actes par courrier et/ou par téléphone.

À la fin de ces 150 jours cumulés, une **mise en demeure** peut être envoyée au débiteur : c'est le premier acte qui interrompt la prescription c'est-à-dire qu'il relance le délai de quatre ans. Afin que le délai soit relancé, le débiteur doit réceptionner la mise en demeure. Le débiteur a là encore trente jours pour payer.

Si suite à ces différents actes le débiteur n'a pas payé, la Trésorerie entre dans la phase de recouvrement contentieux.

Recouvrement contentieux

La Trésorerie propose alors une Opposition à Tiers Détenteur (OTD). Il existe différents types d'OTD :

- La **saisie sur rémunérations** peut avoir lieu sur les pensions, salaires, chômage et indemnités journalières de maladie. Elle se divise en trois parties :
 - **Saisie de l'employeur** connu en France, limitée à une quotité saisissable en fonction des revenus et de la situation de famille. Un courrier est envoyé à l'employeur et une copie à l'usager pour informations. L'employeur a un délai de réponse d'un mois. À ce niveau, les informations sur l'employeur proviennent de la déclaration de revenus et donc de l'année N-1. Des améliorations sont en cours au centre des Finances Publiques afin que l'interface fiscale s'intègre directement dans celle de la Trésorerie : cela éviterait du temps de recherche « manuelle » pour retrouver l'employeur à saisir. Enfin, le projet de prélèvement à la source pourrait permettre de disposer d'informations actualisées sur l'employeur.
 - Si la réponse de l'employeur est négative (notamment parce que la personne ne travaille plus), la Trésorerie sollicite **Pôle Emploi**.
 - Si Pôle Emploi donne également une réponse négative, la Trésorerie envoie une demande à la **CPAM** en dernier recours. En effet, certaines indemnités versées par la CPAM peuvent également être en partie saisies.
- **Saisie bancaire** : une application informatique permet à la Trésorerie de connaître l'ensemble des numéros de comptes bancaires connus en France possédés par un contribuable, ainsi que les établissements bancaires d'appartenance. Un minimum équivalent au montant du Revenu de Solidarité Active (RSA) reste à disposition sur le compte bancaire du débiteur (environ 500€). Il arrive que la Trésorerie reçoive une réponse de la banque « positive sans provisions » c'est-à-dire que le compte n'est pas assez provisionné pour pouvoir être prélevé. Ce cas

bloque souvent la procédure mais alerte parfois le débiteur parce que des frais sont prélevés par sa banque (une centaine d'euros) : ces frais peuvent dépasser le montant du titre dû et le débiteur préférera alors régler sa dette à la Trésorerie.

- **Saisie des allocations familiales** via la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) en fonction du titre : pour cela, il faut disposer d'éléments sur les enfants, en particulier la date de naissance.
- La **saisie-vente** par l'huissier du Trésor intervient rarement parce qu'il faut que le débiteur possède quelque chose de saisissable : cela peut être intéressant par exemple pour une entreprise disposant de matériel.
- **Hypothèque** : lorsque la personne a beaucoup de dettes, la Trésorerie peut déposer une hypothèque sur les biens immobiliers. En cas de vente de l'immeuble, le CHIC dispose d'un privilège : le notaire garde une somme pour recouvrer les dettes. S'il y a d'autres organismes créanciers, des rangs leur sont donnés : si le CHIC est au dernier rang, il peut ne rien toucher. En somme, l'hypothèque est une garantie supplémentaire mais n'assure pas de recouvrer la créance.

Les retours « N'habite Pas à l'Adresse Indiquée »

Le traitement de ces retours est quotidien à la Trésorerie. À la réception du courrier, les retours N'habite Pas à l'Adresse Indiquée (NPAI) sont mis de côté. Si c'est l'avis des sommes à payer qui revient en NPAI, les enveloppes sont transmises au CHIC et un mail est envoyé au bureau de la facturation : puisque l'avis des sommes à payer provient du CHIC, c'est à lui que revient le traitement de ces NPAI. La Trésorerie a besoin d'être informée du NPAI parce qu'elle met un code empêchement sur le dossier concerné qui permet de stopper les poursuites : le code empêchement bloque les actes de poursuite pendant 90 jours (à compter de la fin du mois en cours). Le CHIC a donc minimum 90 jours pour régulariser la situation : il s'agit le plus souvent d'annuler le titre et d'en réémettre un autre corrigé. La Trésorerie copie les avis des sommes à payer revenus en NPAI pour vérifier que les annulations/réémissions sont faites. Dans le cas où les dossiers ne sont pas mis à jour dans les 90 jours, le courrier de relance part automatiquement (lorsque le délai de 90 jours est épuisé) et il reviendra à la Trésorerie en NPAI : cela crée des coûts inutiles, une perte de temps ainsi qu'une charge de travail supplémentaire. En outre, l'envoi de ce courrier de relance est illégal puisque le débiteur doit recevoir l'avis des sommes à payer avant la relance. Si les courriers suivants (relances, mises en demeure...) reviennent en NPAI, le travail de recherche revient à la Trésorerie : elle recherche l'adresse, éventuellement le mail, le nom du conjoint et tous les éléments disponibles dans la partie fiscale. Il est important que le CHIC fasse son

