



---

**Attaché d'Administration Hospitalière**

Promotion : **2017**

Date du Jury : **Décembre 2017**

---

**Optimisation de la chaîne de  
facturation/recouvrement  
Quels enjeux dans le projet de refonte du  
parcours patient au Centre hospitalier de  
Brive ?**

---

**Jérôme DURGUEIL**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier tout d'abord Monsieur Vincent DELIVET, Directeur général du Centre Hospitalier de Brive pour m'avoir accueilli dans son établissement durant mon stage.

Je remercie plus particulièrement Mme Sophie MARTAGEIX, Directrice des finances, du contrôle de gestion et de la contractualisation interne, mon maître de stage, pour la qualité de son accompagnement, ses conseils et sa disponibilité durant mon stage.

Je remercie également Mr Bernard EYROLLES, en charge du contrôle de gestion, pour ces remarques pertinentes et son esprit d'ouverture pour améliorer en permanence les outils de gestion et de management au profit de la communauté hospitalière. Son caractère bien trempé plein de convictions sur l'approche du fonctionnement d'un hôpital est un point d'appui dans les choix des prises de décision. J'ai aussi dû apprendre à gérer son enthousiasme parfois débordant et communicatif !

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

Enfin, mes remerciements les plus sincères vont à tous les professionnels, soignants comme administratifs dont j'ai croisé la route durant mon stage au Centre Hospitalier de Brive. Tous ont fait preuve de beaucoup de disponibilité et de sympathie à mon égard et ont contribué à faire de ce stage une expérience humaine et professionnelle très enrichissante.

*« Il est vrai que c'est en initiant les plus petites actions  
que l'on amorce de grands changements »*

*Pierre Rabhi*

---

# Sommaire

---

Introduction .....	1
1 L'évolution permanente des modes de financement dans les organisations de la chaîne de facturation et du recouvrement .....	5
1.1 La succession des récentes réformes du système de santé .....	5
1.2 L'importance du codage dans la stabilité des recettes pour les hôpitaux .....	6
1.3 La qualité de recueil des données administrative des patients.....	8
1.4 La multiplicité des acteurs au financement des dépenses de santé .....	9
1.5 Fiabilisation et valorisation de l'activité, enjeu majeur dans l'optimisation des recettes .....	10
1.5.1 Fiabilisation de la valorisation des séjours MCO en T2A .....	10
1.5.2 Fiabilisation de la valorisation des ACE en FIDES .....	11
1.6 Les performances en matière de facturation et de recouvrement ont des conséquences budgétaires et financières non négligeables .....	12
1.7 La difficulté persistante de la résistance au changement .....	12
1.8 Un enjeu culturel et organisationnel : l'évolution des rôles et des fonctions .....	14
1.9 L'évolution du métier de secrétaire médicale vers l'Assistant Médico-Administratif ..	15
1.10 L'importance du suivi du changement des pratiques à travers des tableaux de bord ..	15
2 Vers la mise en place d'un nouveau processus performant de facturation dans le projet de refonte du parcours patient au CH de Brive .....	16
2.1 Le CH de Brive, un établissement en très forte mutation architecturale et médicale dans la région du Limousin .....	17
2.2 Enjeux du projet du parcours patient dans l'optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement .....	20
2.2.1 Le suivi des Restes A Recouvrer (RAR) au CH de Brive .....	21
2.2.2 Le suivi des délais de remontée des données de facturation .....	21
2.3 Audit du fonctionnement du recueil des actes des ACE et des séjours pour la facturation et des modes de recouvrements .....	22
2.3.1 Descriptif du service du BDE : enjeux et objectifs.....	22
2.3.2 Démarche méthodologique .....	23
2.4 Evaluation de la maturité pour la mise en place du projet CORA Recueil à la suite des différents entretiens avec les principaux acteurs.....	27

2.5 La mise en place d'un plan global d'actions aux caractéristiques du CH de Brive pour conduire à la réussite du projet du parcours administratif du patient .....	28
2.5.1 Poursuivre le processus de dématérialisation des flux .....	28
2.5.2 Améliorer le codage dans les services et le délai de remontée des données ..	29
2.5.3 Organiser le processus de facturation et de recouvrement .....	29
2.5.4 Valoriser les compétences humaines et renforcer les ressources matérielles ..	31
2.6 Le rôle pivot de l'AAH dans le projet d'organisation du parcours patient.....	33
2.6.1 L'interface d'expertise de l'AAH dans le projet de rénovation du parcours patient .....	34
2.6.2 L'interface stratégique de l'AAH dans le pilotage et la mise en œuvre des projets.....	34
 Conclusion .....	 36
Bibliographie .....	38
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

### A

**AAH** : Attaché d'Administration Hospitalière

**ACE** : Actes et Consultations Externes

**ALD** : Affection Longue Durée

**AMA** : Assistant Médico-Administratif

**AMC** : Assurance Maladie Complémentaire

**AMO** : Assurance Maladie Obligatoire

**ANAP** : Agence Nationale d'Aide à la Performance

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ASAP** : Avis des Sommes A Payer

**ATIH** : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

**ATU** : Accueil Traitement aux Urgences

**AVC** : Accident Vasculaire Cérébrale

### B

**BDE** : Bureau Des Entrées

**BFR** : Besoin en Fonds de Roulement

### C

**CAF** : Capacité d'AutoFinancement

**CAIH** : Centrale d'Achat de l'Informatique Hospitalière

**CCAM** : Classification Commune des Actes Médicaux

**CDR** : Consultation des Droits Réels

**CDRI** : Consultation des DRoits Intégrée

**CFA** : Compte Financier Anticipé

**C2GC** : Centre de Gériatrie et de Gérontologie Clinique

**CHU** : Centre Hospitalier Universitaire

**COPERMO** : COmité interministériel de PERformance et de Modernisation de l'Offre de soins

**CPS** : Carte Professionnelle de Santé

**CPU** : Caisse de Paiement Unique

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

### D

**DAF** : Direction des Affaires Financières

**DGFIP** : Direction Générale des Finances Publiques

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins  
**DIAPASON** : Débit Intervenant Après le Parcours de SOiNs  
**DIM** : Département de l'Information Médicale  
**DMA** : Dotation Modulée à l'Activité  
**DMI** : Dispositif Médical Implantable  
**DPI** : Dossier Patient Informatisé  
**DRH** : Direction des Ressources Humaines  
**DSIO** : Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation  
**DSS** : Direction de la Sécurité Sociale

## **E**

**EA-DC** : Encaissement Automatique – Débit Carte  
**EHPAD** : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes  
**ETP** : Equivalent Temps Plein  
**ETPR** : Equivalent Temps Plein Rémunéré  
**EPS** : Etablissement Public de Santé  
**EPRD** : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses

## **F**

**FIDES** : Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé

## **G**

**GAC** : Gestion des ACtes  
**GAM** : Gestion Administrative du Malade  
**GCS** : Groupement de Coopération Sanitaire  
**GHM** : Groupe Homogène de Malade  
**GHS** : Groupe Homogène de séjour  
**GHT** : Groupement Hospitalier de Territoire

## **H**

**HPST** : Hôpital Patient Santé Territoire

## **I**

**IFSI** : Institut de Formation en Soins Infirmiers  
**IGAS** : Inspection Générale des Affaires Sociales  
**IRM** : Imagerie par Résonance Magnétique

## **L**

**LFSS** : Loi de Financement de la Sécurité Sociale  
**LPP** : Liste des Produits et Prestations

## **M**

**MCO** : Médecine, Chirurgie et Obstétrique  
**MIGAC** : Mission d'intérêt Générale et d'Aide à la Contractualisation

**MO** : Molécule Onéreuse

**MSA** : Mutualité Sociale Agricole

**N**

**NABM** : Nomenclature des Actes de Biologie Médicale

**NGAP** : Nomenclature Générale des Actes Professionnels

**O**

**ODMCO** : Objectif de Dépenses de médecine, Chirurgie et Obstétrique

**ONDAM** : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

**P**

**PAERPA** : Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie

**PDR** : Planification Des Ressources

**PEC** : Prise En Charge

**PES V2** : Protocole d'Echange Standard Version 2

**PMSI** : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

**R**

**RAR** : Reste A Recouvrer

**ROC** : Remboursement des Organismes Complémentaires

**RSI** : Régime Social des Indépendants

**RSS** : Résumé Standardisé de Sortie

**RUM** : Résumé d'Unité Médicale

**S**

**SIH** : Système d'Information Hospitalier

**SIMPSONIE** : SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées

**SSR** : Soins de Suite et de Réadaptation

**T**

**T2A** : Tarification A l'Activité

**TDB** : Tableau De Bord

**TIM** : Technicien de l'Information Médicale

**TIPI** : Titre Payable par Internet

**TJP** : Tarif Journalier de Prestation

**U**

**UCD** : Unité Commune de Dispensation

**Uni.H.A** : Union des Hôpitaux pour les Achats

**USLD** : Unité de Soins de Longue Durée

## Introduction

Jusqu'en 1984, les établissements publics et privés à but non lucratif étaient financés par des prix de journée ; ce modèle fortement inflationniste ne correspondait à aucune pertinence dans la prise en charge des patients, les structures étant intéressées à les garder plus longtemps que nécessaire. Le développement des techniques médicales le rend plus inadapté encore aujourd'hui en Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO).

A partir de 1984, les prix de journée ont été remplacés par une dotation globale, qui reconduisait quasi mécaniquement les budgets année après année. Certes, ce système permet de maîtriser l'enveloppe des dépenses, mais il présente des inconvénients majeurs : immobilisme, absence d'adaptation des activités hospitalières aux besoins de santé sur le territoire. Dès cette époque, a cependant été mis en place le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI)<sup>1</sup>, outil de mesure de l'activité médicale et économique des établissements. Sur la base du PMSI et pour pallier les défauts des systèmes antérieurs, la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2004 a introduit la Tarification A l'Activité (T2A). La France a ainsi rejoint une majorité de pays occidentaux qui, tout en appliquant des modèles variables, ont adopté le principe des tarifs, correspondant chacun à un paiement forfaitaire par type de séjour donné. Trois effets principaux étaient attendus de la réforme : transparence, équité, et efficience.

La T2A a été déployée progressivement entre 2004 et 2008 dans les établissements publics et privés à but non lucratif et dès 2005 dans les établissements privés à but lucratif.

Les financements à base de tarifs (Groupes Homogènes de Séjours (GHS) et suppléments pour certains services) représentent 88% de l'activité MCO, c'est-à-dire 44,5 milliards d'euros sur 50,5 milliards d'euros de l'Objectif de Dépenses de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (ODMCO) en 2015.<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Le PMSI repose sur la mise en place du Résumé Standardisé de Sortie (RSS) qui concentre l'ensemble des données médico-administratives concernant le patient pour une venue (y compris les DMI et MO). Le RSS permet de réaliser l'ensemble des contrôles de cohérence au fil de l'eau, c'est-à-dire, à chaque fois qu'une information validée est saisie dans le RSS ou qu'elle est modifiée. De plus, les informations du RSS sont utilisées pour la production des GHS, GHM et suppléments facturables en sus. Ces éléments sont envoyés à la base facturable pour produire les factures en tenant compte du calcul du ticket modérateur et de son éventuelle exonération ainsi que de la répartition par débiteurs. Du RSS sont également produites les informations requises par les ARS.

<sup>2</sup> Source : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexe1.pdf>, p.15

Certaines prestations ne font pas l'objet d'un tarif comme les Médicaments Onéreux (MO), les Dispositifs Médicaux Implantables (DMI), les urgences et la Coordination des greffes et des Prélèvements d'Organes, soit un total de 6 milliards d'euros en 2015.

Enfin, les Missions d'Intérêt Général et les Aides à la Contractualisation (MIGAC) sont financés selon des modalités spécifiques. Cette enveloppe MIGAC s'élève à 6,2 milliards d'euros pour 2015, soit 11% du champ de la T2A (56,8 milliards d'euros).

Les séjours hospitaliers considérés comme suffisamment homogènes d'un point de vue médical et économiques sont regroupés en groupes homogènes de malades (GHM).

A partir des données de comptabilité analytique recueillies dans des établissements volontaires, l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) calcule des coûts moyens pour chacun de ces GHM ;

Sur la base de cette échelle de coûts et en prenant en compte des objectifs de santé publique et d'orientation des modes de prise en charge, le ministère de la santé élabore une grille tarifaire de Groupes Homogènes de Séjours (GHS) qui sont la contrepartie financière des GHM.

Ce processus statistique complexe présente des faiblesses qui fragilisent l'ensemble du modèle. La T2A est peu adaptée à certaines activités : celles soumises à des normes réglementaires fixant des seuils d'encadrement des patients ; celles qui sont difficilement « standardisables » (par exemple la réanimation) ; celles réalisées dans des zones peu denses ou isolées mais indispensables à la couverture des besoins sanitaires. La T2A valorise mieux les actes techniques et est davantage adaptée à la chirurgie et à l'obstétrique qu'à la médecine. Soumis historiquement à des modes de financement différents, les secteurs public et privé à but non lucratif, d'un côté, et privé à but lucratif, de l'autre, se sont vu appliquer des grilles tarifaires distinctes au moment du passage à la T2A. Ces grilles ne recouvrent pas les mêmes charges : par exemple, les honoraires des médecins facturés à part au patient dans les cliniques, ne sont pas intégrés dans les tarifs. De ce fait, comparer les tarifs nécessite de complexes retraitements et agrégats statistiques qui rendent le processus artificiel. La T2A peut faire obstacle aux coopérations car les établissements n'ont pas intérêt à partager l'activité. En l'absence de pilotage national, les systèmes d'information, qui sont essentiels à la fois pour le codage des séjours et pour répondre à des enjeux sanitaires plus large, sont aujourd'hui très hétérogènes. A cela s'ajoute l'absence de cadre juridique et organisationnel des Départements d'Information Médicale (DIM), qui occupent pourtant une position charnière dans l'organisation des hôpitaux. Quatorze ans après l'introduction de la tarification à l'activité dans les établissements de santé comme mode de

financement de la MCO, la LFSS<sup>3</sup> pour 2017 a fixé les dotations de l'assurance maladie à 79,2 Md€ pour les dépenses tarifés à l'activité. L'Objectif National de Dépenses de l'Assurance Maladie (ONDAM) retenu dans la LFSS pour 2017 (190,7 Md€) résulte ainsi d'une base 2016 estimée à 185,2 Md€ à laquelle est appliquée une croissance tendancielle de 4,3%, ce qui donne une dépense de 193,2 Md€ avant mesures nouvelles dont sont soustraites des économies pour un montant de 4,1 Md€ et à laquelle est ajouté l'impact d'un changement de périmètre (1,6 Md€). La croissance de l'ONDAM à périmètre inchangé en LFSS pour 2017 est ainsi de 2,1%. Ces économies sont décomposées en quatre grandes catégories dans la LFSS pour 2017 : l'optimisation des achats pour 0,8 Md€, le développement de la chirurgie ambulatoire pour 0,6 Md€, la baisse des prix des médicaments pour 1,4 Md€ et la maîtrise médicalisée des tarifs des prestataires pour 1,1 Md€.

Aussi, l'optimisation de la facturation demeure un enjeu majeur. Dans le contexte actuel marqué par les contraintes de la T2A et par les mesures d'économie qui pèsent sur les Etablissements Publics de Santé (EPS), l'impact du taux et du délai de recouvrement des créances hospitalières sur la situation financière des établissements appelle les dirigeants hospitaliers à une plus grande vigilance sur l'amélioration de ces indicateurs. La qualité de l'élaboration des dossiers administratifs des patients, dont dépend la qualité de la facturation, est donc un enjeu majeur pour les établissements de santé. La T2A exige une rigueur importante des informations médicales renseignées car elles conditionnent l'application du tarif qui rémunère correctement les prestations réalisées. L'établissement s'est interrogé sur la possibilité de facturer des recettes supplémentaires en optimisant la cotation des actes externes et des séjours d'hospitalisation. Le CH de Brive, après avoir commencé un début de déploiement de l'application CORA Recueil de l'éditeur Maincare pour le codage des actes sur certains services (SSR et psychiatrie), envisage sa mise en place complète sur l'établissement. Mon étude sera axée sur l'opportunité qu'offre ce dispositif dans le projet actuel de refonte du parcours administratif du patient au niveau des secrétariats médicaux.

---

<sup>3</sup>

[https://www.fipeco.fr/fiche.php?url=L%E2%80%99objectif-national-de-d%C3%A9penses-d%E2%80%99assurance-maladie-\(ONDAM\)](https://www.fipeco.fr/fiche.php?url=L%E2%80%99objectif-national-de-d%C3%A9penses-d%E2%80%99assurance-maladie-(ONDAM))

**Quels sont les freins et leviers au déploiement de nouveaux outils dans la perspective de l'amélioration de la facturation/recouvrement ? En quelle mesure la mise en place d'une application sur le codage des actes dans tous les secrétariats médicaux peuvent permettre d'améliorer l'efficacité du codage? De quelle manière faire adhérer l'ensemble des différents acteurs concernés à l'impérativité de sa mise œuvre dans le contexte actuel ?**

L'étude du parcours administratif du patient comprend plusieurs aspects dans la complexité de sa prise en charge (1), aussi, il est nécessaire pour le CH de Brive de trouver une organisation globale dans son fonctionnement du parcours de soins pour optimiser sa chaîne d'accueil, de facturation et de recouvrement (2)

## **1 L'évolution permanente des modes de financement dans les organisations de la chaîne de facturation et du recouvrement**

Avant de présenter l'ensemble des démarches d'analyse de mon étude sur le terrain, il m'a paru nécessaire de décrire de manière technique l'ensemble des enjeux qui entourent l'importance de l'optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement à travers les dernières réformes de financement (1.1), l'importance du codage des actes (1.2), la qualité de recueil des données administratives (1.3), la multiplicité des acteurs du financement (1.4), l'importance de la fiabilisation et de la valorisation de l'activité (1.5), l'impact budgétaire et financier non négligeable (1.6), la résistance du personnel au changement des pratiques (1.7), les évolutions du personnel dans les rôles et les fonctions (1.8) et plus particulièrement le changement du métier des secrétaires médicales vers celui d'assistant médico-administratif (1.9) ; et enfin pour encadrer le contrôle de tous ces changements, il est important de tracer les évolutions à travers des indicateurs pertinents suivis périodiquement dans des tableaux de bord (1.10)

### **1.1 La succession des récentes réformes du système de santé**

Depuis 2004, les EPS et privés sont confrontés à des évolutions majeures en matière de financement et de suivi de leur activité. Les réformes du mode d'allocation des ressources avec notamment la T2A sur la partie MCO, la Dotation Modulée à l'activité (DMA) en substitution progressive à la Dotation Au Financement (DAF) sur la partie Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)<sup>4</sup> et la psychiatrie dans une prochaine étape sont autant de bouleversements dans la logique économique des établissements de santé. La réforme des prévisions budgétaires et comptables avec l'Etat des Prévisions des Recettes et des Dépenses (EPRD)<sup>5</sup> s'inscrit dans le projet de la Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES)<sup>6</sup> dans le prolongement de la réforme T2A. L'article 63 de la LFSS pour 2013 a fixé la date limite de passage à la facturation directe des EPS au 1<sup>er</sup> mars 2016 pour les Actes et Consultations Externes (ACE). Pour les séjours, la facturation directe est fixée au 1<sup>er</sup> mars 2018 comme le prévoit l'article 45 de la LFSS pour 2014.

---

<sup>4</sup> Réforme du financement SSR : article 78 de la LFSS 2016 et décret du 6 avril 2017

<sup>5</sup> Réforme du calendrier budgétaire du décret n°2015-1687 du 16 décembre 2015 relatif à la procédure budgétaire des EPS

<sup>6</sup> Instruction interministérielle DGOS/PF/DGFP/CL1A/2014 n°173 du 30 mai 2014

La mise en œuvre de ces réformes nécessite pour les établissements d'adapter en permanence les organisations et les systèmes d'informations. La gestion des recettes et de la trésorerie apparaît comme un enjeu majeur du mode de pilotage financier des hôpitaux. Au final, les établissements sont confrontés devant le défi d'être en mesure de prévoir et de recouvrer de façon optimum les recettes réalisées dans l'année. La maîtrise de la chaîne de facturation et de recouvrement des créances devient dans ce contexte un levier d'action stratégique pour les établissements de santé. Différents acteurs sont mobilisés allant de l'accueil des patients avec le recueil administratif des données, au recouvrement en lien avec la trésorerie, l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), les complémentaires et les assurés, en passant par la saisie des données médicales par les médecins, en lien avec le DIM. Cela représente trois processus successifs allant des admissions, la facturation et jusqu'au recouvrement. Ces trois phases sont étroitement liées par une approche transversale, qui sera évoquée par la suite dans le cadre de la refonte du parcours patient.