maximum pour retrouver les informations au plus tôt parce que cela facilite le recouvrement. Un appel du CHIC Unisanté + recueil peut-être plus facilement des informations qu'un appel du centre des Finances Publiques.

En interne, le bureau de la facturation doit téléphoner au patient pour obtenir son adresse. Lorsqu'il est sollicité par la Trésorerie, le bureau de la facturation recherche l'adresse des patients par tous les moyens. Il recherche l'adresse la plus récente présente dans le dossier, recherche dans les pages blanches, dans CDR par numéro de sécurité sociale afin de trouver d'éventuels conjoint ou enfants, appelle les mairies et recherche même sur Internet en général.

Pertes sur créances irrécouvrables

Il existe deux types de pertes sur créances irrécouvrables :

- Sur le compte 6542 (**créances éteintes**) : ces pertes concernent les personnes en difficultés financières ou les sociétés en liquidation judiciaire. Elles reposent sur un jugement dans lequel le tribunal décide **l'effacement des dettes** (clôture en insuffisance d'actifs ou surendettement pour les personnes physiques). Cette demande ne peut pas être refusée par l'ordonnateur : elle s'impose au CHIC.
- Sur le compte 6541 (**créances admises en non-valeur**) : ces pertes surviennent lorsque l'ensemble des poursuites n'a pas abouti et que le trésorier estime qu'il a fait tout ce qu'il pouvait pour recouvrer les titres en fonction des seuils.

Une provision est effectuée tous les ans pour compenser ces pertes.

Par exemple, lorsque les agents de la Trésorerie n'ont pas les bons noms, prénoms, adresse et date de naissance, ils peuvent envoyer des mises en demeure régulièrement mais au bout de quelques années cela peut être jugé inutile. Une fois qu'ils considèrent que toutes les poursuites possibles ont été faites (une fois qu'un certain nombre d'actes ont été faits), les agents de la Trésorerie demandent au directeur du CHIC de les décharger du recouvrement d'une liste de titres. Si le directeur du CHIC accepte les Admissions en Non-Valeur (ANV), un mandat est alors émis⁴⁴.

L'avantage de cette procédure est qu'elle **n'efface pas les dettes** : celles-ci restent dues mais le trésorier est déchargé des poursuites et sa responsabilité en tant que comptable n'est plus engagée. Si le débiteur a de nouveau des sommes à payer au CHIC et qu'il se déplace à la Trésorerie, cette dernière lui édite un état dans lequel il y aura toutes les créances y compris celles admises en non-valeur. Il paiera alors en priorité les dernières créances mais un échéancier pourra éventuellement être établi pour qu'il paie la suite. Il s'agit « d'encaissements

⁴⁴ Le chapitre 8 du tome II de la M21 précise que « le directeur d'établissement est le seul compétent en matière d'admission en non-valeur ».

exceptionnels sur ANV » et un titre sera demandé au CHIC. En revanche, s'il ne paie plus, il n'y aura plus de poursuite.

L'enchaînement de toutes ces étapes entraîne la bonne facturation et de meilleures chances d'encaisser ses recettes pour l'établissement. C'est dans cette optique que les recommandations de ce présent mémoire ont été formulées.

3 Management de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement

Pour que les étapes précédentes s'enchaînent correctement et aboutissent à un encaissement des recettes par le CHIC Unisanté +, celles-ci doivent être coordonnées. Afin de maîtriser les coûts de facturation et de recouvrement des consultations externes par exemple, il va être nécessaire de coordonner les différents acteurs : l'AMA, le praticien, la TIM et l'agent administratif pour la facturation. Ceci est d'autant plus marqué que « la grille de tarification des soins externes réalisés en secteur hospitalier public est peu ou prou identique à celle du secteur libéral », c'est-à-dire environ 25 euros⁴⁵. Le processus de facturation des soins est par essence transversal : il doit inclure l'ensemble des agents, des services admissions-facturation aux AMA, en passant par l'ensemble des professionnels de santé⁴⁶. C'est notamment le rôle de la responsable des admissions et de la facturation et de ses équipes.

Un bilan des indicateurs existants au CHIC Unisanté + sera d'abord présenté. Les pistes d'évolution du management de la chaîne seront ensuite développées.

3.1 État des lieux des indicateurs existants

Un certain nombre d'indicateurs sont suivis et analysés par la responsable des admissions et de la facturation en collaboration avec le contrôleur de gestion. Tout d'abord, le taux de rejets transmis par la CPAM est analysé au CHIC Unisanté + (cf. Partie 1.3.1. *Une amélioration du taux de rejets B2*).

Les indicateurs présentés ci-après sont diffusés via l'Intranet de l'établissement et disponibles pour tous.

Le cumul mensuel du **nombre de dossiers facturés** en hospitalisations et consultations externes est recensé. Il permet de calculer un taux de facturation par UF, service et pôle, par la méthode de calcul suivante :

$$\text{Taux de facturation} = \frac{\text{nombre de dossiers facturés}}{\text{nombre de dossiers créés}}$$

Un détail des raisons de non facturation des dossiers d'hospitalisations est également présenté : les principales explications sont les erreurs administratives dans les dossiers et

⁴⁵ WERY O., 2016, « Le système d'information de la facturation des soins, témoin d'un processus à maîtriser », *Finances hospitalières*, supplément de la lettre n° 101, pp. 7-11.

⁴⁶ FARDO C. et al., 2016, « La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisés », *Santé RH*, pp. 12-16.

quelques dossiers non validés par le DIM. Ce suivi permet également de vérifier que le taux de facturation s'approche des 100% en décembre.

La responsable des admissions et de la facturation suit aussi les **erreurs de facturation** tous les mois. Elle transmet celles concernant les consultations externes au contrôleur de gestion. Pour la facturation des hospitalisations, l'informaticien référent du logiciel GAM transmet également le nombre d'erreurs au contrôleur de gestion. Ce tableau est également détaillé par UF, service et pôle.

Les données concernant les hospitalisations et celles pour les consultations externes sont séparées notamment parce que ce sont des personnes différentes qui accueillent les patients et/ou qui codent les actes. Les erreurs sont répertoriées par type d'erreurs, telles que des erreurs de refacturation, sur les actes, sur le parcours de soins, l'absence de PEC ou d'acte.

Concernant les hospitalisations, un pourcentage d'erreurs est calculé par rapport au nombre de sorties. Deux « podiums » sont présentés (« top 3 ») : l'un pour les services ayant fait le plus d'erreurs et l'autre pour les services ayant fait le moins d'erreurs depuis le début de l'année. Il y a globalement assez peu d'erreurs, notamment parce que les équipes d'accueil sont spécialisées (bureau des admissions) et les équipes de codage professionnalisées également (TIM).

Pour les consultations, un pourcentage d'erreurs est calculé par rapport au nombre de dossiers comprenant au moins un acte. Un podium des services faisant le plus d'erreurs depuis le début de l'année est établi. À l'inverse, un « top 3 » des services faisant le moins d'erreurs depuis le début de l'année est présenté : des AMA ont d'ailleurs parlé de ce dernier lors de l'audit et ont pour but de l'atteindre. Cela montre que ce tableau de suivi est diffusé et connu des services d'accueil.

En ce qui concerne les actions d'amélioration des secrétariats, la responsable des admissions et de la facturation envoie des mails récapitulatifs des erreurs et corrections à apporter. Il arrive fréquemment qu'elle se déplace dans les services afin d'assurer la formation continue des agents d'accueil et d'assurer une facturation optimale. L'intérêt ici est pédagogique : l'objectif de la responsable des admissions et de la facturation est que les agents ne reproduisent pas les mêmes erreurs⁴⁷. De plus, depuis septembre 2017, la responsable des admissions et de la facturation a endossé le rôle de coordinatrice des secrétariats médicaux : cela permet d'anticiper la centralisation des admissions et d'avoir un lien hiérarchique avec les AMA. Ce nouveau positionnement de la responsable des admissions et de la facturation va entraîner un management direct des AMA. L'institutionnalisation de ce lien direct rapproche les AMA de la chaîne de facturation,

⁴⁷ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

favorise les échanges et la professionnalisation des AMA sur la facturation. Celle-ci devrait entraîner une diminution du nombre d'erreurs et donc des effets bénéfiques sur la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement.

3.2 Axes d'amélioration

3.2.1 Poursuivre le développement des relations avec la Trésorerie

Organiser des **réunions plus régulières** et/ou créer des rencontres sur place (un agent de la Trésorerie se déplace au CHIC et un agent du CHIC va à la Trésorerie une fois par an par exemple) rendraient les échanges entre les agents de la Trésorerie et ceux du CHIC plus réguliers et naturels. En prenant connaissance du travail et des contraintes des autres, les agents travailleraient peut-être mieux ensemble et trouveraient des méthodes d'échanges qui leur conviennent.