## **1.2 L'importance du codage dans la stabilité des recettes pour les hôpitaux**

Dans le cadre de la T2A, lorsque le codage des séjours MCO est effectué par le médecin et contrôlé par le DIM, les données sont transmises à l'ATIH. En fonction des éléments connus dans les fichiers d'activité transmis par le DIM, l'ATIH effectue un contrôle a priori et calcule la valorisation financière. L'Agence Régionale de Santé (ARS) arrête et notifie chaque mois à l'établissement et à la caisse pivot le montant ainsi calculé du financement lié directement à l'activité.

Avec le passage à FIDES, les prestations ACE sont facturées directement par l'assurance maladie. Le service de facturation établit une facture par patient, groupé par lot, envoyé hebdomadairement directement par flux dématérialisé au format B2 à la Caisse de Paiement Unique (CPU). Le mode de facturation est désormais centré sur le patient. Chaque venue de patient fait l'objet d'une facture individuelle pour les ACE, qui comportera l'ensemble des actes réalisés lors de sa venue. Les flux de factures se succèdent au fur et à mesure des sorties de patients. Les délais courant entre la sortie du patient et l'envoi dématérialisé de sa facture ont vocation à être réduits au minimum.

Lors de la phase d'admission, les gestionnaires patient accueillent le patient et créent, ou mettent à jour son dossier administratif, selon qu'il s'agit ou non de sa première venue dans l'établissement. Avec la FIDES, la dématérialisation des données nécessite l'utilisation des règles de facturation communes pour assurer une bonne qualité de recouvrement auprès des partenaires : assurés, établissements de santé, organismes d'assurance maladie et complémentaires et enfin la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP). Afin d'assurer une facturation de qualité et limiter les risques de rejet du

fait de la réglementation, la FIDES nécessite un travail d'optimisation des processus et des organisations liés au recueil des données administratives et médicales. La facturation doit à présent répondre à de l'exhaustivité, de la qualité et de la célérité.

La défaillance de ce processus a des conséquences directes et immédiates sur les recettes et la trésorerie de l'établissement.

Le personnel en charge des admissions des patients ne constitue pas un simple dossier administratif mais un véritable dossier d'identité et de couverture sociale. Ainsi, l'usager présente nécessairement deux caractéristiques : il est à la fois une personne avec son identité et son état civil. Dans 95% des cas, l'assuré dépend du régime obligatoire de la sécurité sociale. L'information sur l'identité du patient s'avère indispensable à l'ouverture ou à la réouverture du dossier médical. Cette information sera déversée dans les différents progiciels utilisés par l'EPS sans ressaisies ultérieures.

Cependant, il existe aussi un problème majeur sur l'acculturation des médecins dans le codage des actes. Dans le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de février 2010, il apparaît « un décalage certain entre les efforts considérables d'acculturation de la communauté médicale aux enjeux de gestion, de découpage des pôles et de construction (...) et la portée opérationnelle réelle de la subsidiarité. »<sup>7</sup> Les médecins sont donc amenés à s'adapter à l'évolution de l'hôpital public, des réformes de gouvernances, d'organisation et de T2A, même s'il est pointé que ces changements ne seraient pas suffisants pour atteindre les buts initialement fixés. Là encore, il est précisé que de nombreux pôles ne connaissent pas, ne maîtrisent pas les tableaux de bord nécessaires à la gestion financière de l'établissement. Et là est l'incohérence, selon les rapporteurs : les médecins ont fait des efforts pour s'acculturer à la T2A et à la gestion par pôle mais la constitution des pôles et leur fonctionnement est encore aléatoire pour porter ses fruits. La profession médicale change avec l'hôpital, évolue avec lui et les membres de l'IGAS notent un réel investissement des médecins qui leur permet de découvrir un autre métier et des dimensions jusque-là inconnues de l'hôpital sur la gestion médico-économique et la ressource humaine.

Encore aujourd'hui, les constats de ce rapport sont toujours d'actualité malgré le rappel constant à être efficient dans le domaine du codage dans l'intérêt économique de l'établissement.

---

<sup>7</sup> H. Zeggar, G. Vallet et O. Terceirie, « Bilan de l'organisation en pôles d'activités et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », Rapport IGAS n°RM2010-010P, février 2010 - <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/104000246.pdf>

### 1.3 La qualité de recueil des données administratives des patients

Par ailleurs, la couverture sociale du patient est recueillie par la lecture de sa carte vitale et de sa carte d'Assurance Maladie Complémentaire (AMC) s'il a souscrit à cette couverture. La vérification de la validité des droits du patient est indispensable afin d'assurer l'établissement dans le recouvrement des créances émises. Les rentrées financières de l'établissement dépendent de cette rigueur dans le recueil des données administratives. La carte vitale est lue automatiquement lors de son insertion dans un boîtier de lecture relié à l'ordinateur. Il est rappelé aux patients à l'entrée des admissions de faire une mise à jour systématique des droits sociaux sur des bornes dédiées de leur carte vitale.

Il est ensuite nécessaire de vérifier l'état des droits du patient concernant son AMO par l'utilisation de l'application sur la Consultation des Droits Réels (CDR). Les données concernant son organisme complémentaire sont saisies manuellement à partir de la carte AMC.

Ces tâches ne sont pas anodines. Les problématiques liées à l'identito-vigilance restent parmi les plus importantes lors de la venue d'un patient. Avant le passage à la FIDES, les problèmes classiques, tels que les doublons d'identité, la mauvaise orthographe du nom ou l'erreur dans la saisie de la date de naissance du patient pouvaient provoquer des erreurs médicales. Aujourd'hui, s'ajoute la certitude du risque du rejet de la facturation individuelle en cas de discordance entre les informations contenues dans le dossier médical du patient et celles dans les bases de données de l'assurance maladie. Aussi, en cas de manque de rigueur, cela occasionnera un travail supplémentaire de retraitement par le service. A cet effet, une boîte à outils avec des fiches pratiques pour atteindre les pré-requis a été rédigée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) en 2012 dans le cadre du programme Hôpital Numérique<sup>8</sup> afin d'être mise à disposition des établissements pour optimiser la prise en charge des questions relatives à cet enjeu.

De son côté, la constitution d'un dossier de couverture sociale fait appel à des règles nombreuses et contextuelles. La maîtrise de celles-ci est fondamentale. Avec le passage à la T2A, la principale préoccupation de la direction des finances est devenue celle du recouvrement de l'intégralité des créances de l'hôpital sur ses débiteurs.

---

<sup>8</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/HN\\_-\\_Boite\\_a\\_outils\\_pre-requis\\_-\\_Fiches\\_pratiques\\_-\\_Octobre\\_2012.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/HN_-_Boite_a_outils_pre-requis_-_Fiches_pratiques_-_Octobre_2012.pdf)

## 1.4 La multiplicité des acteurs au financement des dépenses de santé

Le régime de la sécurité sociale n'est pas universel. Plusieurs régimes d'AMO se partagent la couverture sociale de base des assurés. D'un côté, un régime général qui couvre quatre personnes sur cinq de la population française. De l'autre côté, le régime agricole qui couvre les exploitant et les salariés agricole, géré par la caisse centrale de la Mutualité Sociale Agricole (MSA) et le régime social des indépendants pour les artisans, commerçants, industriels et professions libérales, géré par la caisse centrale du Régime Social des Indépendants (RSI) et enfin les autres régimes spéciaux des marins, des mines, de la SNCF, de la RATP, de la Banque de France, de l'assemblée nationale, du Sénat, des clercs et employés de notaire entre autres.

L'Assurance Maladie est constituée de trois principaux régimes : le régime général, le régime agricole et le régime social des indépendants. A côté, existent aussi d'autres régimes spécifiques. Les règles tendent à s'harmoniser au fur et à mesure des réformes pour garantir un système social intergénérationnel. Malgré tout, les particularités demeurent fréquentes. Les droits sociaux s'acquissent par l'activité professionnelle ou par la qualité d'ayants droit. Certains droits sont étendus compte tenu des soins prodigués, tels que les soins dont le tarif est supérieur ou égal à 120€ ou pour des pathologies particulières traitées telles que les Affections de Longue Durée (ALD)<sup>9</sup> avec un protocole de prise en charge à 100% par l'AMO. Les usagers du système de santé ont la possibilité de souscrire une AMC. Les organismes complémentaires constitués des instituts de prévoyance, les mutuelles, des assurances établissent des règles autonomes avec des possibilités de prise en charge sur plusieurs niveaux. Le patient doit être en mesure de connaître son taux de couverture et des montants potentiellement restant à sa charge lors de son admission à l'hôpital. L'EPS a parfois conclu des conventions avec certains organismes d'assurance santé complémentaire. Dans ces cas, les prestataires de ce service verseront directement les montants dus à l'établissement et le patient règlera uniquement son reste à charge. Toutefois, compte tenu du nombre d'organismes existants, tous ne sont pas conventionnés. Le patient fera alors l'avance des frais et réalisera lui-même les démarches nécessaires pour se faire rembourser la partie du ticket modérateur prise en charge par son organisme AMC.

Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé s'est engagé dans une démarche globale de l'efficacité des EPS reposant sur de nombreux leviers de performance. Ce pilotage stratégique vise à garantir dans un contexte économique contraint, la qualité des

---

<sup>9</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/affections\\_de\\_longue\\_duree.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/affections_de_longue_duree.pdf)

investissements hospitaliers et la diffusion des politiques de performances à l'ensemble des établissements de santé. Différentes fiches méthodologiques ont été élaborées par la DGOS se basant en particulier sur le retour d'expérience du Comité interministériel de Performance et de Modernisation de l'offre de soins (COPERMO) pour apprécier la pertinence des projets d'investissement et la soutenabilité des trajectoires financières des établissements de santé. La fiche 2-8<sup>10</sup> porte sur la facturation et le recouvrement des recettes. Les pouvoirs publics incitent les EPS à s'engager dans le programme de SIMplification du Parcours administratif Hospitalier du patient et de Numérisation des Informations Echangées (SIMPHONIE). SIMPHONIE vise à simplifier le parcours administratif du patient en optimisant la chaîne de facturation et en sécurisant le recouvrement afin d'obtenir en un temps très raccourci une diminution significative des Restes A Recouvrer (RAR) et donc une augmentation des recettes et une amélioration du Besoin en Fonds de Roulement (BFR). La dématérialisation représente un levier majeur de gains d'efficience dans les EPS.

Par ailleurs, la certification des comptes permet de renforcer l'efficience des processus de gestion interne.

## **1.5 Fiabilisation et valorisation de l'activité, enjeu majeur dans l'optimisation des recettes**

### **1.5.1 Fiabilisation de la valorisation des séjours MCO en T2A**

La valorisation des séjours représente la part des recettes hospitalières la plus importante. Tout défaut d'exhaustivité et de qualité entraîne une perte de recette. L'allongement des délais entraîne une perte de trésorerie. Il est donc essentiel de s'assurer de la bonne déclaration des données de séjours.

Actuellement, la part AMO est calculée sur la base d'un tarif national (GHS) alors que le ticket modérateur est calculé sur la base du Tarif Journalier de Prestation (TJP) propre à chaque établissement.

Pour le même séjour, il y a globalement deux moments de facturation :

- Le service facturation facture la part complémentaire du patient,
- Le DIM transmet les données à l'AMO à M+1 via la plateforme e-PMSI

---

<sup>10</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/efficience-hospitaliere>

La valorisation des séjours s'appuie sur la mise à disposition de trois types d'informations :

- Les données administratives liées à la prise en charge des patients et véhiculées dans le fichier **VIDHOSP**,
- Les données médicales véhiculées dans les Résumés d'Unités Médicales (RUM),
- Les données issues de la pharmacie (exemple des MO/DMI) véhiculées par le fichier **FICHCOMP**

Le médecin DIM coordonne la réception, le contrôle de ces fichiers et les transmet pour obtenir le financement.

### 1.5.2 Fiabilisation de la valorisation des ACE en FIDES

Chaque acte effectué par un patient, par un professionnel de santé médical ou paramédical, doit être codé et saisi dans le dossier du patient. Cette codification permet de valoriser l'ensemble de la Prise En Charge (PEC) et de facturer la venue aux débiteurs concernés (AMO, AMC, patient)

Les référentiels utilisés pour la saisie des ACE sont :

- La Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM), qui regroupe les actes réalisés par les médecins et les chirurgiens-dentistes,
- La Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP), qui regroupe les actes cliniques médicaux et les actes des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues) ;
- La Nomenclature des Actes de Biologie Médicale (NABM) pour les actes de biologie,
- La Liste des Produits et Prestations (LPP), notamment pour certains DMI qui peuvent être posés au cours d'une consultation (ex : changements d'implants phonatoires),
- Les Unités Communes de Dispensations (UCD)<sup>11</sup> pour les médicaments rétrocedés<sup>12</sup>,
- Les forfaits techniques (scanner, IRM,...) pour les coûts de fonctionnement de l'appareil (Forfait normal, Forfait réduit,...),
- Les forfaits Accueil Traitement des Urgences (ATU), Forfait de petit matériel (FMM), Sécurité et Environnement hospitalier (SE), Administration de produits, prestations et spécialités pharmaceutiques en Environnement hospitalier (APE).

---

<sup>11</sup> Ce code caractérise la plus petite unité utilisée pour la dispensation des médicaments dans les établissements de soins mais il s'agit surtout d'une norme d'échange à l'hôpital retenue dans le cadre de la T2A et de la rétrocession.

<sup>12</sup> Article L.5126-4 du code de la santé publique

Le recueil, le codage et la saisie exhaustive des actes **en temps réel** sont les facteurs clés d'une facturation de qualité.

## **1.6 Les performances en matière de facturation et de recouvrement ont des conséquences budgétaires et financières non négligeables**

La facturation, dans un mode de financement à l'activité, est indispensable au recouvrement des recettes. Elle a donc un impact budgétaire et financier majeur : le niveau du BFR de tout établissement en T2A dépend directement de la facturation, et des délais dans lesquels elle est effectuée.

En effet, si le délai de facturation est long et en particulier supérieur au délai de paiement des fournisseurs<sup>13</sup>, cela signifie que l'hôpital supporte les coûts de la prestation délivrée au patient avant de facturer cette dernière, et a fortiori avant de recouvrer la créance correspondante. Ce mécanisme crée un BFR, puisque le cycle d'exploitation génère des dettes d'exploitation supérieures aux valeurs d'exploitation, ce qui se répercute négativement sur la trésorerie. Si l'établissement a une trésorerie insuffisante pour couvrir le BFR, il doit se procurer des financements à court terme, notamment en ouvrant une ligne de trésorerie auprès des banques. Bien évidemment, cette ligne de trésorerie a un coût et pèse sur le résultat. On le voit bien : la facturation et le recouvrement sont au cœur des enjeux budgétaires et financiers de tout établissement financé en T2A.

## **1.7 La difficulté persistante de la résistance au changement**

Dans l'ouvrage « Eloge du changement » de l'auteur Gérard-Dominique CARTON, il est abordé cette approche psychologique au changement avec des phases progressives.

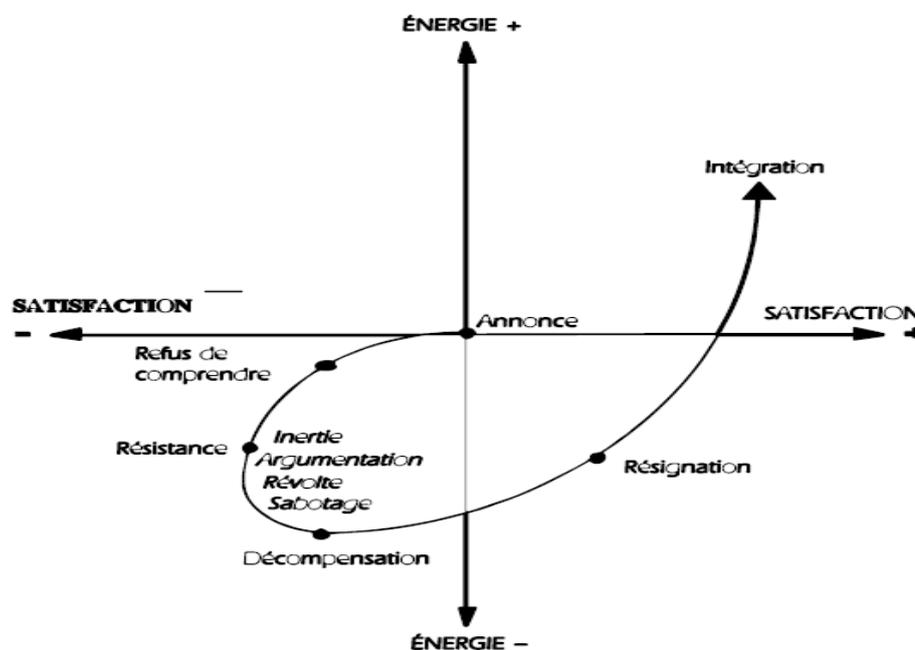
Dans le pilotage du changement, les mécanismes du changement au niveau individuel à travers des étapes successives ouvre des perspectives nouvelles et permet d'influencer le processus afin d'en diminuer sa pénibilité et sa durée. L'annonce représente un travail

---

<sup>13</sup> Délai réglementaire de 50 jours pour les établissements publics de santé en vertu du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, modifiant le décret n°2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique, pris en application du titre IV de la loi n° 2013-100 du 28 janvier 2013 portant diverses dispositions d'adaptation de la législation au droit de l'Union européenne en matière économique et financière. Le décret fixe, par catégories de pouvoirs adjudicateurs et d'entités adjudicatrices, le délai de paiement des sommes dues en exécution des contrats de la commande publique.

important et délicat car elle sera comprise à travers notre filtre individuel de perception qui conditionne le déroulement du processus. Toute **annonce** de changement à valence négative et longue déclenche le processus des cinq phases. L'annonce doit par conséquent être exhaustive, factuelle, précise. La gestion individuelle du changement passe par la reconnaissance de la progression d'une phase à l'autre en vue de l'objectif commun de l'intégration. C'est le dialogue qui permet le mieux d'ajuster les réalités et d'influencer les perceptions. Lors du **refus de comprendre**, l'annonce a bousculé la réalité de la personne réceptrice. La **résistance** est une phase nécessaire de souffrance qui peut se rencontrer à travers l'inertie, l'argumentation, la révolte, le sabotage. La **décompensation** doit se traiter avec compréhension et sympathie en se gardant d'exprimer des jugements de valeur. La **résignation** montre que le changement est accepté sans enthousiasme. L'**intégration** représente un état définitif. Dans le cadre d'un changement collectif, les réactions de groupe sont plus marquées. Le potentiel de résistance est proportionnel à la taille du groupe. La représentation ci-dessous est très révélatrice du processus qui se produit entre l'effet d'annonce et l'intégration, passant ainsi d'une phase négative vers une phase positive comme le mouvement d'un « swing » de golfeur. L'effet individuel sur un effet de groupe agit aussi comme un « effet de dominos » dans chacune des phases.

Représentation du processus de changement de Georges-Dominique CARTON appelée « SWING »<sup>14</sup>:



<sup>14</sup> [http://www.cerclesdeprogres.com/IMG/pdf/elogechangement\\_g.carton.pdf](http://www.cerclesdeprogres.com/IMG/pdf/elogechangement_g.carton.pdf)

Dans le cas du projet de refonte du parcours administratif du patient du CH de Brive, plusieurs groupes d'acteurs sont actuellement dans cette phase de résistance avec d'un côté les syndicats du personnel qui rejettent cette organisation, une partie des agents du Bureau Des Entrées (BDE) sur leurs redéploiements dans les secrétariats médicaux et enfin le corps médical. Ce dernier reste le plus réfractaire aux changements de par leur organisation individuelle de leur service respectif. Dans les différents mémoires portant sur la restructuration des secrétariats médicaux, on peut aussi observer ces phases de contestations après l'annonce.

## **1.8 Un enjeu culturel et organisationnel : l'évolution des rôles et des fonctions**

La T2A appelle à davantage de coopération entre les différents acteurs de l'hôpital. Elle implique une prise de conscience par chaque acteur de la chaîne de facturation de l'importance de sa fonction.

- Le BDE, jusqu'alors souvent marginalisé et caractérisé par un niveau de formation des agents historiquement très faibles, concentre désormais plusieurs enjeux essentiels : il est à la fois un élément incontournable de gestion de la clientèle ainsi que la première étape du processus de facturation. Il convient donc de ne plus considérer le BDE comme une voie de garage pour le personnel en rupture de carrière ou marginalisé, ainsi que de minimiser l'importance de l'accueil du public.
- Le Praticien Hospitalier est responsable de la déclaration de son activité et donc de l'intégralité de son volume et de son codage.
- Le médecin responsable de l'information médicale (médecin DIM) exerce une triple mission de formation, de conseil et de contrôle auprès de ses collègues praticiens. Il est chargé de garantir l'exhaustivité, la qualité et la cohérence des données médicalisées servant de base à la facturation.
- Le responsable de la facturation (souvent un adjoint des cadres ou un attaché d'administration hospitalière selon l'importance du service) est chargé d'améliorer la rapidité et la fiabilité de la facturation afin de faciliter l'encaissement en régie et, en parallèle, d'optimiser les recettes de titre 3 sur la prestation des chambres particulières notamment.
- Le responsable du système informatique garantit l'adéquation fonctionnelle des outils informatiques au recueil de l'ensemble des données nécessaires à la facturation en tenant compte des spécificités des organisations.