Par exemple, les agents du CHIC pourraient inciter les personnes en difficultés (notamment financières) à **se déplacer** à la Trésorerie pour établir un échéancier de paiement : la Trésorerie préfère en effet que le patient paie 20€ pendant 10 mois plutôt que de devoir admettre la créance en non-valeur. Néanmoins, certains agents du CHIC ont fait remonter les difficultés sociales des patients et résidents qui présentent des réticences à se déplacer au centre des Finances Publiques.

Les agents du CHIC pourraient également être formés à l'utilisation d'Hélios, notamment pour le suivi des restes à recouvrer. La Trésorerie de Forbach a d'ailleurs proposé une formation à l'utilisation du logiciel, qui est disponible en lecture seule au CHIC.

Aussi, pour les patients et résidents en difficultés financières voire en difficultés de paiement, la Trésorerie souhaiterait avoir un maximum **d'informations** notamment en cas de décès. Cela permettrait aux agents responsables du recouvrement d'être plus réactifs et de commencer les poursuites au plus tôt. Le CHIC pourrait transmettre les données suivantes : le nom du notaire qui gère la succession et sa ville d'exercice, l'adresse du domicile du patient/résident, la date et le lieu de naissance, la date et le lieu de décès aideraient la Trésorerie à appeler la mairie des lieux de domicile, de naissance et de décès afin d'obtenir le nom des héritiers plus facilement et plus rapidement. Le CHIC pourrait également transmettre les noms des enfants et/ou les noms des héritiers s'il en a la connaissance. La question se pose pour la transmission du nom et du numéro de téléphone de la personne à prévenir et/ou du nom et du numéro de téléphone de la personne de confiance : une étude juridique pourra être menée afin de vérifier s'ils relèvent du secret professionnel ou non.

La CPAM et les mutuelles principales pourraient également être associées à la définition d'une politique de recouvrement : des réunions régulières, une fois par an par exemple, avec ces interlocuteurs pourraient faciliter les relations et améliorer les paiements.

Une **convention synthétique** peut également être mise en place avec le centre des Finances Publiques en cinq ou six objectifs évalués par indicateurs identifiés conjointement par le CHIC et la Trésorerie et révisables tous les ans en fonction des priorités communes aux deux organismes.

La direction départementale ou régionale des finances publiques est en mesure d'auditer des chaînes administratives et de formuler des recommandations. L'ordonnateur et le comptable peuvent arrêter ensemble, après avis favorable du directeur départemental ou régional des finances publiques, une lettre de mission adressée à une équipe mixte d'auditeurs, désignés par l'ordonnateur et le comptable de chaque entité, pour leur demander de contrôler, par exemple⁴⁸ :

- Les conditions d'émission des titres de recettes et de leur recouvrement ;
- L'efficacité des échanges entre leurs systèmes d'information respectifs et les possibilités de dématérialisation des documents manipulés ;
- L'adéquation de l'offre monétique faite aux débiteurs ;
- L'organisation générale et l'efficacité des régies de recettes ;
- L'efficacité de la gestion des renseignements nécessaires au recouvrement ;
- Les conditions de gestion des autorisations des poursuites et des admissions en non-valeur des titres irrécouvrables.

3.2.2 Communiquer les indicateurs de suivi de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement

Un des objectifs de l'audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement est de faciliter la **communication** sur le fonctionnement de cette chaîne : en effet, chaque acteur devrait connaître sa place afin de s'assurer du bon fonctionnement de la chaîne et de la transmission des informations⁴⁹. Les responsabilités de chacun doivent être précisées à tous et connues dans l'établissement.

⁴⁸ *Charte nationale des bonnes pratiques de gestion des recettes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics*, 7^{ème} axe d'amélioration.

⁴⁹ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

Un **tableau de bord institutionnalisé** pourrait être créé afin de piloter la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement. Il pourrait par exemple inclure une partie des indicateurs suivants⁵⁰ :

- Indicateurs de préadmission : taux de préadmission, taux de dossiers avec des données débiteurs complètes à l'entrée et à la sortie du patient et délai moyen de complétude des données débiteurs par rapport à la date d'entrée du patient.
- Indicateurs d'admission : nombre et taux de doublons, nombre de patients accueillis par agent (logiciel de gestion de file d'attente) et suivi du nombre de dossiers traités par agent.
- Indicateurs de codage : taux de dossiers sans acte, délai moyen de codage des actes et diagnostics et taux de codage.

Ces indicateurs peuvent être produits de manière globale, par pôle et/ou service ou par type d'activité (hospitalisations, consultations externes et urgences).

- Indicateurs de facturation : nombre de dossiers comprenant une anomalie, nombre de dossiers à facturer et en attente (les factures en attente sont celles qui ne sont ni payées, ni rejetées : leur traitement est priorisé par montant des factures), taux de factures émises et délai moyen d'émission des titres de recettes, taux de rejets, taux d'annulation des titres par motif, nombre et taux de retours NPAI.

Le taux de rejets n'est pas toujours pertinent parce que les erreurs peuvent provenir de la CPAM⁵¹.

Un outil de l'ANAP permet de produire et d'analyser les délais moyens de facturation et de codage par pôle sur des échantillons de dossiers patients : il date de 2009 et s'appelle « Suivrecouv » (possibilité de distinguer les délais moyens de facturation des dossiers concernant une hospitalisation, une consultation externe ou un passage au service des urgences).

Une dizaine de dossiers par mois pourraient permettre de relever les indicateurs qui pourraient être revus en staff composé des principaux acteurs de la chaîne.

- Indicateurs de recouvrement : taux de factures soldées, délai moyen de recouvrement, nombre et montants des restes à recouvrer (par débiteur), montant moyen facturé par mode de paiement, taux d'utilisation des différents moyens de paiement, taux de recouvrement par type de débiteur, nombre et montants des

⁵⁰ Le cahier des charges du module de pilotage de la chaîne d'Accueil-Facturation-Recouvrement précise les trois fonctionnalités attendues des Gestions Administratives du Patient (GAP). Les GAP devront ainsi intégrer :

- La production d'un instantané du diagramme des états, pour connaître en temps réel l'avancement de la chaîne accueil-facturation-recouvrement (nombre et montant associé aux différentes étapes de l'admission à la facturation).
- La réalisation de listes de travail, pour permettre une analyse et/ou un retraitement des venues ou factures-tiers.
- Le calcul d'indicateurs, pour permettre le pilotage opérationnel et stratégique de la chaîne.

Dans l'intérêt du CHIC, ces fonctionnalités pourraient être négociées avec le prestataire du logiciel GAM.

⁵¹ JOUSSE T., 2012, *Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements*.

contentieux, taux de contestations, montants et taux de remise gracieuse et montants et volume des ANV (en nombre de titres).

Ces indicateurs et leur fréquence de calcul seront à étudier avec la Trésorerie.

Il est attendu que la GAP soit capable de produire un instantané des dénombrements et montants associés à chacun des statuts du titre à un instant t (émis, rejetés, annulés, payés)⁵². Il est très important de suivre l'état d'avancement de chaque tâche afin de coordonner les professionnels distants géographiquement dans l'établissement⁵³.

Le CHIC Unisanté + devra cependant être attentif à bien sélectionner les indicateurs pertinents pour la gestion de sa chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement puisque le recueil d'informations a un coût non négligeable : l'objectif du tableau de bord est d'analyser la situation et de pouvoir mettre en place des actions correctives afin d'améliorer la chaîne⁵⁴.

L'objectif de l'audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement est aussi de la décloisonner: les acteurs doivent communiquer régulièrement afin de partager leurs données. En particulier, les acteurs des admissions et de la facturation pourraient être de nouveau sensibilisés à la procédure de recouvrement afin de comprendre les enjeux de leur travail en amont.

Pour que les acteurs concernés se rencontrent, il pourrait être intéressant pour le CHIC de **formaliser des réunions** régulières. Elles pourraient aussi être l'occasion de partager l'ensemble des indicateurs de performance de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement. La diffusion des résultats de la chaîne pourrait impliquer davantage les acteurs. En effet, l'Intranet n'est pas le meilleur moyen de toucher les équipes : les agents n'ont pas le réflexe d'aller chercher ces informations, il est préférable de leur présenter les données afin de faire passer un message et d'atteindre les personnes concernées.

Dans le but de décloisonner, une partie de la formation (initiale et continue) des AMA pourrait être assurée par des agents de la facturation.

Un certain nombre de réunions semble possible au sein de cette chaîne pour faciliter les interactions :

- Les bureaux des admissions et de la facturation et les assistantes sociales pourraient ensemble trouver des solutions sur les dossiers à recouvrer.
- Réunion mensuelle d'échanges entre DIM et DAF⁵⁵ (contrôle de gestion, bureaux des admissions et de la facturation) au sujet des incomplétudes, des atypies ...

⁵² *Cahier des charges du module de pilotage de la chaîne d'Accueil-Facturation-Recouvrement* (06/01/2017).