La responsabilisation des différents acteurs doit également s'accompagner d'une recherche de davantage de communication et de collaboration entre eux. De fait,

l'intégration des flux de facturation et des flux de données PMSI engendrent des rapprochements inévitables entre le DIM et le BDE.

### **1.9 L'évolution du métier de secrétaire médicale vers l'Assistant Médico-Administratif<sup>15</sup>**

Avec la mise en œuvre de la loi HPST<sup>16</sup>, le parcours de soins entre la ville et l'hôpital se doit d'être fluidifié. Dans le cadre du parcours du patient, le rôle des secrétariats médicaux est fondamental, notamment pour l'accueil et la communication avec les patients, les médecins, les familles et les professionnels de santé extérieurs. La loi a défini une nouvelle organisation pour les pôles d'activité qui deviennent centre opérationnels de l'EPS, avec à leur tête des chefs de pôle. Dans ce contexte, sur le terrain, les EPS sont progressivement amenés à redéfinir les principes d'organisation de leurs secrétariats. La logique polaire a pour corollaire un processus de sortie du système traditionnel qui attribue à chaque médecin, sa secrétaire médicale. La fonction de secrétariat médical peut désormais être organisée en pool au niveau d'un secteur ou d'un pôle, avec éventuellement une coordination du secrétariat au niveau de l'établissement.

### **1.10 L'importance du suivi du changement des pratiques à travers des tableaux de bord**

Plusieurs types d'outils peuvent servir à la démarche de pilotage. Parmi eux, le tableau de bord est un document écrit composé d'une série d'indicateurs synthétiques, qui concernent une même entité et qui sont organisés de façon cohérente à des fins de pilotage, de mesure et de maîtrise de la performance. Les indicateurs sentinelles permettent d'anticiper sur un phénomène. Dans le cas de mon étude, les indicateurs doivent répondre à une vision de l'optimisation de la facturation et du recouvrement avec des objectifs cibles réalisables.

Aussi, les principales caractéristiques d'un indicateur sont :

- ❖ La pertinence : il porte sur des enjeux cohérents avec les objectifs poursuivis,

---

<sup>15</sup> Décret n°2011-660 du 14 juin 2011 portant statut particulier des personnels administratifs de la catégorie B de la fonction publique hospitalière

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000024169433>

<sup>16</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires à l'initiative de la Ministre de la Santé en fonction Mme Roselyne BACHELOT-NARQUIN

- ❖ L'appropriation : il doit être reconnu par les professionnels de santé, comme fournissant une description conforme de la réalité. La conséquence est qu'il doit résulter d'une concertation,
- ❖ La fidélité : l'indicateur retrace bien le sens et l'importance du phénomène qu'il décrit,
- ❖ La ponctualité : l'indicateur doit être disponible en temps voulu,
- ❖ La finalisation : une valeur-cible doit être présente, qui permet de mesurer l'écart entre les réalisations et les objectifs obtenus,
- ❖ La comparabilité et la pérennité : l'indicateur doit permettre les comparaisons dans le temps et dans l'espace,
- ❖ La contrôlabilité : l'indicateur évalue un domaine sur lequel l'utilisateur du tableau de bord a une réelle possibilité d'action,
- ❖ Le caractère anticipateur : l'indicateur anticipe sur les résultats, positifs et négatifs et permet d'agir en conséquence.

Au final, un indicateur est une représentation chiffrée d'un phénomène que l'institution souhaite mettre sous contrôle. Il permet d'objectiver la situation et de la rendre interprétable. Le BDE ne dispose pas actuellement de suivi d'indicateurs de manière périodique. J'ai proposé plusieurs indicateurs pertinents en lien direct avec le flux de la facturation et du recouvrement, qui sont présentés dans la continuité de cette étude.

Après avoir présenté l'ensemble des enjeux pour la réussite à cette transition pour le CH de Brive, l'analyse détaillée qui suit définit les paramètres existants de l'établissement et les ajustements nécessaires pour aboutir à la réussite du projet dans sa globalité tant sur la rénovation du parcours du patient associée à l'amélioration de la performance de la chaîne de facturation et de recouvrement.

## **2. Vers la mise en place d'un nouveau processus performant de codage dans le projet de refonte du parcours patient au CH de Brive**

Le choix de la direction de faire évoluer le fonctionnement du parcours patient est avant tout d'ordre économique. Comme énoncé dans la première partie sur les différents aspects du modèle économique des EPS, la situation de viabilité à moyen et long terme du CH de Brive passe par cette refonte d'ensemble. Les expériences pratiquées déjà dans les CHU et autres CH démontrent que cette alternative est nécessaire afin d'assurer une couverture de soins optimale. Cette deuxième partie est consacrée à une présentation du CH de Brive dans son

environnement (2.1), suivi des enjeux dans la situation actuelle (2.2), accompagnés d'un audit du fonctionnement du recueil des actes ACE et séjours (2.3) et d'une évaluation de la maturité de CORA Recueil (2.4), avec pour finaliser, la présentation sur la mise en place d'un plan global d'actions pour l'aboutissement complet du projet de déploiement (2.5).

Enfin, l'AAH est un acteur d'accompagnement dans la conduite à ce changement d'organisation et de fonctionnement (2.6).

## **2.1 Le CH de Brive, un établissement en très forte mutation architecturale et médicale dans la région du Limousin**

Soucieux de conforter sa place dans le dispositif sanitaire et d'assurer le meilleur service aux patients, l'établissement est depuis ses dernières années en pleine reconstruction. Le CH de Brive est fortement ancré sur la Corrèze et dessert un bassin de population de 89 189 habitants en 2011<sup>17</sup>, soit 37% de la population du département et 12% de la population du Limousin, marqué par un vieillissement important de sa population. L'hôpital travaille sur l'année 2017 à la mise en œuvre du projet d'établissement et le commencement des travaux sur les orientations stratégiques 2018-2022 qui intégreront celles du Projet Médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Limousin<sup>18</sup> dont le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Limoges est l'établissement support. Le GHT Limousin est une opportunité pour le CH de Brive pour développer un lien étroit avec le CHU de Limoges dans le cadre d'une stratégie commune.

L'hôpital a continué le développement de son activité d'hospitalisation ambulatoire, la structuration d'une politique de gestion des parcours de santé et de ses actions en santé publique. Les résultats très positifs du PAERPA<sup>19</sup> pour les parcours des personnes âgées, la structuration du suivi des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC), le dynamisme du pôle d'oncologie en matière de suivi des patients bénéficiant de thérapies orales, l'action du

---

<sup>17</sup> Source Observatoire Régional de la santé sur le diagnostic territorial de santé sur l'agglomération de Brive-La-Gaillarde (Corrèze) – Rapport n°261 – Octobre 2014

<sup>18</sup> Le GHT du Limousin regroupe 18 établissements dont 2 hôpitaux psychiatriques sur 3 départements dont en Haute-Vienne: le CH de Haut Limousin, le CH de Saint-Junien, le CH d'Esquirol, le CH de Monts et barrages, le CH de Saint-Yrieix, le CHU de Limoges ; en Creuse: le CH de La Souterraine, le CH de Guéret, le CH de Evaux-les Bains, le CH de Saint-Vaury, le CH de Bourganeuf, le CH de Aubusson ; en Corrèze: le CH d'Ussel, le CH d'Uzerche, le CH de Bort-les-Orgues, le CH de Tulle, le CH de Brive, le CH de Cornil.

<sup>19</sup> Le PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est un dispositif qui a pour objectif d'améliorer le parcours de santé des personnes âgées de 75 ans et plus, en mettant fin aux difficultés ou rupture dans leur prise en charge.

Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) en santé mentale témoignent de l'engagement de l'établissement dans les démarches de coordination des parcours de santé des patients. Dans le cadre de la prévention et de la santé publique, la création d'une Unité Transversale d'Education Thérapeutique des Patients au service des professionnels du territoire et d'un CeGIDD<sup>20</sup> départemental avec des antennes à Tulle et Ussel démontrent le dynamisme de l'établissement à travailler avec les partenaires du territoire.

La prise en compte de ces mutations dans le fonctionnement de l'hôpital n'a pas empêché de consolider sur le territoire l'ouverture d'un Centre de Gériatrie et de Gérontologie Clinique (C2GC) en mai 2016, le remplacement de l'Imagerie à Résonance Magnétique (IRM) en fin d'année 2016, l'achèvement et l'ouverture en octobre 2017 d'un nouveau service de réanimation et de surveillance médicale continue. La modernisation de l'hôpital se poursuit avec le déploiement de son système d'information avec le Dossier Patient Informatisé (DPI) M-Crossway de l'éditeur Maincare.

L'attractivité du CH de Brive est majoritairement pour 73,55% de la Corrèze, suivi pour 11,36% du Lot et pour 10,06% de la Dordogne. Le CH de Brive comporte 8 pôles<sup>21</sup>.

La capacité totale est de 734 lits et places (609 lits, 125 places), ainsi répartie :

- MCO : 406 lits et 67 places,
- SSR : 92 lits et 5 places,
- Psychiatrie : 42 lits et 23 places,
- 5 budgets annexes<sup>22</sup> : 69 lits et 10 places,

Au 31 décembre 2016, le CH de Brive compte 174,21 Equivalents Temps Plein Rémunérés (ETPR) de personnel médical dont 46,08 ETPR de personnel interne et 1631,5 ETPR de personnel non médical.

Concernant l'analyse de l'activité<sup>23</sup>, en 2016, les urgences comptabilisent 35 289 passages, dont 10 063 ont été hospitalisés et 25 226 n'ont pas nécessité d'hospitalisation.

---

<sup>20</sup> CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) les hépatites virale et les infections sexuellement transmissibles (IST)

<sup>21</sup> Pôle médecine, Pôle chirurgie, Pôle surveillance médicale continue, Pôle femme-mère-enfant, Pôle gériatrie, Pôle cancérologie, Pôle psychiatrie et d'un pôle regroupant les fonctions « support » (laboratoire, radiologie, pharmacie, bloc opératoire).

<sup>22</sup> 5 budgets annexes : Budgets Unité de Soins de Longue Durée (USLD), Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD), Accueil de jour, Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention d'Addictologie (CSAPA), et Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI),

Les passages aux urgences ont progressé entre 2015 et 2016 (+3%). Le nombre d'interventions au bloc a progressé de 2,96% passant de 7 477 à 7698 (entre 2015 et 2016). Le nombre de consultations externes en 2016 est de 181 421 contre 155 873 en 2012<sup>24</sup>, soit une progression de 14,08%. Le nombre total de séjours tous confondus est de 67 467 en 2016 dont 37 450 séjours MCO, 959 séjours SSR, 795 séjours en psychiatrie, 1 677 séjours en oncologie, et 26 586 séances de chimiothérapie et radiothérapie<sup>25</sup>. En comparaison à 2012, le volume de séjours a augmenté de 6,17%. Le nombre de journées d'hospitalisation complète sur le budget principal en 2016 est de 165 846 contre 160 974 en 2012, soit une progression de 2,94%.

En 2016, l'établissement possède un budget principal de 151,3 M€ et 5 budgets annexes pour un montant de 6,1 M€. L'évolution des recettes représente +4,04% entre 2015 et 2016 avec une progression générale sur tous les titres de produits d'assurance maladie (T1), d'autres produits de l'activité hospitalière (T2), et des autres produits (T3). En 2016, l'établissement a connu un tassement de son activité MCO, avec une baisse de 1,36% du nombre de séjours par rapport à 2015. Cette baisse est notamment liée à la diminution de l'activité de séances (-3%). A contrario, le nombre de séjours en hospitalisation de jour a progressé de 6%, tandis que l'hospitalisation complète est restée stable. Les recettes d'activité sont ainsi en légère progression, à hauteur de 530 K€ (+0,75%). Les recettes de consultations continuent de progresser. (+2% soit +138K€)

Malgré une certification des comptes<sup>26</sup> 2016 sans réserves obtenue en 2017, l'hôpital enregistre un déficit de 2 M€<sup>27</sup> tous budgets confondus au 31/12/2016. Sur le budget principal, l'établissement dégage un déficit de 1,7 M€. Ce déficit de l'exploitation s'explique par le rythme plus soutenu de la croissance des dépenses d'exploitation par rapport à la valorisation des produits de l'activité pourtant en hausse. Le taux de marge brute à 4,60% est en net retrait par rapport à 2015 (5,76%) déjà en retrait par rapport à 2014. Ce taux est en largement en deçà de la cible à 8%.

Dans un contexte national particulièrement contraint de baisse constante des tarifs de l'activité et de croissance mécanique des charges des établissements induites par des dispositions nationales impactant directement la masse salariale, il est devenu très difficile

---

<sup>23</sup> Source rapport d'activité 2016

<sup>24</sup> Liste des annexes : document n°1 a

<sup>25</sup> Liste des annexes : document n°1 b

<sup>26</sup> Article 17 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux Patientes et aux Territoires (HPST) JORF n°167 du 22 juillet 2009, p.12184

<sup>27</sup> Source Compte financier 2016

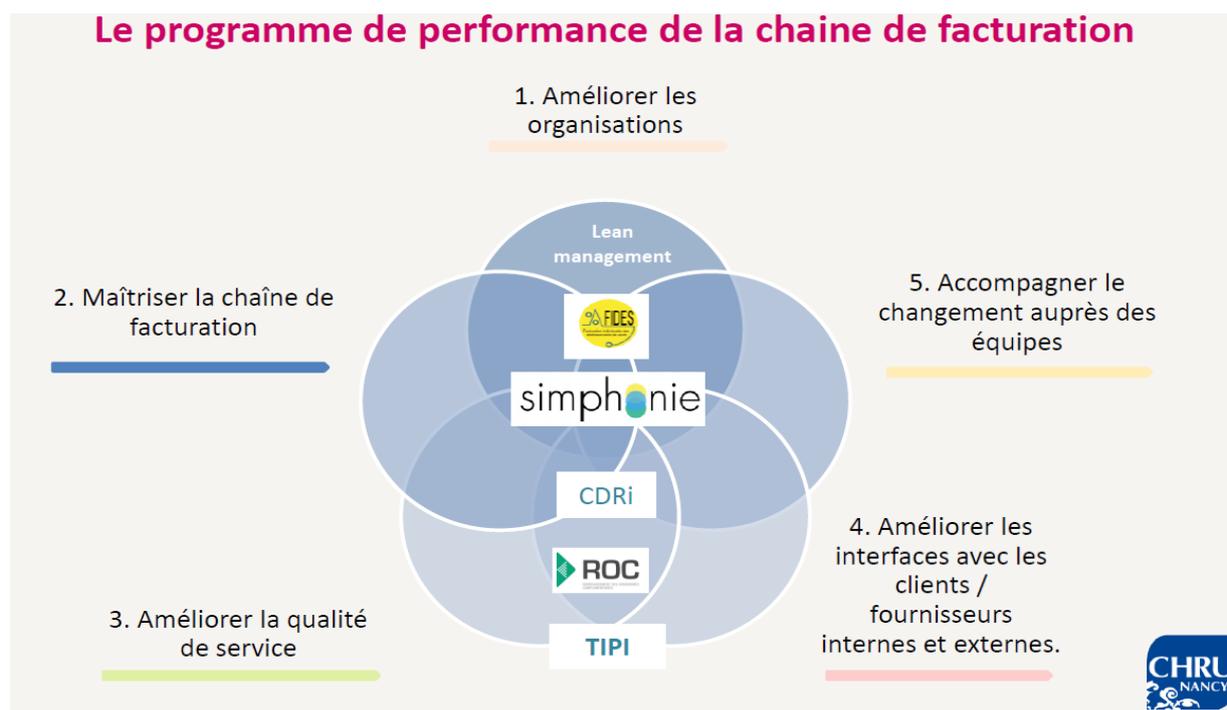
de dégager des marges pour l'investissement. Pourtant, l'investissement est indispensable au développement de l'activité et surtout aux gains d'efficacité.

Le principal enseignement que l'on peut tirer de ces indicateurs est de s'alerter sur l'impact sur la trésorerie à court et moyen terme. Le recours à des lignes de trésorerie pourrait se mettre en place si des solutions de redressement n'étaient pas trouvées.

## 2.2 Enjeux du projet du parcours patient dans l'optimisation de la chaîne de facturation et de recouvrement

Dans le cadre de la mise en œuvre du plan triennal et dans le contexte global de recherche d'efficacité, la sécurisation du recouvrement et du délai de facturation constituent des éléments clés de l'amélioration de la trésorerie des hôpitaux.

Exemple des 5 axes du programme d'optimisation au CHRU de Nancy de la chaîne de facturation<sup>28</sup> sur le principe de la méthode du lean management<sup>29</sup> :



Source : DGOS – Présentation Agora SIMPHONIE – Paris healthcare week du 17 mai 2017

<sup>28</sup> Source extraite sur : <http://solidarites->

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_hit\\_support\\_agora\\_simphonie\\_170517.pdf](http://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_hit_support_agora_simphonie_170517.pdf)

<sup>29</sup> Le lean management est une méthode qualité visant à créer et maintenir un environnement de travail organisé, propre, sécurisé et performant développé par le groupe Toyota dans le cadre de son système de production (le 5S) dans les années 50.

## 2.2.1 Le suivi des Restes A Recouvrer (RAR) au CH de Brive

Le niveau des RAR bruts 2016 reste stable par rapport à l'année précédente. Cependant, le niveau de recouvrement reste insuffisant par rapport aux objectifs nationaux cibles à 97%<sup>30</sup>. Les résultats sur le recouvrement progressent régulièrement.

Le taux de recouvrement spontané à 90,18% (exercice courant) évolue favorablement à +3 points au 31/12/2016. Sur l'exercice précédent, près de 99% des titres sont apurés.

Le RAR des hospitalisés et consultants reste le compte le moins important des RAR<sup>31</sup>, mais qui est facteur de risques importants dans le recouvrement, avec un tiers de contentieux.

Aussi, le montant des provisions sur créances en début d'exercice 2016 s'élevait à 564 744,09 €, auquel s'est rajoutée en fin d'exercice à la clôture une provision complémentaire de 636 594,41 € (dont un flux avec l'assurance maladie non recouvré de 246 326,72 €). Après reprise d'une provision de 293 417,77 € liée au classement en créances irrécouvrables pour ce même montant, le solde de la dépréciation des comptes de redevables est de 907 920,73 €<sup>32</sup>. Dans le cadre de la fiabilisation et de la certification des comptes, les taux de provisions sur les RAR sont de 20% pour l'année N-1, 35% pour l'année N-2, 50% pour l'année N-3 et 100% pour N-4 et les antérieures<sup>33</sup>.

Par conséquent, l'établissement travaille activement aux déploiements de nouveaux modes de recouvrement pour réduire les risques de défaut de recouvrement.

Le niveau de provision laisse présager que la part des RAR sur les hospitalisés et consultants au-delà de N-3 est quasiment perdue. La trésorerie va s'en trouver d'autant diminuée si des mesures ne sont pas prises rapidement.

## 2.2.2 Le suivi des délais de remontée des données de facturation

Actuellement, le codage des actes s'effectue sous l'application Gestion des ACtes (GAC) en liaison avec le logiciel métier de facturation Gestion Administrative du Malade (GAM) de l'éditeur Maincare sur la partie Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Odontologie (MCOO) et ACE. Le Bureau Des Entrées (BDE) effectue un gros travail de ressaisie des

---

<sup>30</sup> [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-8\\_facturation\\_recouvrement\\_des\\_recettes\\_programme\\_simphonie.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/2-8_facturation_recouvrement_des_recettes_programme_simphonie.pdf)

<sup>31</sup> Liste des annexes : document n°2 et n°3

<sup>32</sup> Liste des annexes : document n°4

<sup>33</sup> Source Rapport financier 2016

ACE à partir d'une feuille de consultations externes remplies par les secrétariats médicaux d'actes de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP) et la Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) et transmise au BDE pour la saisie dans GAC. Dans une enquête menée du 19 au 25 juin 2017, sur 236 feuilles de consultations externes émises par le BDE, 66 feuilles ne sont pas redescendues dans les délais raisonnables. Les risques associés sont multiples avec des erreurs de saisie, l'oubli de saisie d'actes CCAM, le rallongement des délais de facturation lié aux allers retours avec les services pour obtenir les informations manquantes. Sur la partie hospitalisation, des séjours sont souvent incomplets et nécessitent l'intervention des agents du BDE et des Techniciens de l'Information Médicale (TIM) pour valoriser le maximum d'éléments manquants. Le fonctionnement actuel n'est pas satisfaisant pour optimiser la valorisation des séjours et des ACE, d'où la nécessité de revoir l'ensemble de la chaîne de facturation.