⁵³ JOUSSE T., 2012, *Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements*.

⁵⁴ GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

⁵⁵ AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre*.

- Les règles de cotation des actes pourraient être partagées entre le DIM et les bureaux des admissions et de la facturation⁵⁶.
- Rapprochement avec les débiteurs (Caisse de Paiement Unique) : réunions d'informations, rencontres, points réguliers sur des dossiers communs en particulier les dossiers non recouverts et l'analyse des rejets.
- Réunion semestrielle entre la DAF, les secrétariats d'EHPAD et la Trésorerie : revue et analyse des indicateurs de facturation/recouvrement, suivi des encaissements de recettes, actions de recouvrement mises en œuvre et admissions en non-valeur. Cette rencontre pourrait également être l'occasion pour la Trésorerie de présenter ses indicateurs de suivi aux agents du CHIC Unisanté +.

Des objectifs pourraient être fixés aux bureaux des admissions et de la facturation. Le suivi des indicateurs correspondants permettrait ensuite de quantifier les améliorations possibles et réalisées.

Le management de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement semble être le point de faiblesse le plus important du CHIC Unisanté +. En effet, la littérature a développé ce sujet en profondeur il y a déjà quelques années et un tableau de bord connu des agents serait intéressant pour le bon fonctionnement de l'établissement.

⁵⁶ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

Conclusion

Le rôle de l'Attaché d'Administration Hospitalière dans la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement est principalement un rôle d'organisation et de management. En effet, l'AAH peut être en charge d'une partie des équipes qui composent cette chaîne. En outre, il doit connaître l'ensemble des interlocuteurs afin de faire le lien sur l'ensemble de la chaîne. Le rôle de l'AAH tient surtout au suivi du bon fonctionnement de la chaîne et à la résolution de problèmes. En revanche, il s'arrête à la fin de l'étape de la facturation puisque le recouvrement est assuré par le centre des Finances Publiques. Néanmoins, le rôle de l'AAH est capital dans le sens où il peut tisser des liens capitaux avec cet organisme. Enfin, le responsable des admissions et de la facturation dispose de l'expertise technique en la matière⁵⁷. Il a une vision d'ensemble du processus : celle-ci est essentielle pour paramétrer les règles métiers en collaborant avec le service informatique⁵⁸. La coordination de la chaîne a bien pour objectifs de sécuriser et d'optimiser le cycle de recettes de l'établissement⁵⁹.

Pour mener à bien cet audit, l'élève AAH a effectué une revue de la littérature en vue de récolter des idées afin d'améliorer la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement du CHIC Unisanté +. Parallèlement, les évolutions énoncées notamment sur le site du ministère ont été utilisées dans le but d'anticiper les futures démarches.

L'audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement du CHIC Unisanté + a permis de rappeler aux différents acteurs de la chaîne leur importance pour les recettes de l'établissement. Ce point pourra également être de nouveau souligné lors des comptes-rendus aux différents participants à l'audit, voire en réunion à destination des médecins et des cadres de santé⁶⁰. Il est aujourd'hui nécessaire d'attirer l'attention des acteurs médicaux et soignants sur l'importance des recettes pour le CHIC Unisanté +. Dans un établissement en retour à l'équilibre, la focalisation sur les recettes est d'autant plus cruciale : elle permet l'équilibre des comptes ainsi que le paiement des charges d'exploitation telles que les salaires des agents, les achats, etc. Enfin, les recettes servent à réaliser des investissements indispensables à la vie de l'établissement : en effet, le résultat permet de dégager de la Capacité d'Auto-Financement (CAF) qui permet d'investir.

⁵⁷ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

⁵⁸ WERY O., 2016, « Le système d'information de la facturation des soins, témoin d'un processus à maîtriser », *Finances hospitalières*, supplément de la lettre n° 101, pp. 7-11.

⁵⁹ Ibid.

⁶⁰ SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

Aussi, certaines des recommandations énoncées dans le rapport d'audit vont prochainement être mises en place par la responsable des admissions et de la facturation. En effet, faciliter le parcours du patient de son entrée jusqu'à son encaissement constitue un bouleversement pour les établissements de santé. Les évolutions des compétences des agents des bureaux des admissions et de la facturation ont également été modifiées ces dernières années et risquent d'évoluer encore afin de faciliter le parcours du patient notamment. Enfin les tableaux de bord se développent et facilitent le suivi de l'activité hospitalière. Dans le but de faire évoluer la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement, l'établissement est contraint de suivre des indicateurs afin de vérifier si les actions d'amélioration engagées ont atteint leurs objectifs.

Enfin, se pose la question des clusters qui existent dans le domaine des ressources humaines sur le sujet de la qualité de vie au travail. Il pourrait être intéressant de développer des réseaux professionnels concernant la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement. De plus, la question des ressources humaines est primordiale dans cette chaîne : en effet, depuis la mise en place de FIDES, au vu de la complexification du système, les équipes ont dû et vont devoir être formées. Les agents de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement montent en compétences et des formations ont été et vont être nécessaires, notamment pour les agents des bureaux des admissions et de la facturation. En outre, la conduite du changement est une question essentielle lors de ces modifications réglementaires, en particulier pour les managers que sont les AAH. Un groupe de travail, constitué d'établissements de santé et piloté par l'ANAP, a d'ailleurs été mis en place pour « recenser les activités et compétences requises pour une chaîne AFR performante »⁶¹ : un référentiel de compétences devrait être mis à disposition des établissements de santé prochainement. Bien que le thème ne soit pas obligatoire, dans le cadre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT), des groupes de travail spécialisés pourraient être formés afin d'échanger entre cadres administratifs gérant des bureaux des entrées et de la facturation : cela permettrait de faire ressortir les bonnes pratiques et de les partager entre établissements. Faut-il y voir une harmonisation entre établissements parties au GHT ou un partage de compétences ? Des évolutions sont probablement à venir dans ce domaine.

⁶¹ GERVAISE V., GUALTIEROTTI P., 2017, « La formation comme socle d'amélioration des performances de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement (AFR) », *Santé RH*, n° 97, pp. 13-18.

Sources et bibliographie

Textes législatifs et réglementaires

Décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière.

Décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 relatif à l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements de santé, modifié par le décret n° 2007-82 du 23 janvier 2007.

Décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique.

Ministère du Budget, des comptes publics de la fonction publique et de la réforme de l'État, Instruction du 25 mars 2011 relative au partenariat entre ordonnateurs et comptables pour l'amélioration du recouvrement des produits locaux (inclut la *charte nationale des bonnes pratiques de gestion des recettes des collectivités territoriales et de leurs établissements publics*).

Ministère du Budget – DGFIP, Instruction du 16 décembre 2011 relative au recouvrement des recettes des collectivités territoriales et des établissements publics locaux.

Direction Générale de l'Offre de Soins, Instruction du 18 mars 2016 relative au programme SIMPHONIE, aux 3 projets portant sur le parcours administratif des patients et à la sélection des établissements de santé publics et privés non lucratifs pour l'année 2016.

Ouvrages

WERY O., 2014, *La facturation des soins hospitaliers*, Infodium éditions, 216 pages.

Articles

FARDO C. et al., 2016, « La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisés », *Santé RH*, pp. 12-16.

GARIEPY J. et al., 2013, « Recueil PMSI diagnostic amélioré par le "codage partagé" », *Journal de gestion et d'économie médicales* [en ligne], Vol. 31, pp. 388-397 [consulté le 21/07/2017], disponibilité : <http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales-2013-6-page-388.htm>

GERVAISE V., GUALTIEROTTI P., 2017, « La formation comme socle d'amélioration des performances de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement (AFR) », *Santé RH*, n° 97, pp. 13-18.

GERVAISE V. et al., 2017, « Garantir la qualité de la facturation avec CDRi : retour sur l'expérience conduite au CHRU de Nancy », *Finances hospitalières*, n° 116, pp. 10-16.

GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », *Finances hospitalières*, n° 102, pp. 5-11.

HEBBRECHT G. et al., 2017, « Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la" », *Revue hospitalière de France*, n° 576, pp. 54-59.

JUVEN P.-A., 2013, « Codage de la performance ou performance du codage : Mise en chiffre et optimisation de l'information médicale », *Journal de gestion et d'économie médicales* [en ligne], Vol. 31, pp. 75-91 [consulté le 21/07/2017], disponibilité : <http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales-2013-2-page-75.htm>

PICOULEAU D. et al., 2016, « Amélioration du codage PMSI avec l'information paramédicale », *Journal de gestion et d'économie médicales* [en ligne], Vol. 34, pp. 263-273 [consulté le 21/07/2017], disponibilité : <http://www.cairn.info/revue-journal-de-gestion-et-d-economiemedicales-2016-5-page-263.htm>

WERY O., 2016, « Le système d'information de la facturation des soins, témoin d'un processus à maîtriser », *Finances hospitalières*, supplément de la lettre n° 101, pp. 7-11.