Le CH de Brive travaille activement dans la rénovation de son parcours patient afin d'améliorer l'efficacité de sa chaîne de facturation et de recouvrement. L'AAH en lien avec la direction doit mettre en place différentes orientations pour améliorer la chaîne.

## **2.3 Audit du fonctionnement du recueil des actes des ACE et des séjours pour la facturation et des modes de recouvrements au niveau du BDE**

### **2.3.1 Descriptif du service du BDE : enjeux et objectifs**

Le service du BDE est un acteur incontournable dans l'optimisation des recettes, en lien avec le DIM. Le BDE gère l'accueil des patients pour les pré-admissions et les admissions lors d'une visite pour une consultation externe ou pour un séjour d'hospitalisation, la facturation et le recouvrement avec une seule régie pour les consultations externes et les hospitalisations dont l'affectation comptable est bien dissociée entre terme de collecte. Le BDE compte 30,2 ETP (y compris 4 cadres) positionnés à l'entrée principale au niveau du 1<sup>er</sup> étage du bâtiment Bloc-Médico-Chirurgical (BMC), et décentrés aux urgences, en oncologie et à la radiologie. La répartition des tâches est bien définie pour chaque agent, avec la particularité d'une polyvalence sur les postes de l'accueil pour assurer une qualité maximale de l'admission des patients. Le passage au niveau de l'accueil des admissions représente une proportion de 300 passages physiques par jour sur la partie consultation externe et 100 passages physiques par jour sur la partie hospitalisation (Le passage est lié soit à une pré-admission ou à une mise à jour de dossier administratif. Avec la mise en place de la FIDES depuis le 1<sup>er</sup> février 2016, les flux à la CPU sont envoyés

une fois par semaine et les factures sont établies dans un délai de trois semaines entre la finalisation du dossier complet et la facturation effective. Pour les séjours d'hospitalisation, les flux sont envoyés une fois par semaine et les factures sont traitées au bout de trois semaines dès que le dossier est complet. Le taux de rejet des flux de la FIDES ACE sont d'environ 4%<sup>34</sup>, dans la norme de rejet toléré. Cependant, il existe toujours des anomalies courantes dans les renseignements du parcours de soins sur le nom du médecin traitant<sup>35</sup> obligatoire. Cela fait ainsi une grande majorité de rejets pour ce motif. Le BDE est ouvert du lundi au samedi de 8h à 17h inclus, sauf la régie qui est fermée le samedi faute de régisseurs. La régie gère les produits hospitaliers, les dépôts de valeurs, et l'activité libérale. La prise en charge de la part AMC est traitée par le BDE avec l'application 4 axes, plateforme sécurisée qui permet de faire les demandes individuelles ou les prolongations sur la partie restant à charge du séjour. Les admissions fournissent aux patients les fiches de navettes pour leurs consultations, ainsi que les planches d'étiquettes pour l'identification des actes qui seraient amenés à faire. Pour les séjours, celles-ci sont fournies dans leurs dossiers de séjours pour l'ensemble des actes qu'ils effectueraient.

La refonte du parcours administratif patient envisagée a pour objectif de simplifier l'accueil du patient et sa prise en charge directement dans le service concerné auprès du secrétariat médical dédié. Ainsi, l'accueil serait voué à disparaître et ce travail de recueil des données administratives serait effectué pour les secrétariats directement, de l'accueil téléphonique, ou physique en passant par l'enregistrement de sa pré-admission ou admission dans le service. A sa sortie, le patient sera adressé au service de facturation principal pour enregistrer sa sortie et effectuer le recouvrement de la part à charge pour le patient au niveau de la régie concernée.

### **2.3.2 Démarche méthodologique**

Après avoir réalisé une revue de littérature concernant les différents thèmes afférents à la mise en place d'un nouveau de fonctionnement de facturation et de recouvrement, il s'agit de définir plus précisément le contexte au niveau de l'établissement.

---

<sup>34</sup> Liste des annexes : document n°10 : Entretien 2

<sup>35</sup> L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale impose la déclaration en ces termes « Tout assuré ou ayant droit âgé de plus de 16 ans ou plus indique à son organisme de sécurité gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il choisit, avec l'accord de celui-ci (...) »

Un diagnostic de la situation de la chaîne de facturation et de recouvrement est établi à l'aide de plusieurs méthodes. Par ailleurs, j'ai réalisé des observations directes afin de comprendre le mode de fonctionnement au BDE, à l'accueil et traitement des urgences. J'ai mené plusieurs entretiens non formalisés avec les agents concernés au cours de l'analyse : responsable du BDE, agents du BDE, le responsable du DIM, le responsable projet du DSIO, le responsable de la trésorerie. J'ai assisté à des réunions sur la chaîne de facturation et avec l'éditeur sur la possibilité de déployer un système d'information hospitalier de recueil du codage des ACE et des séjours d'hospitalisation.

Après avoir délimité le sujet, j'ai collecté les données d'activité nécessaires pour établir un audit sur le BDE y afférent en utilisant notamment le logiciel de requêtes de données « Business Object » (BOXI) sur l'infocentre de Gestion Administrative du Malade (GAM). Je me suis approprié le logiciel afin d'extraire des données fiables. Les univers étant complexes et denses pour l'extraction de requêtes fiables. Le manque de lisibilité sur l'activité du BDE m'a permis d'établir un montage d'indicateurs pouvant permettre par la suite dans la réorganisation du parcours administratif du patient et dans le déploiement de CORA Recueil de suivre a priori et a posteriori les évolutions dans la mise en œuvre de ces changements notoires.

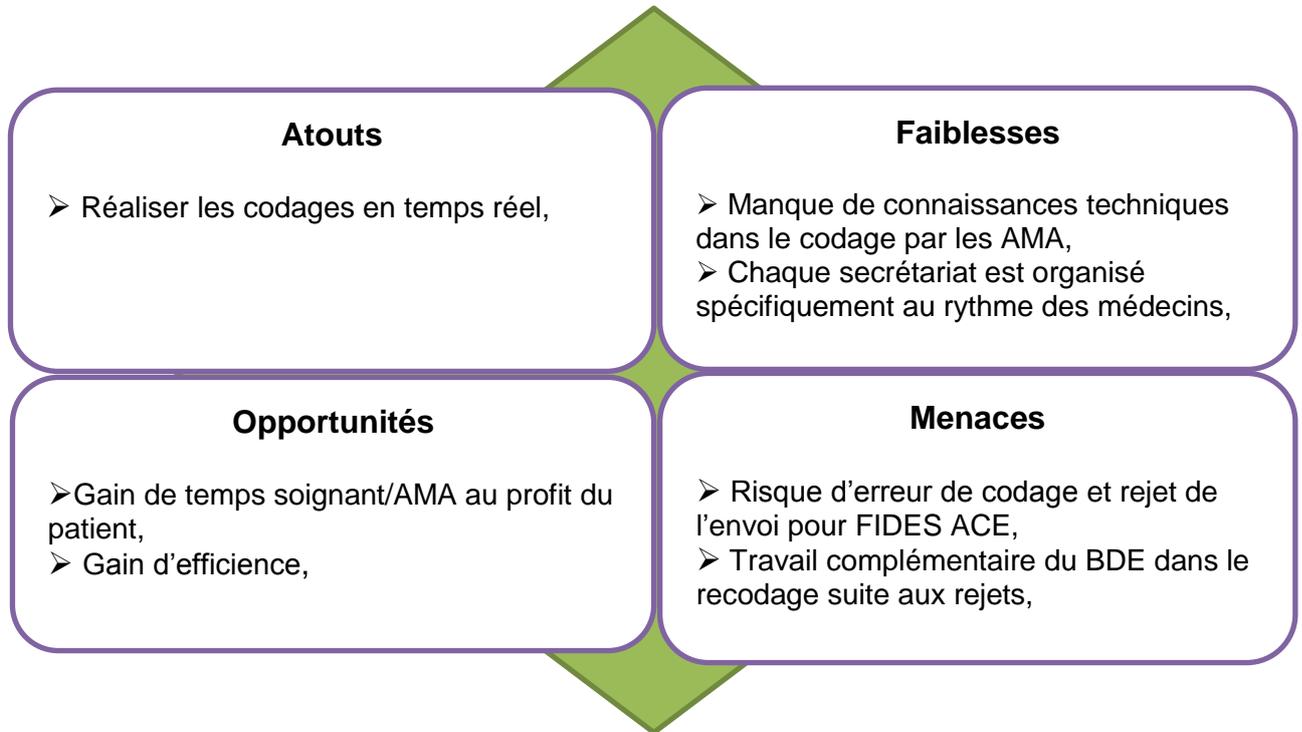
A partir des données collectées et des observations réalisées, le diagnostic de la situation est présenté sous la forme d'une analyse en termes d'atouts (Strengths), de faiblesses (Weaknesses), d'opportunités (Opportunities) et de menaces (Threads), dénommée SWOT.

L'analyse de **SWOT** est un outil d'analyse stratégique. Il combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation de fonctionnement avec celles des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement. Le but de l'analyse est de prendre en compte dans la stratégie, à la fois les facteurs internes et externes, en maximisant les potentiels des forces et des opportunités et en minimisant les effets des faiblesses et des menaces. Les matrices SWOT ont été établies pour chacun des grands déterminants dans le codage des actes en cours des ACE ou des séjours à travers l'application CORA Recueil. Cette application en lien avec le Dossier Patient Informatisé (DPI) M-Crossway permettra de :

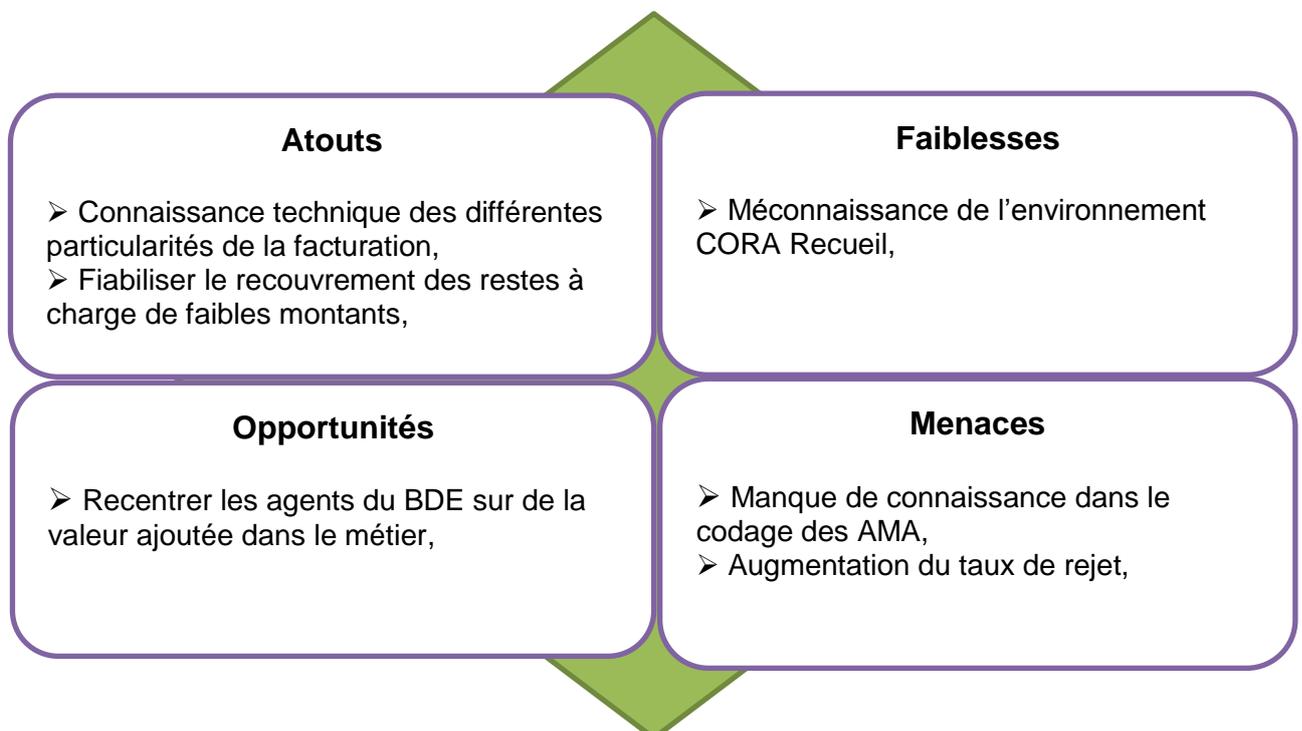
1. Réaliser des codages directement dans les secrétariats médicaux,
2. Réaliser uniquement des facturations et des recouvrements au BDE,
3. Optimiser la valorisation des codages,
4. Dégager des gains de temps pour d'autres tâches,

L'intérêt de cette analyse est de faire ressortir tous les aspects de l'impact d'un changement de pratique dans les organisations déjà en place avec CORA Recueil qui permet de :

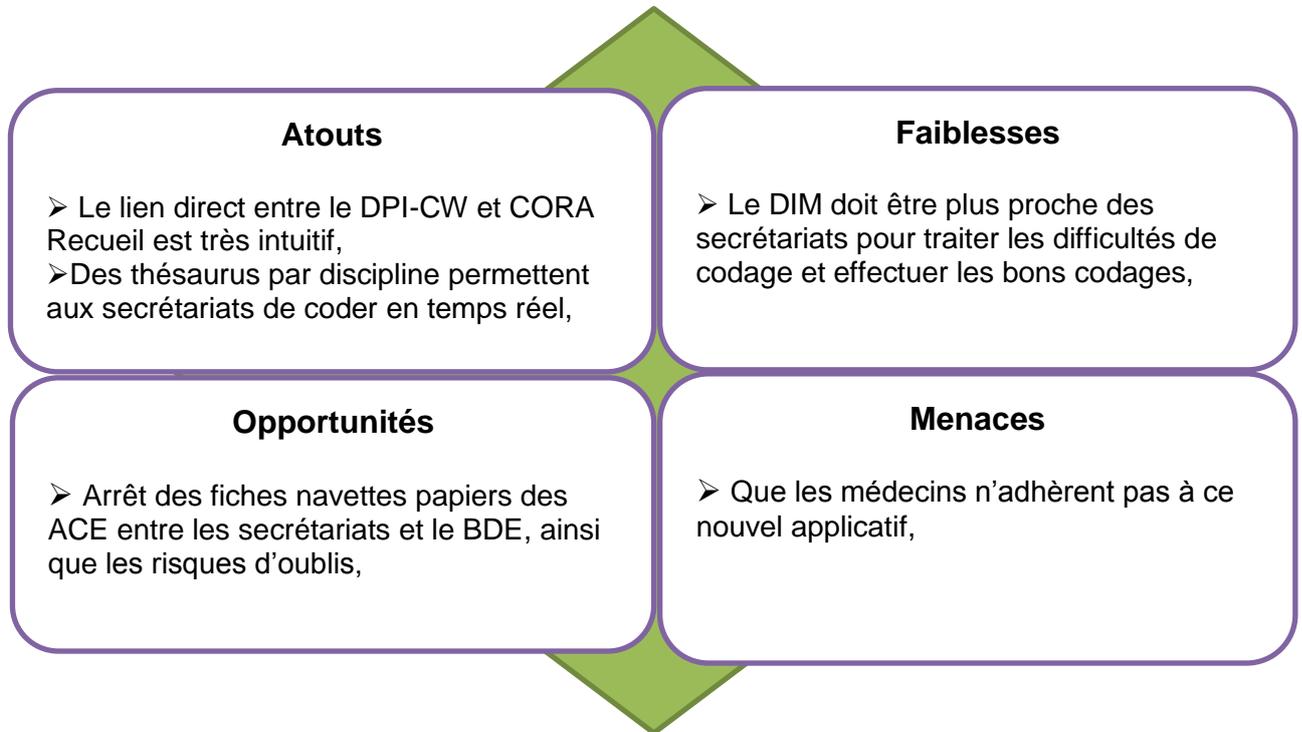
**1. Réaliser des codages directement dans les secrétariats médicaux :**



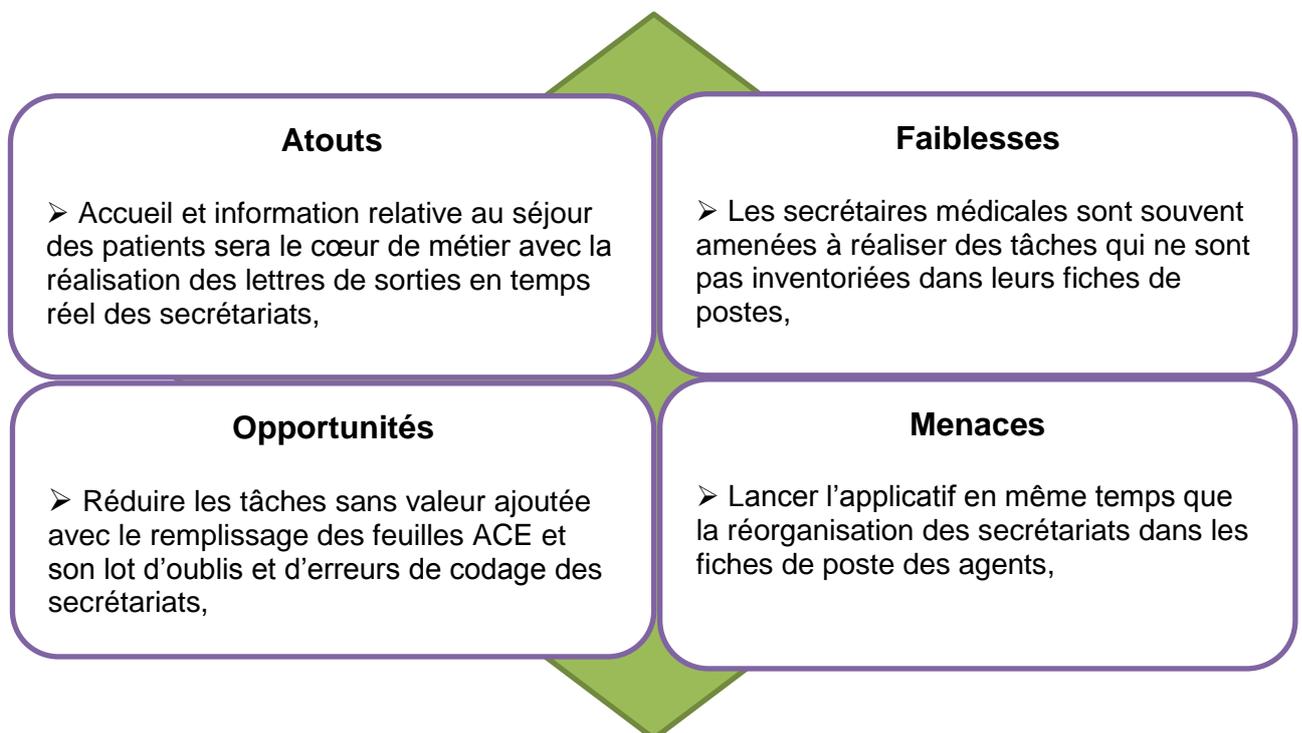
**2. Réaliser uniquement des facturations et des recouvrements au BDE :**



### 3. Optimiser la valorisation des codages :



### 4. Dégager des gains de temps pour d'autres tâches :



## **2.4 Evaluation de la maturité pour la mise en place du projet CORA Recueil à la suite des différents entretiens avec les principaux acteurs**

Maincare Solutions est l'éditeur des applicatifs de CORA PMSI regroupant plusieurs modules (CORA Recueil, CORA Activité, CORA QualiMed et CORA Pilotage). Ces quatre modules supportent le circuit complet du PMSI depuis le recueil, la production et l'extraction à l'attention des tutelles en passant par le pilotage du processus du PMSI. Cette solution répond aux besoins fonctionnels du DIM et garantit une ergonomie de recueil et une qualité de codage aussi bien sur l'aspect réglementaire que financier. Mon étude se bornera sur le projet de déploiement de CORA Recueil sur les ACE et les séjours sur la partie MCO et l'activité externe car l'application est déjà en place sur la partie de Soins de Suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie dans le cadre de la collecte de données sur les actes pratiqués.

CORA Recueil est un serveur d'activité. Il permet de couvrir tous les champs médicaux du CH de Brive sur le MCO, le SSR, la Psychiatrie et l'activité externe.

Suite à une réunion le 10 juillet 2017<sup>36</sup> en présence du responsable du DIM, du BDE et du DSIO sur les projets métiers, ainsi d'un responsable technique et d'un commercial de la société Maincare, il a été présenté et rappelé que l'applicatif est basé sur une ergonomie médicale. Il offre à tous les acteurs (agents du BDE, AMA, médecins) des outils métiers simples et rapides de recueil de l'activité, tout en restant dans la réglementation.