Sites Internet

ANAP, page consacrée à FIDES, consultée le 01/07/2017, disponibilité : <http://www.anap.fr/les-projets/promouvoir-la-performance-interne-des-organisations-des-es-et-esms/detail/actualites/facturation-individuelle-des-etablissements-de-sante-fides/>

Ministère des Solidarités et de la Santé, programme Simphonie (mars 2016), consulté le 01/07/2017, disponibilité : <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie/simphonie>

Littérature professionnelle

ANAP, 2016, *Kit pratique pour l'optimisation du recueil des données et de la facturation hospitalière*.

GIE Sesam-Vitale « Etude de marché des industriels, éditeurs de logiciels pour les établissements de santé », Période d'analyse : Juillet 2015 – Juin 2016, disponibilité : <https://www.sesam-vitale.fr/documents/10195/22741/etude-de-marche-industriels-etablissements-de-sante-2015-2016.pdf/d545b692-605b-4b30-bae1-0ea1af22459d>

Ministère des Affaires sociales et de la santé, ministère de l'Économie et des finances, UNCAM, *Cahier des charges fonctionnel – Description des fonctionnalités attendues dans le module de pilotage de la chaîne d'Accueil-Facturation-Recouvrement*, version 0.1.14 du 06/01/2017.

Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH), 2008, *Optimiser la chaîne facturation/recouvrement hospitalière – Retours d'expériences*, Berger-Levrault, 92 p.

Réunion du groupe des représentants hospitaliers n°24 sur le programme SIMPHONIE 16 décembre 2016, disponibilité : http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_programme_simphonie_grhp_24_161216.pdf

Mémoires EHESP

AUCLERT A., 2012, *L'optimisation du circuit de facturation dans le cadre de la mise en place de la facturation individuelle au fil de l'eau : l'exemple du Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre*.

EL HENI M., 2012, *L'optimisation de la chaîne de facturation des activités de soins à l'hôpital d'instruction des armées Percy (Clamart)*.

JOUSSE T., 2012, *Comparaison des pratiques de codage et de facturation de trois établissements*.

LECOMTE B., 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 opportunités d'évolution*.

SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*.

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

Liste des annexes

Annexe 1 : Calendrier de l'audit

Annexe 1 : Calendrier de l'audit

Service audité	Thématiques abordées
Bureau des admissions	Préadmissions et admissions des patients Mouvements/sorties
Réunion de l'Autorité de Gestion des Identités (AGI)	Validation de la politique d'identitovigilance Plan d'action identitovigilance Indicateurs de suivi
Secrétariat des urgences	Admissions des patients Codage des actes Sortie
Assistante sociale	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
Bureau de la facturation	Facturation actes et consultations externes (bordereaux, avis des sommes à payer, titres de recettes, ...) Rejets B2 CPAM Migrants N'habite pas à l'adresse indiquée
TIM	Codage des actes Molécule onéreuse / dispositif médical implantable
Secrétariat de consultations externes ORL	Admissions des patients Codage des actes Sortie et encaissements
Informaticien référent GAM	Requêtes informatiques de contrôle de l'exhaustivité des fichiers Facturation des hospitalisations
Secrétariat de consultations externes chirurgie A (viscérale)	Admissions des patients Codage des actes Sortie et encaissements
Centre des Finances Publiques	Composition de l'équipe de la Trésorerie Politique de recouvrement et procédures Admissions en non-valeur Rôles partagés entre le CHIC et la Trésorerie
Secrétariats d'EHPAD	Facturation des EHPAD

ATTACHÉ D'ADMINISTRATION HOSPITALIÈRE

Promotion 2017

Maîtrise de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement : l'exemple d'un audit au sein du Centre Hospitalier Intercommunal Unisanté +**Résumé :**

Les changements récents vécus par les établissements de santé (tarification à l'activité, état prévisionnel des recettes et des dépenses, facturation individuelle des établissements de santé et dotation modulée à l'activité) rendent la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement plus complexe. Les compétences des acteurs de cette chaîne ont beaucoup évolué et les formations sont récurrentes.

L'objectif de ce mémoire est de rendre compte d'un audit de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement et des évolutions possibles pour celle-ci au Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) Unisanté +. Les objectifs de l'audit sont de clarifier le fonctionnement de la chaîne, ses interfaces et ses défauts.

Les axes d'amélioration développés dans ce mémoire sont au nombre de trois :

- Faciliter le parcours du patient de son entrée à son encaissement ;
- Accompagner l'évolution des compétences des agents des bureaux des admissions et de la facturation, dans la réorganisation des équipes d'admissions-facturation et de codage ;
- Mettre en place un tableau de bord de suivi de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement afin de vérifier si les actions d'amélioration engagées ont atteint leurs objectifs.

Mots clés :

Dossier administratif, Facturation, Gestion financière, Hôpital, Recouvrement, Service admission, Trésor public

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.