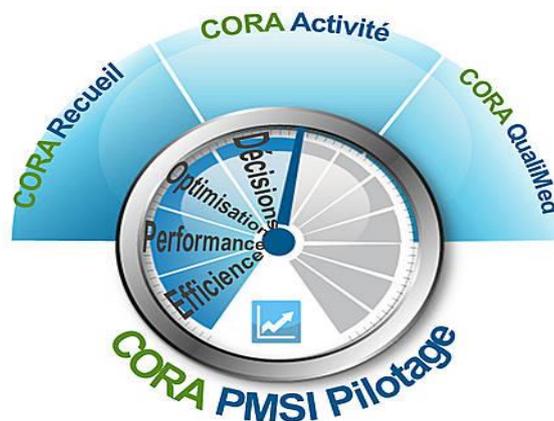
Il permet d'alimenter en quasi temps réel la facturation M-GAM pour répondre aux contraintes à la fois de la FIDES et des montants restants à recouvrer éventuellement avant la sortie des patients. En lien avec l'application CORA Activité du DIM, celui-ci peut gérer toutes les informations codées par CORA Recueil.

Le but de la réunion était axé sur la possibilité de basculer sur le codage par CORA Recueil sur l'ensemble des activités de l'hôpital. Le problème majeur reposait principalement sur l'abandon de l'application GAC en fonction au BDE pour le codage et de l'intégration CORA Recueil dans tous les secrétariats médicaux pour un codage en temps réel, l'hôpital étant confronté actuellement à de gros retards dans le codage des ACE avec les fiches navettes en place complétées manuellement entre les secrétariats et le BDE. L'intérêt principal serait d'utiliser « le fil rouge » du DPI – M-Crossway pour réaliser en temps réel le codage tant des ACE que des séjours avec pour finalité l'abandon du codage dans GAC, moins ergonomique et intuitif que l'est CORA Recueil avec l'ensemble de ces favoris et thésaurus.

---

<sup>36</sup> Liste des annexes : document n°10 : Extrait de l'entretien n°5

Cartographie du fonctionnement de la gamme CORA dans son ensemble :



Source : <https://www.maincare.fr/nos-produits/solutions-production-de-soins/cora-pmsi>

## **2.5 La mise en place d'un plan global d'actions aux caractéristiques du CH de Brive pour conduire à la réussite du projet du parcours administratif du patient**

La montée en charge progressive du changement des modes de financement oblige le CH de Brive à s'adapter et à anticiper les évolutions. L'évolution de l'importance du processus de facturation dans la modélisation du parcours administratif patient des ACE<sup>37</sup> et des séjours<sup>38</sup> est essentielle.

### **2.5.1 Poursuivre le processus de dématérialisation des flux**

Dans un premier temps, la mise en place de la Facturation Individuelle Des Etablissements de Santé (FIDES) ACE depuis le 1<sup>er</sup> février 2016 a nécessité le renforcement en agents sur le bureau BDE pour gérer quotidiennement la facturation individuelle, l'envoi groupé hebdomadaire des flux et le suivi des rejets des dossiers en erreurs avec la caisse pivot unique (CPU). Dans une prochaine étape, le déploiement de la facturation directe à la sortie du patient serait un des leviers pour recouvrer plus rapidement le reste à charge.

Le principe de codage directement par le service dans l'applicatif CORA Recueil par la secrétaire médicale ou le praticien selon le type d'actes permettra d'alimenter directement la facturation dans GAM au niveau du BDE.

Dans la continuité, le CH de Brive est passé fin 2016 à la généralisation du Protocole d'Echange Standard (PES) V2. Cette première étape reste cependant inachevée car le flux

<sup>37</sup> Liste des annexes : document n°5

<sup>38</sup> Liste des annexes : document n°6

papier des Avis des Sommes A Payer (ASAP) reste toujours effectif tant que la signature électronique des bordereaux des titres de recettes, des mandats de dépenses et des pièces jointes (PJ) n'est pas mise en œuvre.

### **2.5.2 Améliorer le codage dans les services et le délai de remontée des données**

Le CH de Brive travaille à développer sur l'ensemble de ses services une application CORA Recueil (déjà fonctionnel dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et psychiatrie) pour améliorer le codage des actes autant sur la partie hospitalisation que sur les ACE. L'application CORA Recueil serait en lien avec le Dossier Patient Informatisé (DPI) sur la partie hospitalisation. Le DPI actuel est l'application M - Crossway ; celui-ci n'étant pas encore déployé sur l'ensemble des services (Reste la mise en place à effectuer sur la chirurgie orthopédique, pédiatrie, psychiatrie, et gynécologie). Actuellement, le codage des actes s'effectue sous l'application GAC en liaison avec le logiciel métier de facturation GAM de l'éditeur Maincare sur la partie Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO) et ACE. Le BDE effectue un gros travail de ressaisie des ACE à partir d'une feuille de consultations externes remplies par les secrétariats médicaux d'actes NGAP et CCAM et transmise au BDE pour la saisie dans GAC. Les risques associés sont multiples avec les erreurs de saisie, l'oubli de saisie d'actes CCAM, le rallongement des délais de facturation lié aux allers retours avec les services pour obtenir les informations manquantes.

### **2.5.3 Organiser le processus de facturation et de recouvrement**

Actuellement, l'ensemble des ASAP sont émises par la GAM, après traitement du codage dans GAC. Pour simplifier le fonctionnement, l'application CORA Recueil sera généralisée pour permettre le codage des séjours d'hospitalisation directement via le Dossier Patient Informatisé (DPI) M - Crossway par les praticiens ou les secrétaires médicales de chaque service. Le système intégré des prises de rendez-vous à travers la Planification Des Ressources (PDR) pour les ACE permettra de valider les flux des patients et d'éviter la circulation de flux papier avec le BDE. CORA Recueil sera la seule application pour la correction des actes<sup>39</sup>. La mise en place de thésaurus<sup>40</sup> à partir de favoris dans CORA Recueil permettra d'optimiser la codification des secrétaires médicales et des praticiens tant sur les hospitalisations que sur les ACE. L'ergonomie de CORA Recueil dans le DPI M-Crossway permettra de limiter le risque d'erreurs et une meilleure interactivité entre l'observation médicale et le codage des actes NGAP et CCAM.

---

<sup>39</sup> Liste des annexes : document n°7 a et n°7 b

<sup>40</sup> Liste organisée des actes réalisés par une spécialité ou une unité constituant un outil d'aide au codage.

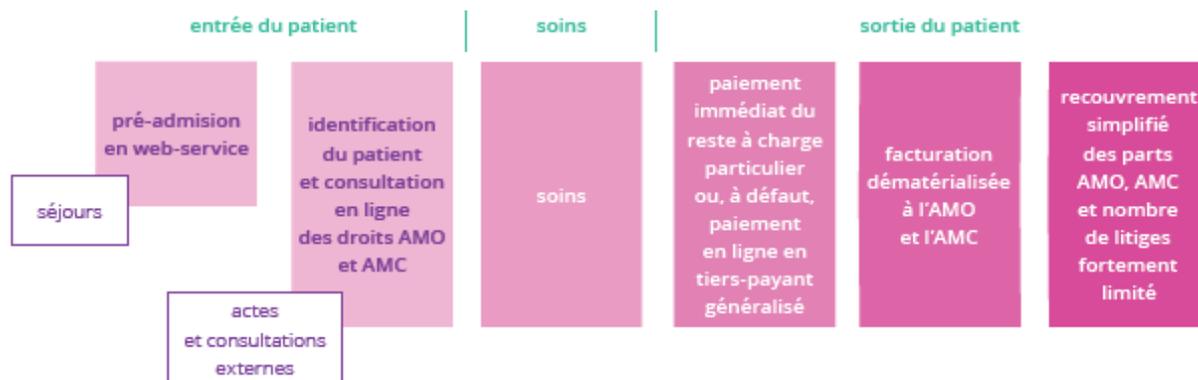
Pour remédier à sécuriser les recettes, le CH de Brive a mis en place depuis le 2 avril 2017 le paiement avec le Titre Payable par Internet (TIPI) afin d'augmenter le niveau de recouvrement.

Le programme SIMPHONIE reste la ligne directrice des hôpitaux dans les axes d'amélioration à apporter pour sécuriser les données administratives des patients et le recouvrement des restes à charge auprès des mutuelles et des patients. Le programme intègre plusieurs projets pour accompagner les établissements dans l'optimisation de sa chaîne de facturation avec un déploiement progressif sur plusieurs années après des phases de test avec des établissements pilotes.

Le projet SIMPHONIE vise :

- A fortement simplifier le parcours administratif hospitalier du patient, depuis l'accueil du patient jusqu'à la facturation et le recouvrement,
- A dématérialiser tous les échanges (flux de données, documents,...) liés à ce parcours entre les différents acteurs : l'usager, l'EPS, le comptable public hospitalier, l'assurance maladie, les organismes complémentaires santé,
- Du fait de la simplification et de la dématérialisation, à automatiser tous les processus qui peuvent l'être et de concentrer les moyens hospitaliers sur les actions à plus forte valeur ajoutée au service des usagers (informations sur le reste à charge du patient tout au long du parcours de soins...)

Exemple du parcours administratif patient préconisé dans le cadre du programme SIMPHONIE à travers ses différents projets<sup>41</sup> :



Source : Page d'accueil du site du Ministère des Solidarités et de la Santé sur le programme SIMPHONIE

<sup>41</sup><http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/symphonie>

Ce programme permet également aux établissements de santé de remettre aux patients, avant leur sortie de l'hôpital, un document indiquant le montant total facturé au titre de la prise en charge, en distinguant ce qui revient à l'assurance maladie obligatoire, la part prise en charge par une éventuelle complémentaire, et enfin le reste à charge patient, conformément à l'article 94 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS)<sup>42</sup> du 26 janvier 2016.

De manière plus concrète, le déploiement de l'Encaissement Automatique différé par Débit de Carte bancaire (EA-DC)<sup>43</sup> répond aux attentes des établissements dans le recouvrements des sommes de faibles montants trop souvent non réglées et classées en créances en non valeurs par le comptable public faute de moyens contentieux pour les régulariser. La Centrale d'Achat de l'Informatique Hospitalière (CAIH) a lancé en décembre 2016 un accord cadre dans le cadre du programme SIMPHONIE-DIAPASON (DIAPASON : Débit Intervenant Après le Parcours de SOINs) pour une durée de marché de 4 ans, terme du marché en décembre 2020 avec la société INGENICO<sup>44</sup>. Ce programme est proposé à tous les adhérents de la centrale d'achat Union des Hôpitaux pour les Achats (Uni.H.A) dont le CH de Brive en fait partie.

Dans un délai plus important, des projets<sup>45</sup> comme la Consultation des DRoits Intégrée (CRDI) sur le principe de l'accès systématique des secrétariats médicaux aux données des droits ouverts des patients par l'assurance maladie obligatoire grâce à une interface spécifique intégrée aux logiciels de facturation GAM et le Remboursement des Organismes Complémentaires (ROC) avec la dématérialisation des échanges entre l'hôpital et les AMC, visant à simplifier l'application du tiers payant généralisé viendront consolider la sécurisation des données administratives.

#### **2.5.4 Valoriser les compétences humaines et renforcer les ressources matérielles**

Des concours internes d'Assistant Médico-Administratif (AMA) seront programmés sur les années 2018 et 2019 pour valoriser les nouveaux profils de poste qui vont se mettre en place progressivement pour des agents administratifs majoritairement en catégorie C. Les regroupements de secrétariats médicaux dans chaque service pour fluidifier le parcours patient doit à terme éviter la déperdition des flux d'informations tant sur les données

---

<sup>42</sup> Instruction n° DGOS/PF1/2016/82 du 18 mars 2016 relative au programme SIMPHONIE

<sup>43</sup> <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170301-gestion-seize-hopitaux-testeront-l-encaissement-automatique-differe>

<sup>44</sup> <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/diapason>

<sup>45</sup> Op. cit, Programme SIMPHONIE

administratives que sur les éléments de facturation. Des assistants de pôle seront mis en place pour coordonner les secrétariats médicaux en proximité pour dégager du temps de cadre de santé aux problématiques de recueil de données. La mise en place d'équipements en Carte Professionnelle de Santé (CPS) et de Consultation des Droits Réels (CDR)<sup>46</sup> des patients rendra autonome chaque secrétariat dans la collecte des données administratives. Une réflexion sur la mise en place d'une régie positionnée au niveau des consultations externes en supplément des régies centralisées actuellement au BDE pourrait permettre d'optimiser les recouvrements des restes à charge de faibles montants. Actuellement, le constat que l'on peut tirer des encaissements en régie montre une stagnation des recettes de l'activité externe, alors que les difficultés de recouvrement se situent à ce niveau. Par contre, sur la partie hospitalisation, les encaissements sont en augmentation à cause du niveau de fréquentation de patients étrangers (hollandais, britanniques) dans la région.

<b>Récapitulatif des montants quittancés en régie au CH de Brive</b>
--

<b>Année</b>	<b>Régie Titres Externes</b>	<b>Régie Hospitalisés</b>	<b>Total</b>
2014	22 705,38 €	24 286,34 €	<b>46 991,72 €</b>
2015	22 263,22 €	42 804,40 €	<b>65 067,62 €</b>
2016	21 143,63 €	54 695,39 €	<b>75 839,02 €</b>

Des affichages d'informations dans tous les lieux d'accueil des secrétaires médicales sont préconisés pour rappeler aux patients le circuit à emprunter.

---

<sup>46</sup> Circulaire DHOS/E3 n°2009-291 du 21 septembre 2009 relative à la fiabilisation de l'acquisition des droits des assurés dans les établissements de santé.

## Exemple d'un affichage de paiement au CHRU de Nancy à la sortie du patient :



Source : ANAP – « Kit pratique pour l'optimisation du recueil des données et de la facturation hospitalière » – Novembre 2016

L'hôpital a déjà développé sur son site internet un lien pour faciliter les paiements par TIPI. Le développement de la prise de rendez-vous de consultations avec la saisie de la pré admission par le patient par internet favoriserait la diminution de délai d'attente dans les services.

L'AAH est un acteur d'accompagnement dans la mise en œuvre de la conduite au changement par son expertise et son appui dans la stratégie en interfaçage avec la direction et les équipes.

### **2.6 Le rôle pivot de l'AAH dans le projet d'organisation du parcours patient**

L'AAH est un des rouages de l'organisation administrative, qui est en mesure de redéfinir les organisations et manager les équipes dans l'évolution des métiers. Cependant, ce changement ne peut s'opérer sans la coordination avec les autres services de la Direction des Systèmes d'Information et d'Organisation (DSIO), le Département d'Information Médicale (DIM), la Direction des Ressources Humaines (DRH) et la Direction des Affaires Financières (DAF) dont le BDE est rattaché.

## **2.6.1 L'interface d'expertise de l'AAH dans le projet de rénovation du parcours patient**

### **➤ Le rôle d'alerte de l'AAH**

Les AAH du contrôle de gestion et des finances ont établi un Compte Financier Anticipé 2017 (CFA) pour une réunion de direction le 22 juin 2017 sur l'analyse des écarts avec l'EPRD 2017. Le CFA reprend l'activité du PMSI, la valorisation, les recettes par titres, les dépenses par titres, et les indicateurs financiers (la CAF prévisionnelle, le tableau de financement prévisionnel, le fond de roulement prévisionnel). La finalité est de donner une tendance du résultat prévisionnel d'ici la fin de l'année à la direction et ainsi pouvoir œuvrer à la stratégie de réduction des dépenses et les impacts sur la situation financière par rapport aux niveaux des recettes d'activité attendues.

### **➤ Le rôle d'aide à la décision de l'AAH**

Le pilotage et le suivi de l'activité est effectué par l'AAH du contrôle de gestion par des réunions budgétaires avec les pôles cliniques et supports pour analyser les pistes d'économies à réaliser et les recettes susceptibles d'être optimiser d'ici la fin de l'année 2017 et les années suivantes. Un rappel de l'activité et de sa valorisation est fait en cumul tous les mois et comparé à l'année précédente. Ensuite, les recettes directes et les dépenses directes sont présentées pour faire ressortir la marge brute de chaque activité. La position du médecin DIM dans le diagnostic de l'activité et la valorisation des recettes est aussi une aide complémentaire.

Des réunions de la chaîne de facturation avec le BDE sont réalisées tous les mois pour analyser plus précisément les difficultés rencontrées dans la chaîne de facturation et dans le recouvrement. La prise de décision reste au final dévolu aux équipes de direction concernées sur les axes d'amélioration à développer.

## **2.6.2 L'interface stratégique de l'AAH dans le pilotage et la mise en œuvre des projets**

### **➤ Le rôle de management de l'AAH dans la conduite du changement**

L'établissement projette de rénover son parcours patient sur les différents aspects allant de l'accueil, en passant par la facturation et le recouvrement. L'objectif est de rendre plus simple l'accueil du patient dans le service par une prise en charge administrative par une secrétaire médicale. Une fois le séjour ou la consultation réalisée, le patient serait redirigé vers le BDE pour finaliser la facturation et le recouvrement de la créance. Les agents du BDE vont connaître des changements importants dans leurs missions avec l'arrêt de l'accueil des patients. Les secrétaires médicales vont aussi évoluer vers des tâches d'accueil et de codages, ce changement s'accompagne avec de nouveaux moyens informatiques pour

réduire le travail de frappe. Le rôle de l'AAH sera de manager la conduite à ce changement pour l'ensemble des agents.

➤ **Le rôle de l'AAH dans le suivi d'indicateurs à travers des tableaux de bord**

L'AAH du contrôle de gestion fournit déjà des Tableaux De Bord (TDB) de l'activité, sur les recettes et les dépenses réalisées par services dans chaque pôle. Il a été amorcé de mesurer le niveau de facturation et de recouvrement par la mise en place de TDB pour suivre plus particulièrement l'avancée périodique. Des indicateurs de suivi d'activité à destination du BDE seront déployer pour suivre l'activité pure de la facturation et du recouvrement à travers des indicateurs pertinents<sup>47</sup> (Taux d'annulation des titres émis, taux de recouvrement par type de débiteur, taux de rejet B2 délivré par l'Assurance Maladie, les montants admis en non-valeur, montants quittancés en régie)

---

<sup>47</sup> Liste des annexes : document n°8

## Conclusion

Le CH de Brive se trouve à un tournant dans sa rénovation du parcours patient à travers plusieurs impératifs. Pour mieux répondre à la prise en charge de l'accueil des patients, le CH de Brive s'oriente vers le passage à la dématérialisation totale des flux papiers de manière progressive d'ici 2020 et par là même les évolutions de profils de poste au BDE. L'évolution des métiers nécessite un accompagnement des agents vers des missions plus techniques face au défi de l'ère du numérique.

Le deuxième enjeu de taille sera l'arrivée prochaine de la FIDES Séjours, dont les premiers passages interviendront à partir du 1<sup>er</sup> mars 2018. Les praticiens doivent prendre conscience que l'exhaustivité du codage des actes sera primordiale pour garantir des niveaux de ressources financières convenables. La mise en place de CORA Recueil définira un suivi et une efficacité du codage à travers des analyses statistiques de l'activité et de la valorisation tant sur la partie ACE qu'hospitalisation.

Le troisième enjeu reste l'optimisation des recouvrements en s'appuyant sur les différentes possibilités technologiques favorisant le taux de recouvrement. La facturation en temps réel des ACE reste un objectif à atteindre pour diminuer les restes à recouvrer. L'hôpital est par nature considéré comme un lieu d'accueil quel que soit son niveau de revenus. Cependant, la diminution constante des ressources oblige les établissements à rester vigilant dans le recouvrement, par là même à rappeler que les soins hospitaliers ne sont pas gratuits.

Enfin, la montée en charge progressive du nouveau financement du SSR sur le même principe que la T2A MCOO, effective depuis le 1<sup>er</sup> mars 2017 va demander une attention particulière du codage de l'activité sur l'ensemble des différents critères que sont la dépendance, le plateau technique, les actes techniques et les morbidités associées.

Ce nouveau modèle de financement SSR va faire cohabiter deux modalités de financement avec 90% de la dotation globale de financement (DAF) et 10% à la dotation modulée à l'activité (DMA) théorique basée sur l'activité 2016 valorisée aux tarifs 2017. La DMA montera en charge progressivement pour se substituer au socle de la DAF jusqu'en 2022. Cependant, le projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2018 prévoit des modifications dans le calendrier et dans les moyens de mise en œuvre de nombreux dispositifs cités précédemment dont les orientations définitives de la LFSS 2018 ne seront connues qu'à la fin de l'année au moment de la rédaction de ce mémoire.

L'AAH reste l'interface privilégiée avec la direction pour l'ensemble de ses rôles d'expertise et de stratégie dans la mise en œuvre du changement. La prise en compte de toutes ces dimensions permettra à l'établissement de répondre aux défis de demain sur le plan organisationnel, la gestion de la ressource humaine, technologique, et de l'optimisation des ressources financières.

L'accueil des patients au sein des ES est devenu stratégique dans la chaîne de facturation et de recouvrement. La réorganisation des secrétariats médicaux sur l'ensemble de l'hôpital est devenue un enjeu primordial, associée à un système d'information performant dans le recueil et le codage des ACE et des séjours dans le contexte actuel de la réforme du financement du système de santé à travers les différentes préconisations du rapport Véran et de la généralisation progressive de la FIDES.

Dans le contexte actuel du CH de Brive, la mise en place d'un accueil médico-administratif unique dans chaque service s'avère pertinent. Les tâches de recueil de données administratives des patients sont transférées aux AMA avec le renfort d'agents du BDE tandis que les tâches liées au suivi de la facturation et au recouvrement sont maintenues au BDE.

Ce thème aborde à la fois le domaine technique du Système d'Information Hospitalier (SIH), du management dans les organisations et la transversalité des tâches dans leurs traitements. Ce sujet offre à ce titre une vision globale d'ensemble en tant que futur AAH. Il m'a permis de travailler sur la recherche de moyens à développer pour répondre aux nouvelles organisations pour fiabiliser la chaîne de facturation. La mise en œuvre de nouveaux outils informatiques au sein des secrétariats médicaux permettra d'envisager une mutation du métier d'AMA, délaissant ainsi des tâches sans valeur ajoutée, au profit de tâches plus valorisantes.

Néanmoins, la durée du stage professionnel sur une période trop courte et en pleine période estivale ne m'a pas permis de suivre l'aboutissement de la mise en œuvre du dispositif de codage dans les services pour pouvoir en observer l'impact réel sur la qualité de travail de l'ensemble des différents acteurs concernés sur la partie facturation et recouvrement. Il reste néanmoins que les perspectives d'évolutions managériales et technologiques laissent des marges de progressions importantes pour donner au CH de Brive les plus grands espoirs de réussite dans l'aboutissement à ces changements culturels et organisationnels.

---

## Bibliographie

---

### Ouvrages

- « Eloge du changement 2015 – Méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel », 4<sup>ème</sup> édition, auteur : Gérard-Dominique CARTON, Editions du palio, 251p
- « Droit hospitalier » – 9<sup>ème</sup> édition, auteurs : Claudine Bergoignan Esper, Marc Dupont, Edition Dalloz, 986p

### Textes législatifs et réglementaires

- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé,
- Ministère des Solidarités et de la Santé - Instruction interministérielle n°173 du 30 mai 2014 relative aux modalités de déploiement de la facturation individuelle (FIDES) dans les établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie et aux modalités de déploiement du protocole d'échange standard PES V2 et de dématérialisation des opérations en comptabilité publique des établissements publics de santé,
- Ministère des Solidarités et de la Santé - Instruction n°DGOS/PF1/2016/82 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,

### Articles de périodique

- AMRI K., 2016, « La dématérialisation complète à l'hôpital : le compte à rebours est lancé », Finances Hospitalière [en ligne], n°105, [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/dematerialisation-complete-hopital-compte-rebours-lance\\_679E4F803875B6.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/dematerialisation-complete-hopital-compte-rebours-lance_679E4F803875B6.html)
- DESCHAMPS P., 2015, « Passage à FIDES : un compromis entre prise en compte du confort du patient et exigence d'un recueil de qualité des données administratives », Finances Hospitalières [en ligne], n°94, [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/passage-fides-compromis-prise-compte-confort-patient-exigence-recueil-qualite-donnees-administratives\\_679D4F883E7BBC.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/passage-fides-compromis-prise-compte-confort-patient-exigence-recueil-qualite-donnees-administratives_679D4F883E7BBC.html)

- ESTRAT H., 2016, « La situation financière des hôpitaux et l'équilibre des comptes sociaux », Finances Hospitalières [en ligne], n°107, [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/situation-financiere-hopitaux-equilibre-comptes-sociaux\\_679A4F803875B6.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/situation-financiere-hopitaux-equilibre-comptes-sociaux_679A4F803875B6.html)
- GERVAISE V., 2016, « Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation », Finances Hospitalières [en ligne], n°102, [visité le 26.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/controle-interne-levier-performance-chaine-facturation\\_679950803875B6.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/controle-interne-levier-performance-chaine-facturation_679950803875B6.html)
- GEORGES-PICOT A., 2015, « Les habits neufs du bureau des entrées », Finances Hospitalières [en ligne], n°87, [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/habits-neufs-bureau-entrees\\_6797477FB572B3.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/habits-neufs-bureau-entrees_6797477FB572B3.html)
- TACHON R., 2017, « La LFSS 2017 », Finances Hospitalières [en ligne], n°109, [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/lfss\\_679C55863E7BBC.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/lfss_679C55863E7BBC.html)
- WERY O., 2015, « Le projet SIMPHONIE : la dématérialisation intégrale des factures de soins », Finances Hospitalières [en ligne], n°93 [visité le 30.06.2017], disponible sur internet : [http://www.finances-hospitalieres.fr/projet-symphonie-dematerialisation-integrale-factures-soins\\_679F50893F7CBD.html](http://www.finances-hospitalieres.fr/projet-symphonie-dematerialisation-integrale-factures-soins_679F50893F7CBD.html)

## **Mémoires**

- BOUSSEMART S, 2008, *Rénover le processus de facturation/recouvrement en contexte T2A : le conduite d'un projet de réorganisation au centre hospitalier de Nanterre*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 89 p.
- EL HENI M, 2012, *L'optimisation de la chaîne de facturation des activités de soins à l'hôpital d'instruction des armées Percy (Clamart)*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 80 p.
- FLOUREZ D, 2009, *La gestion du changement au sein du CH de Villefranche-Sur-Saône : L'accompagnement du service « facturation – bureau des entrées »*, Mémoire De Directeur d'Hôpital : EHESP, 81 p.
- IFFRIG L, 2015, *La mise en place du projet SIMPHONIE au sein du GH des Hôpitaux universitaires de Paris Est*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 52 p.
- LUCAS I, 2013, *Diagnostiquer le fonctionnement des secrétariats médicaux d'un établissement public de santé : quels enjeux ? Quelle méthode ? Avec quel(s) outil(s) ?*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 51 p.
- NOHARET M, 2008, *Le rôle du bureau des entrées dans le circuit de facturation au Centre Hospitalier des Quatre Villes : vers un nouveau métier pour un service au cœur du recouvrement*, Mémoire de Directeur d'Hôpital : EHESP, 94 p.

- ROBLOT L., 2016, *Une optimisation du circuit des patients : la mise en place d'un accueil médico-administratif unique des patientes en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier de Lannion-Trestel*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 63 p.
- SAVARY S., 2013, *L'amélioration des pratiques de facturation au Centre hospitalier de Narbonne*, Mémoire d'Attaché d'Administration Hospitalière : EHESP, 68 p.

### **Documents internes**

- Centre hospitalier de Brive, 2013, Projet d'établissement 2013-2017,
- Centre hospitalier de Brive, 2016, compte financier 2016,
- Centre hospitalier de Brive, 2016, Rapport d'activité 2016,

### **Sites internet**

- Fédération Hospitalière Privée, [en ligne] Programme SIMPHONIE, Journées EMOIS – 26 mars 2015 - Dr Gilles Hebbrecht – chef de projet simphonie, [visité le 29.06.2017], <http://www.fhpmco.fr/wp-content/uploads/2015/04/Pr%C3%A9sentation-du-Dr-Gilles-HEBBRECHT-chef-de-projet-Symphonie.pdf>
- Hospimédia, [en ligne], Seize hôpitaux testeront l'encaissement automatique différé par débit de carte bancaire en juillet – Pia Hémerly, [visité le 21.08.2017], <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20170301-gestion-seize-hopitaux-testeront-l-encaissement-automatique-differe>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne] Programme SIMPHONIE, Réunion du groupe des représentants hospitaliers n°26 du 30 juin 2017, [visité le 29.06.2017] [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme\\_grhp\\_26\\_30062017.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/programme_grhp_26_30062017.pdf)
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne] Programme Agora SIMPHONIE, présentation au Paris Healthcare Week du 17 mai 2017, [visité le 29.06.2017] [http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_hit\\_support\\_agora\\_simphonie\\_170517.pdf](http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_hit_support_agora_simphonie_170517.pdf)
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne], Le projet Diapason, [visité le 29.06.2017], <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/diapason>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne], Le pilotage de la chaîne AFR, [visité le 29.06.2017], <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/article/cahier-des-charges-du-module-de-pilotage-de-la-chaîne-d-accueil-facturation>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne], Le projet TIPI, [visité le 29.06.2017], <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/tipi>

- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne], Le projet ROC, [visité le 29.06.2017], <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/roc>
- Ministère des Solidarités et de la Santé, [en ligne], Le projet CDRI, [visité le 29.06.2017], <http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/symphonie/cdri>

---

## Liste des annexes

---

- ❖ **Document n°1 a** : Volume des consultations de 2012 à 2016,
- ❖ **Document n°1 b** : Volume des séjours de 2012 à 2016,
- ❖ **Document n°2** : Etat des Reste A Recouvrer amiable et contentieux au 31/12/2016 extrait du compte financier du CH de Brive,
- ❖ **Document n°3** : Etat des Reste A Recouvrer au 31/12/2016 des hospitalisés et consultants du CH Brive,
- ❖ **Document n°4** : Créances en non valeurs au 31/12/2016 et au 1<sup>er</sup> semestre 2017,
- ❖ **Document n°5** : Etapes du parcours patient en Consultation – CH Brive,
- ❖ **Document n°6** : Etapes du parcours patient en Hospitalisation – CH Brive,
- ❖ **Document n°7 a** : Configuration avant le déploiement de CORA Recueil dans DPI-Crossway au CH de Brive,
- ❖ **Document n°7 b** : Configuration après le déploiement de CORA Recueil dans DPI-Crossway au CH de Brive,
- ❖ **Document n°8** : Indicateurs de suivi au BDE,
- ❖ **Document n°9** : Fiches d'entretiens de la responsable du BDE et du responsable de la trésorerie,
- ❖ **Document n°10** : Résumé des entretiens et réunions réalisés avec les principaux acteurs du projet d'optimisation de la facturation et du recouvrement avec CORA Recueil,

**Document n°1 a**

Nombre de patients vus en consultations externes (Venues élémentaires)						
Somme de VENUE	Étiquettes de c	2012	2013	2014	2015	2016
Étiquettes de lignes						
112 - Direction des Finances, du Contrôle de Gestion et de la Contractualisation Interne				1		2
164 - SMUR		528	542	464	405	426
200 - Imagerie Médicale		32 251	32 617	34 832	35 528	35 325
202 - MIRMIT		4 323	5 041	5 539	6 415	6 744
206 - Oncologie		12 289	12 537	12 485	12 252	11 983
210 - Médecine Orientée Gastro-Entérologie		4 568	4 887	5 591	6 206	6 978
212 - Service de Gériatrie - Médecine		1 233	1 198	1 229	1 117	1 219
213 - Service de Gériatrie - SSR				1		
217 - Médecine Physique et Réadaptation		1 534	1 322	1 377	1 473	1 380
300 - Biologie Médicale		18 549	21 442	23 316	23 489	23 920
303 - Néphrologie-Hémodialyse		2 844	2 478	2 646	3 046	3 027
323 - Chirurgie Pédiatrique		208		6		
324 - Pneumologie		1 133	1 174	1 411	1 362	2 022
326 - Cardiologie		5 899	6 066	6 837	8 556	8 916
340 - Neurologie		1 411	1 996	2 426	2 597	2 757
350 - Pédiatrie		1 601	3 265	3 593	3 607	3 389
401 - Bloc Opératoire		133	126	199	201	213
410 - Anesthésie		4 391	4 388	4 758	5 024	5 338
430 - Urgences		21 024	20 762	22 232	22 699	23 676
500 - Chirurgie Vasculaire		2 906	2 859	3 037	3 119	3 382
501 - Chirurgie Viscérale		1 449	1 492	1 699	1 534	1 701
502 - Chirurgie Urologie		3 996	3 836	3 966	4 153	4 149
503 - Chirurgie Traumatologique et Orthopédique		6 278	6 328	6 450	6 707	6 285
621 - Service d'Addictologie		2 380	2 380	2 312	1 776	1 784
640 - Unité Ambulatoire Médico-Chirurgicale		1 165	932	936	980	928
662 - Spécialités Chirurgicales		7 419	7 732	7 217	7 829	8 383
670 - Gynécologie-Obstétrique		13 777	13 258	13 881	14 302	14 759
674 - Planification Familiale		1 872	2 060	1 973	1 662	1 653
214 - Filière gériatrique					2	
204 - Coopération territoriale		712	374	207	223	1 082
<b>Total général</b>		<b>155 873</b>	<b>161 092</b>	<b>170 621</b>	<b>176 264</b>	<b>181 421</b>

**Document n°1 b**

INTITULE UF	Total Séjours				
	2012	2013	2014	2015	2016
2005 - Médecine à Orientation Gériatrique	1 039	1 077	1 016	1 035	1 307
5206 - Onco-Hématologie Hospitalisation Complète	1 157	1 002	1 134	1 046	1 025
5207 - Oncologie Hospitalisation de semaine			440	638	652
5208 - Onco-Hématologie Hospitalisation de Jour	8 289	8 238	8 476	8 528	8 551
5210 - Radiothérapie	20 368	19 067	21 301	19 612	18 035
5431 - UHCD	2 443	2 530	2 566	2 679	2 776
6202 - Médecine Interne, Rhumatologie, Maladies Infectieuses et Tropicales	1 730	1 769	1 815	1 913	1 988
6210 - Hépatogastroentéro	1 544	1 778	1 720	1 972	1 782
6300 - Orthogénie	281	275	257	305	301
6302 - Réanimation	467	454	377	480	489
6303 - Néphrologie	782	797	818	795	871
6319 - Pédiatrie de Jour	241	524	329	187	163
6321 - Néonatalogie	61	119	100	123	132
6322 - Adolescents	79	221	183	199	174
6323 - Chirurgie Pédiatrique	40				
6324 - Pneumologie Hospitalisation Complète	1 296	1 296	1 422	1 512	1 022
6326 - Médecine Cardiologique	1 448	1 480	1 631	1 587	1 667
6328 - Soins Intensifs Cardiaques	1 087	1 144	1 213	1 250	1 249
6332 - Cardiologie Hospitalisation de Semaine	914	1 021	953	939	949
6333 - Hémodialyse	6 430	8 831	8 806	8 614	9 284
6340 - Neurologie	1 096	1 111	1 114	1 092	1 103
6350 - Pédiatrie	685	1 381	1 308	1 402	1 390
6400 - Unité Ambulatoire Médico-Chirurgicale	2 332	2 464	2 550	3 495	4 070
6500 - Chirurgie Vasculaire	770	746	742	777	764
6501 - Chirurgie Digestive	1 144	1 107	1 039	1 053	1 231
6502 - Chirurgie Urologie	771	832	776	603	649
6503 - Chirurgie Orthopédique	1 729	1 893	1 994	1 678	1 301
6662 - Spécialités Chirurgicales	460	519	460	442	483
6670 - Obstétrique Maternité	1 232	1 104	1 215	2 031	2 045
6673 - Gynécologie	425	351	377	258	260
6676 - Bébé auprès de la maman	968	838	843	41	
<b>Total MCO</b>	<b>61 308</b>	<b>63 969</b>	<b>66 975</b>	<b>66 286</b>	<b>65 713</b>
2006 - Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique	286	249	233	268	277
2008 - Unité Cognitive-Comportementale	121	153	127	121	126
6216 - Médecine Physique et Réadaptation	251	255	257	241	270
6218 - Moyen Séjour Convalescents UMS	308	359	375	335	286
<b>Total SSR</b>	<b>966</b>	<b>1 016</b>	<b>992</b>	<b>965</b>	<b>959</b>
7100 - Service d'Accueil de Courte Durée (SACD)	512	442	458	468	417
7101 - Service de Soins Intensifs de Psychiatrie (SSIP)	239	240	196	177	151
7102 - Unité d'Hospitalisation Institutionnelle	279	236	227	290	227
<b>Total PSY</b>	<b>1 030</b>	<b>918</b>	<b>881</b>	<b>935</b>	<b>795</b>
<b>Total GENERAL</b>	<b>63 304</b>	<b>65 903</b>	<b>68 848</b>	<b>68 186</b>	<b>67 467</b>

Document n°2

**Restes A Recouvrer amiable et contentieux 2016**

	Hospitalisés et consultants	Caisses de Sécurité Sociale	Etat	Départements	Autres tiers payants	Autres débiteurs	Total brut
<b>Amiable</b>	1 002 922,05 €	26 454 650,42 €	0	99 079,92 €	2 910 614,99 €	937 493,03 €	<b>31 404 760,41 €</b>
<b>Contentieux</b>	472 416,60 €	- €	0	539,53 €	71,91 €		<b>473 028,04 €</b>
<b>Total</b>	<b>1 475 338,65 €</b>	<b>26 454 650,42 €</b>	<b>- €</b>	<b>99 619,45 €</b>	<b>2 910 686,90 €</b>	<b>937 493,03 €</b>	<b>31 877 788,45 €</b>
<b>%</b>	<b>4,63%</b>	<b>82,99%</b>	<b>0,00%</b>	<b>0,31%</b>	<b>9,13%</b>	<b>2,94%</b>	<b>100%</b>

Répartition des créances brutes par comptes de tiers :

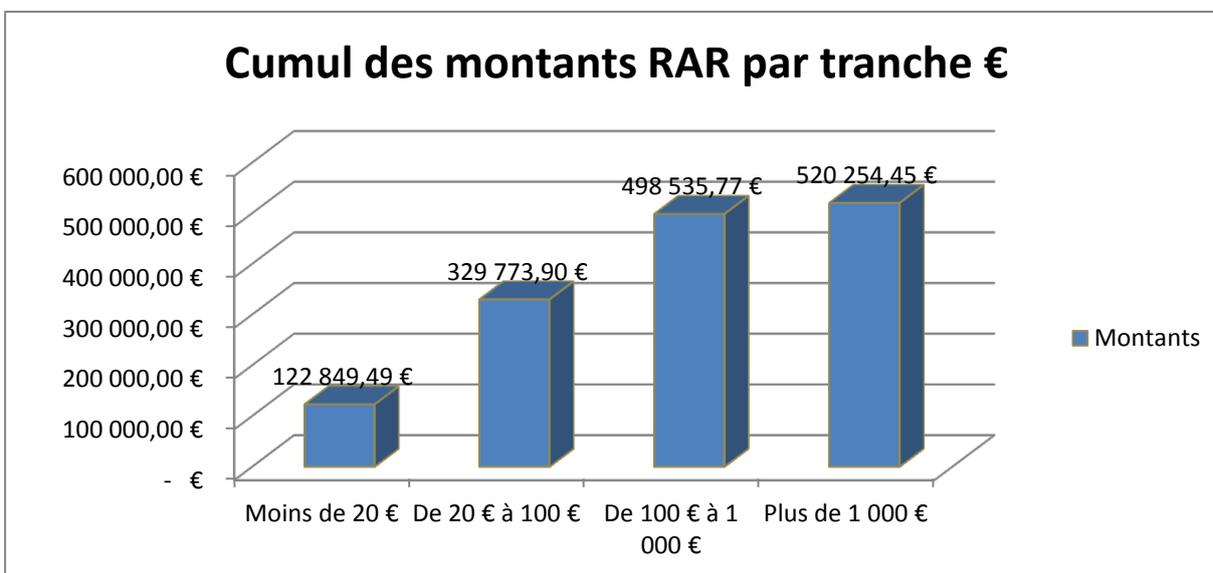
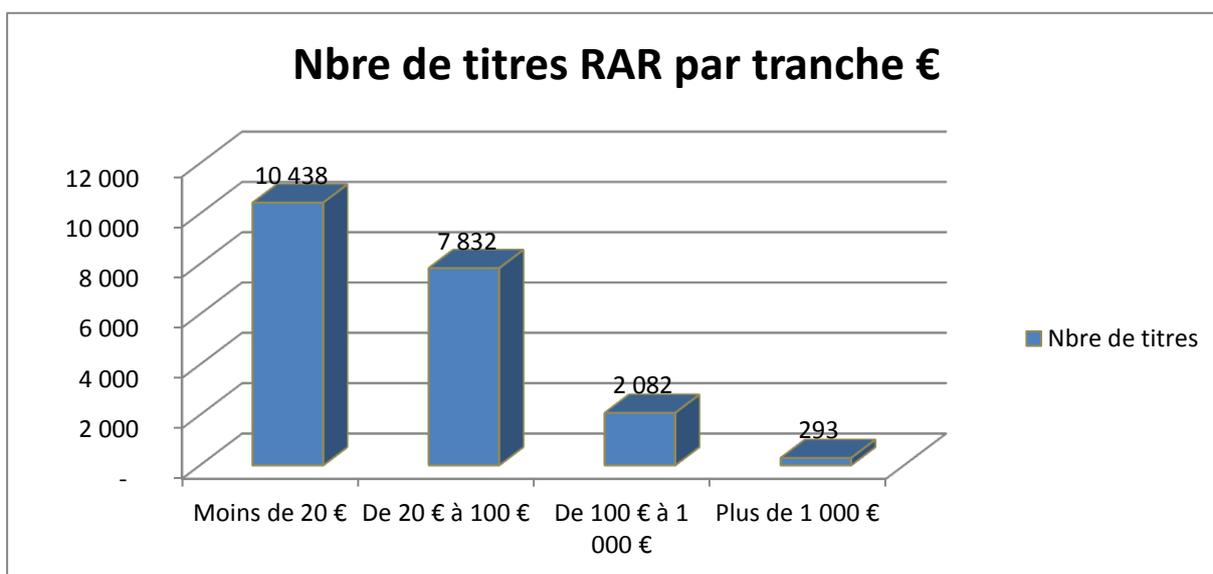
		Exercice 2016	Exercice 2015	Ecart entre
		BRUT	BRUT	2016/2015
4111	Hospitalisés consultants - amiable	1 002 922,05 €	1 335 540,73 €	- 332 618,68 €
4161	Hospitalisés consultants - contentieux	472 416,60 €	494 814,87 €	- 22 398,27 €
	<b>S/s total Hospitalisés consultants</b>	<b>1 475 338,65 €</b>	<b>1 830 355,60 €</b>	<b>- 355 016,95 €</b>
41121	Caisse pivot - amiable	24 763 055,66 €	23 833 691,59 €	929 364,07 €
41122	Caisse pivot - rar déduct.art. r174-1-9	- €	1 165 159,93 €	- 1 165 159,93 €
41131	Caisse SS régime général - amiable	1 472 428,06 €	1 004 252,78 €	468 175,28 €
41132	Caisse SS régime agricole - amiable	114 801,59 €	131 189,79 €	- 16 388,20 €
41133	Caisse SS régime non salarié - amiable	51 659,52 €	67 716,12 €	- 16 056,60 €
41138	Autres régime SS - amiable	29 844,96 €	28 348,84 €	1 496,12 €
411531	Régime général - amiable	19 631,00 €	- €	19 631,00 €
411532	Régime agricole - amiable	1 044,47 €	- €	1 044,47 €
411533	Régime SS non salarié	2 026,21 €	- €	2 026,21 €
411538	Autres régimes oblig. SS	158,95 €	- €	158,95 €
	<b>S/s total Caisse SS</b>	<b>26 454 650,42 €</b>	<b>26 230 359,05 €</b>	<b>224 291,37 €</b>
4114	Département - amiable	99 079,92 €	109 273,35 €	- 10 193,43 €
4164	Département - contentieux	539,53 €	539,53 €	- €
	<b>S/s total Département</b>	<b>99 619,45 €</b>	<b>109 812,88 €</b>	<b>- 10 193,43 €</b>
41151	Mutuelle et cies assurance - amiable	2 784 733,08 €	3 105 986,57 €	- 321 253,49 €
41152	Aide médicale d'état (AME) - amiable	60 596,88 €	3 921,07 €	56 675,81 €
41158	Divers autres tiers payants - amiable	65 285,03 €	86 433,23 €	- 21 148,20 €
41651	Mutuelle et cies assurance - contentieux	49,91 €	1 658,39 €	- 1 608,48 €
41658	Divers autres tiers payants - contentieux	22,00 €	22,00 €	- €
	<b>S/s total Autres tiers payants</b>	<b>2 910 686,90 €</b>	<b>3 198 021,26 €</b>	<b>- 287 334,36 €</b>
4117	Prestation entre ets - amiable	290 390,51 €	222 776,43 €	67 614,08 €
41182	Clients activités diverses - amiables	647 102,52 €	241 115,55 €	405 986,97 €
	<b>S/s total Autres tiers payants</b>	<b>937 493,03 €</b>	<b>463 891,98 €</b>	<b>473 601,05 €</b>
	<b>Total :</b>	<b>31 877 788,45 €</b>	<b>31 832 440,77 €</b>	<b>45 347,68 €</b>

Etat des provisions sur créances :

		Solde au 31/12/2015	Dotation provisions	Reprise provisions	Solde au 31/12/2016
491	Dépréciation comptes de redevables	564 744,09 €	636 594,41 €	293 417,77 €	907 920,73 €

**Restes A Recouvrer (RAR) sur Hospitalisés et Consultants 2016**

Année 2016	Nbre de titres	%	Montants	%
Moins de 20 €	10 438	51%	122 849,49 €	8%
De 20 € à 100 €	7 832	38%	329 773,90 €	22%
De 100 € à 1 000 €	2 082	10%	498 535,77 €	34%
Plus de 1 000 €	293	1%	520 254,45 €	35%
<b>Total :</b>	<b>20 645</b>	<b>100%</b>	<b>1 471 413,61 €</b>	<b>100%</b>



### Créances en non valeurs 2016 - Budget H

#### Période concernée de 2003 à 2016

Catégories de produits	Nbre de titres	%	Montants	%	Montant moyen/titre
ACE	2 995	84,89%	58 072,06 €	19,79%	19,39 €
Divers	32	0,91%	10 496,78 €	3,58%	328,02 €
HC et HDJ	429	12,16%	202 732,31 €	69,09%	472,57 €
Psy.	72	2,04%	22 116,62 €	7,54%	307,18 €
<b>TOTAL :</b>	<b>3 528</b>	<b>100%</b>	<b>293 417,77 €</b>	<b>100%</b>	<b>83,17 €</b>

Tranches de montant	Nbre de titres	%	Montants	%	Montant moyen/titre
Inférieur < 100€	3 202	90,76%	57 480,78 €	19,59%	17,95 €
Supérieur = 100€ et Inférieur < 1000€	287	8,13%	86 799,68 €	29,58%	302,44 €
Supérieur = 1000€ et Inférieur < 5000€	35	0,99%	69 639,07 €	23,73%	1 989,69 €
Supérieur = 5000€	4	0,11%	79 498,24 €	27,09%	19 874,56 €
<b>TOTAL :</b>	<b>3 528</b>	<b>100%</b>	<b>293 417,77 €</b>	<b>100%</b>	<b>83,17 €</b>

**Remarques :**

Plus de 84% des titres en NV concernent des ACE à faibles montants d'environ 20€.

### 1ère tranche de créances en non valeurs 2017 - Budget H

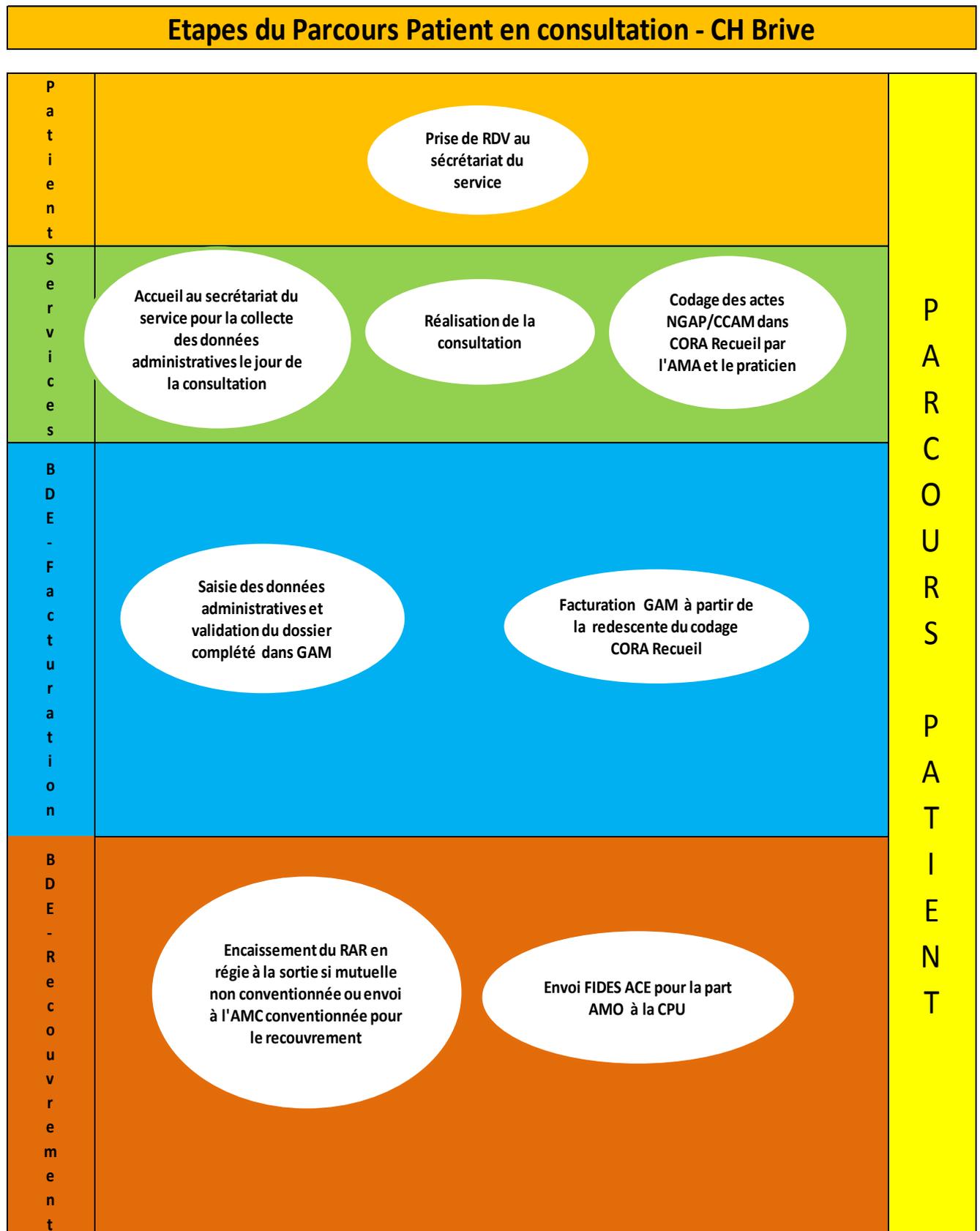
#### Période concernée de 2008 à 2016

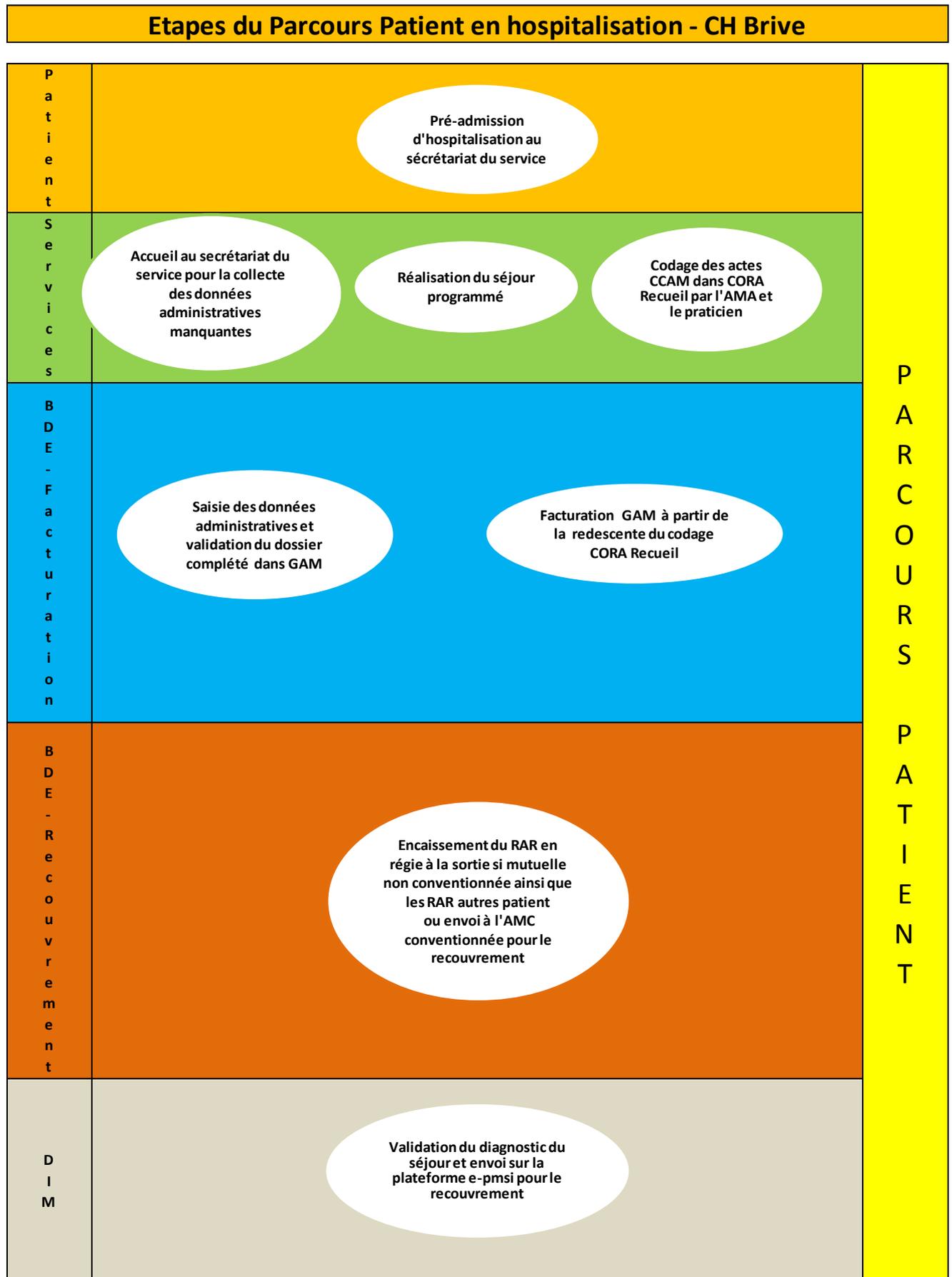
Catégories de produits	Nbre de titres	%	Montants	%	Montant moyen/titre
ACE	1 357	76,88%	44 929,32 €	26,36%	33,11 €
Divers	12	0,68%	39 544,98 €	23,20%	3 295,42 €
HC et HDJ	375	21,25%	82 325,50 €	48,30%	219,53 €
Psy.	21	1,19%	3 656,52 €	2,15%	174,12 €
<b>TOTAL :</b>	<b>1 765</b>	<b>100%</b>	<b>170 456,32 €</b>	<b>100%</b>	<b>96,58 €</b>

Tranches de montant	Nbre de titres	%	Montants	%	Montant moyen/titre
Inférieur < 100€	1 531	86,74%	43 102,14 €	25,29%	28,15 €
Supérieur = 100€ et Inférieur < 1000€	219	12,41%	55 957,30 €	32,83%	255,51 €
Supérieur = 1000€ et Inférieur < 5000€	11	0,62%	23 063,28 €	13,53%	2 096,66 €
Supérieur = 5000€	4	0,23%	48 333,60 €	28,36%	12 083,40 €
<b>TOTAL :</b>	<b>1 765</b>	<b>100%</b>	<b>170 456,32 €</b>	<b>100%</b>	<b>96,58 €</b>

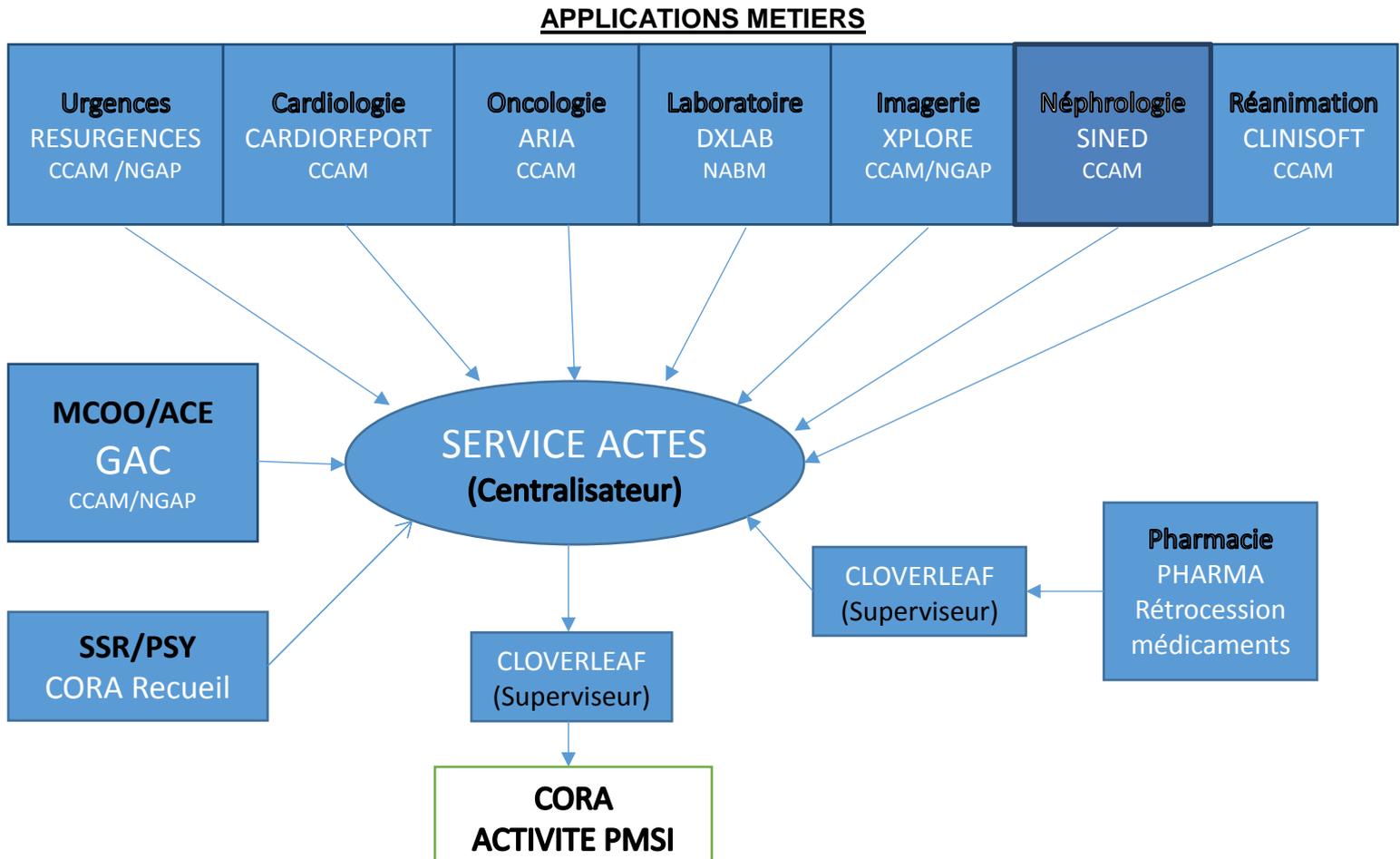
**Remarques :**

Plus de 77% des titres en NV concernent des ACE à faibles montants d'environ 30€.



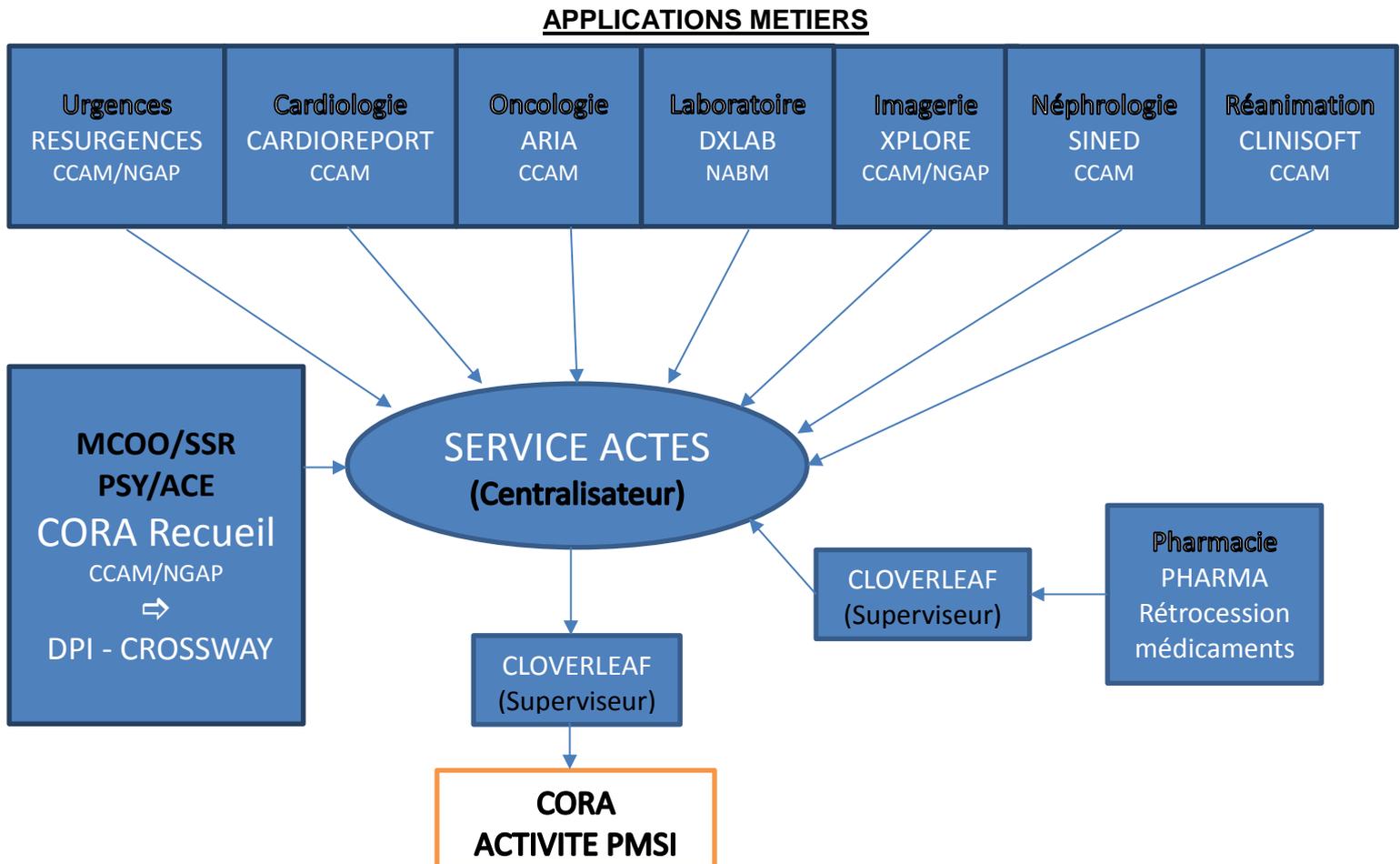


⇒ Configuration avant le déploiement de CORA Recueil dans le DPI-Crossway



**NB :** Le rôle du BDE dans la facturation GAM va évoluer vers un recentrage de la collecte des codages sur CORA Recueil en lien avec le DPI-Crossway pour optimiser la qualité de la valorisation. (cf. Document 4 b)

⇒ Configuration après le déploiement de CORA Recueil dans DPI-Crossway



## Document n°8

### Le taux d'annulation des titres émis

<b>Présentation de l'indicateur</b>	
Définition	Suivi des titres émis annulés
Objectif	Mesurer le taux d'annulation des titres émis
Intérêt	Mesurer la qualité d'émission des titres
<b>Production de l'indicateur</b>	
Mode de calcul	Nombre de titres émis annulés/Nombre total de titres émis
Source et modalités du recueil	Requête Business Object sur l'infocentre
Auteur du recueil	BDE Trésor Public
Fréquence du recueil	Mensuelle
Niveau de difficulté	Facile
<b>Utilisateur de l'indicateur</b>	
Pilotage et diffusion	Traitement trimestriel du tableau de bord

### Le taux de recouvrement par type de débiteur :

<b>Présentation de l'indicateur</b>	
Définition	Suivi du recouvrement par type de débiteur (patients, mutuelles, Couverture Maladie Universelle/Aide Médicale de l'Etat), année en cours et année antérieure
Objectif	Mesurer le taux de recouvrement par type de débiteur
Intérêt	Mesurer l'efficacité du recouvrement Qualifier le manque de trésorerie Mesurer l'impact de l'accélération de la facturation sur le recouvrement
<b>Production de l'indicateur</b>	
Mode de calcul	Montant des factures réglées/Montant total facturé par type de débiteur
Source et modalités du recueil	Requête Business Object sur l'infocentre Requête sur le Système d'Information du Trésor Public
Auteur du recueil	BDE Trésor Public
Fréquence du recueil	Mensuelle
Niveau de difficulté	Difficile
<b>Utilisateur de l'indicateur</b>	
Pilotage et diffusion	Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués en réunion DAF

## Document n°8 (Suite)

### Le taux de rejet B2 délivré par l'Assurance Maladie :

<i>Présentation de l'indicateur</i>	
<b>Définition</b>	Suivi des rejets des factures télétransmises
<b>Objectif</b>	Mesure le taux de rejet des flux B2
<b>Intérêt</b>	Identifier les erreurs récurrentes Mesurer la qualité de la facturation
<i>Production de l'indicateur</i>	
<b>Mode de calcul</b>	Nombre de factures télétransmises rejetés/Nombre total de factures
<b>Source et modalités du recueil</b>	Compte rendu mensuel de la Sécurité Sociale, avec le détail des rejets
<b>Auteur du recueil</b>	BDE Contrôle de gestion
<b>Fréquence du recueil</b>	Mensuelle
<b>Niveau de difficulté</b>	Difficile
<i>Utilisateur de l'indicateur</i>	
<b>Pilotage et diffusion</b>	Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués sous la forme de bilans d'activité

### Les montants admis en non-valeur :

<i>Présentation de l'indicateur</i>	
<b>Définition</b>	Somme des admissions en non-valeur
<b>Objectif</b>	Mesurer le nombre des Avis en Non-Valeur
<b>Intérêt</b>	Identifier les pertes définitives
<i>Production de l'indicateur</i>	
<b>Mode de calcul</b>	Comptage en nombre et en montant des Avis en Non-Valeur, par tiers et par motif
<b>Source et modalités du recueil</b>	Requête sur le Système d'Information du Trésor Public
<b>Auteur du recueil</b>	Trésor Public
<b>Fréquence du recueil</b>	Mensuelle
<b>Niveau de difficulté</b>	Facile
<i>Utilisateur de l'indicateur</i>	
<b>Pilotage et diffusion</b>	Traitement trimestriel du tableau de bord

## Document n°8 (Suite)

### Montants quittancés en régie

<i>Présentation de l'indicateur</i>	
<b>Définition</b>	Suivi des encaissements directs
<b>Objectif</b>	Mesurer le montant des encaissements en régie
<b>Intérêt</b>	Développer les encaissements en régie Suivre la continuité des encaissements directs au regard de l'exercice précédent
<i>Production de l'indicateur</i>	
<b>Mode de calcul</b>	Comptage au mois le mois
<b>Source et modalités du recueil</b>	Requête Business Object sur l'infocentre
<b>Auteur du recueil</b>	BDE
<b>Fréquence du recueil</b>	Mensuelle
<b>Niveau de difficulté</b>	Facile
<i>Utilisateur de l'indicateur</i>	
<b>Pilotage et diffusion</b>	Traitement trimestriel du tableau de bord Résultats communiqués en réunion

**Fiche d'entretien auprès du BDE**

**OPTIMISATION DE LA CHAÎNE DE FACTURATION DES ACE**

1. Quel est votre regard sur votre poste actuel au niveau du BDE? (Perspective d'évolution, intérêt du travail, dynamisme du poste à travers les tâches)
2. Pensez-vous qu'il restera figé tout au long de votre carrière ?
3. Pensez-vous que le circuit actuel de codifications des ACE est optimum ?
4. Quel est votre regard et votre avis sur le principe de simplifier le circuit de facturation des ACE ?
5. Quelle solution paraît la plus appropriée selon vous pour optimiser la chaîne de facturation des ACE ?
6. Pensez-vous que si le traitement des ACE était réalisé directement au niveau des secrétariats médicaux seraient la meilleure solution ?
7. Pensez-vous que la saisie des ACE demande une technicité et une connaissance particulière ?
8. Le traitement en direct des ACE par les secrétariats médicaux vous semble-t-il pertinent dans l'optique de fiabiliser la chaîne de facturation des ACE ?
9. Pensez-vous que votre poste ne doit pas évoluer sur une polyvalence multitâche administrative ?

**Fiche d'entretien Trésorerie Principale du 04/07/2017**

1. Comment sont pris en charge les avis de sommes à payer ?
2. Comment sont effectuées les mises en recouvrement ?
3. Quelle est la procédure de relances ?
4. Quels sont les indicateurs que la trésorerie est en capacité de produire ?
5. Quels sont les indicateurs que la trésorerie fournit déjà ?
6. Quelle relation entretenez-vous avec les services administratifs de l'hôpital de Brive ?
7. Quel service en particulier ?
8. Y a-t-il des points d'étapes en cours d'année sur l'évolution des taux de recouvrement et des difficultés de recouvrement rencontrées avec les services financiers de l'hôpital de Brive ?
9. Disposez-vous d'indicateurs nationaux de comparaison de la performance de recouvrement par tiers débiteurs pour l'hôpital de Brive?
10. Quels sont les impacts de TIPI dans l'amélioration des recouvrements ?
11. Quel est la part de recouvrement par ce mode de paiement actuellement?
12. Quels sont les pistes d'améliorations pensez-vous possible très rapidement pour accentuer le taux de recouvrement ?

Entretien 1

Résumé de l'entretien le 20/06/2017 avec le responsable projet à la DSIO au CH de

Brive

Réflexion à porter sur une information globale du processus de facturation et la réduction du nombre d'intervenants pour une meilleure efficacité de la FIDES.

Au niveau hospitalisation, les analyses laboratoire, CR Crossway se déverse dans GAC, qui est déversé dans **CORA ACTIVITES**.

CORA RECUEIL est utilisé pour la psy et le SSR pour le suivi de l'activité uniquement (sous DAF et DMA)

Cora recueil est une application plus ergonomique que GAC (Gestion des Actes)

Cela nécessitera des formations spécifiques.

Pas de coût supplémentaire en terme technique pour le déploiement sur les actes externes.

La finalité est la saisie dans Crossway avec les actes dans CORA recueil, déversé ensuite dans GAC pour la facturation.

Saisie manuelle des actes des médecins : code NGAP. **Volume de 180 000 actes/an.**

Sur la partie de la saisie des actes externes :

- Prévoir une réorganisation des tâches entre le BDE et le PMSI : à savoir, soit un glissement d'agent du BDE vers le PMSI, après une formation spécifique,
- Mise en place de régie déportée dans les services pour faciliter la phase d'encaissement des consultations.
- A voir le coût pour la mise en place du module CORA pour les externes (coût de maintenance uniquement)

**Points positifs :**

- Utilisation à moyen terme d'un seul module **CORA RECUEIL** pour la saisie de l'ensemble des séjours d'hospitalisation et des ACE.
- Abandon de la feuille navette papier des ACE entre les secrétariats médicaux et le BDE.
- La saisie en temps réel par le service concerné par les secrétaires médicales, éviterait la perte de temps à la fois des secrétariats et du BDE dans les échanges d'information dans les erreurs de codage ou d'informations manquantes, d'où retard dans la facturation FIDES,
- Au niveau informatique, pas de frais techniques supplémentaires, ni en infrastructure,
- Meilleur codage et saisie des données administratives directement par les services (idem qu'en oncologie)
- Améliorer le taux de rejet des facturations FIDES,

### **Points à travailler :**

- Définir une organisation précise des rôles d'intervention entre les acteurs secrétariats médicaux/BDE/DIM,
- Coût de la mise en place du module **CORA ACUEIL ACE** (Maintenance),
- Elaborer un plan de formation de **CORA RECUEIL** pour déployer progressivement la mise en fonctionnement dans tous les services,
- La position du DIM dans le suivi des ACE,
- La réorganisation du BDE dans les services pour la mise à jour des dossiers,
- La place du médecin dans ce nouveau fonctionnement,
- Mettre en place les cartes CPS (Carte Professionnelle de santé) dans les services pour les agents concernés,
- Accès aux CDR (Consultation des droits d'un assuré) pour les secrétariats médicaux,
- Mise en place de régies déportées dans les services de consultation,
- Travailler sur le thésaurus par médecin et spécialité, (Mise à jour) pour une rapidité des codages par les secrétaires médicales,
- Mise en place progressive en phase test dans certains services pour déployer le dispositif,
- Numérisation des pièces d'identité et des cartes mutuelles directement dans les services,
- Réflexion sur la refonte des secrétariats médicaux des consultations pour une meilleure cohérence du parcours de soins ACE,

## Entretien 2

### Résumé de l'entretien le 21/6/2017 avec l'AAH, la responsable du BDE

#### Optimisation de la chaîne de facturation des actes externes via CORA RECUEIL

Le taux de rejet actuel FIDES ACE est de l'ordre de 4%, avec une grande majorité sur l'abs du médecin traitant.

L'abandon de la feuille de saisie des consultations externes et des actes externes est faisable si la saisie dans CORA RECUEIL par les secrétariats médicaux s'effectue correctement. Quid du bon codage dans CORA RECUEIL ? Le déversement des CS EXT dans GAC pour la mise en facturation FIDES n'est pas un problème en soit, sauf que si le codage est mauvais, le taux de rejet va augmenter et nécessiterait un temps agent supplémentaire au BDE pour modifier tous les rejets. (Rappel du service, demande d'informations complémentaires, etc...)

Ensuite, l'absence d'indication sur le parcours de soins ou hors soins est bloquante. Actuellement, le BDE met par défaut l'indication du parcours de soins pour valoriser et facturer à la CPU. Dans le cas du hors parcours de soins, la facturation serait adressée directement au patient avec le risque de contentieux ou de non paiements (Augmentation des créances irrécouvrables, déjà prépondérante actuellement) La notion d'ALD est aussi importante. Les actes externes sont aussi importants dans le codage.

Le BDE n'est pas hostile de passer sous CORA RECUEIL si cela peut améliorer l'harmonisation des pratiques. L'intérêt du DIM sur le suivi du codage des CS EXT n'étant pas prioritaire sur l'hospitalisation actuellement. (Rencontre le 04/07/2017 à 10h sur le sujet)

La numérisation de la feuille de consultation externe peut aussi être faite, tout en conservant le circuit de saisie aux BDE pour maîtriser le codage des actes et la chaîne de facturation.

La numérisation des pièces justificatives (carte d'identité et carte mutuelle) serait aussi un plus dans la fiabilisation de la chaîne de facturation dans le dossier patient Crossway.

Par contre, le développement de régies pour le recouvrement des consultations externes serait un plus en P1 dans l'optique du redéploiement de 2 agents du BDE.

L'agent en poste au BDE sur la vérification des rétrocessions est aussi important avec actuellement 400 dossiers à traiter contre 300 précédemment.

La mise en place de FIDES ACE depuis le 01/02/2016 nécessite une rigueur dans le codage, avec des contrôles de plus en plus pointus sur les envois de flux et la demande des pièces justificatives (ordonnances) dans la prescription des actes de biologies, radiologies etc...

### Entretien 3

#### Résumé de l'entretien à la Trésorerie principale de Brive le 04/07/2017 avec l'inspecteur adjoint des finances publiques

##### I. Point sur la dématérialisation :

Le CH de Brive est fonctionnel sur la partie PES V2. La dématérialisation des mandats et des ASAP est possible, cependant, à la demande de la trésorerie et pour des questions de commodités de suivi, les mandats et titres sont encore édités sous format papier.

Pour le mandatement, le passage en dématérialisation des PJ pourra ainsi dématérialiser l'ensemble de la chaîne des dépenses. Le déploiement de Chorus Pro sur les PME à partir du 01/01/2018 permettrait d'accélérer le processus de dématérialisation des factures. La mise en place de scanners pour les factures encore papier doit permettre la prise en charge des PJ interfacé avec la GEF de Maincare. La signature électronique doit aussi être installée pour la dématérialisation des bordereaux.

Pour les titres, les éditions sont encore papiers et sur CD dans l'attente de la dématérialisation totale des bordereaux avec la signature électronique.

**N.B. :** La gestion des titres de recettes diverses réalisée en interne pourrait être dématérialisé et géré par le centre de Meyzieu près de Limoges pour l'édition et la mise sous pli avec l'application PES ASAP, gratuitement, reste éventuellement les frais de liaison informatique. La seule difficulté résiderait sur les titres de recette des régies uniquement. La trésorerie dispose déjà de l'application Atlas pour les PJ pour l'intégration dans Hélios.

##### II. Paiement innovants :

**Paiement par talon optique** : Dispositif pas encore au point. Le centre de traitement de Lille rencontre des difficultés dans le traitement de chèques sans talon optique. Le centre de Bercy doit informer le CH sur les modifications à faire.

**Dispositif TIPI** : effectif depuis le 02/04/2017. Fonctionne bien au bout de 2 mois. Pas encore de tendance sur l'impact en terme de recouvrement. Le seul problème actuel rencontré par la trésorerie est la mise à jour de la base de recouvrement (des relances sont envoyées alors que les redevables ont déjà réglés. La trésorerie travaille sur l'augmentation des fréquences de mises à jour des dossiers.

**Prélèvement des titres EHPAD à Bel Air** : La trésorerie serait ouverte à la mise en place par le CH du prélèvement des frais d'hébergement des résidents EHPAD. A intégrer au contrat de séjour ou par avenant.

**Compte fiscal unique (ENSU)** : Dispositif d'un compte tiers unique pour un redevable sur un secteur pour le règlement de l'ensemble des factures de collectivités locales publiques (Mairie, CCAS, cantine scolaire, hôpital etc...) Dispositif en voie de développement.

### **III. Recouvrements :**

#### **Auprès des particuliers :**

**Procédure à l'amiable :** Envoi de l'ASP, lettre de relance après 30 j., intervention d'un huissier après 30 j., (phase comminatoire amiable) il dispose de 90 j. pour effectuer 2 courriers et 2 appels téléphoniques ⇒ le taux de recouvrement est de 35% à ce stade.

L'amiable n'est réalisé qu'au-delà de 5 €.

**Phase contentieuse :** opposition à tiers détenteur auprès de l'employeur (seuil 30€), sur le compte bancaire (seuil 130€), divers débiteurs et éventuellement notaire sur des successions.

**Dernier recours :** Saisie vente-bien mobilier à partir de 500 € minimum. Très peu pratiqué.

**N.B. :** Le trésorier est responsable auprès de l'hôpital du recouvrement de l'ensemble des sommes à payer pouvant aller jusqu'à ces deniers personnels. Il dispose de 4 ans pour recouvrer un titre).

#### **Auprès des mutuelles :**

Motifs de rejet pour non-paiement des cotisations, fin de droit, non prise en charge. L'hôpital dispose de 2 ans pour réémettre un nouveau titre rectificatif ou de refacturer au patient.

Autre cas lorsque la base de tiers est mal renseignée ⇒ Risque de rejet.

La trésorerie travaille sur la poursuite de la consolidation de sa base de tiers. La difficulté que rencontre la trésorerie est que selon les administrations publiques locales, le nom d'un tiers peut être identifié différemment, d'où l'intérêt du ENSU pour disposer d'un compte tiers unique et identifiable en cas de poursuite sur différents dossiers et non plus au cas par cas comme actuellement.

**Auprès de la CPU :** L'hôpital dispose d'un délai de 1 an pour la PEC.

**Conclusion :** La trésorerie connaît aussi des difficultés dans le suivi des contentieux du fait de la baisse des moyens humains (- 2 agents en retraite d'ici la fin de l'année). Aussi, tous les moyens innovants de recouvrement qui pourront être déployés sur les faibles montants permettront de limiter les traitements contentieux et les paiements par chèque, encore très chronophage dans sa gestion. La dématérialisation totale reste aussi un pan à finaliser pour optimiser la chaîne de traitement des flux entrants et sortants.

## Entretien 4

### Résumé de l'entretien le 04/7/2017 avec le Dr responsable DIM du CH de Brive – Thème CORA RECUEIL

**I. Objectif :** La mise en place générale de CORA recueil sur le CH de Brive.

CORA recueil est déjà en place sur la partie SSR et psy pour le codage par les professionnels paramédicaux (CASRR pour la dépendance). Sur le SSR, le découpage de la dépendance s'effectue hebdomadairement. La dépendance est souvent sous valorisée car le niveau de dépendance est prise en compte sur les 2 premières semaines pour un séjour. Le codage SSR prend en compte le diagnostic, les actes techniques, la lourdeur, et la dépendance.

#### **Pourquoi utiliser CORA Recueil ?**

CORA recueil est un outil ergonomique avec un aspect qualité dans le codage. L'objectif est l'abandon de GAC pour un déploiement de CORA sur la partie hospitalisation et les ACE.

#### **Priorisation :**

1. **Cora Recueil Hospitalisation MCOO** : outil de saisie CCAM décentralisé de GAC, utilisé actuellement. Possibilité de création de favori, qualité des mises à jour des thésaurus, liste déroulante par médecin et spécialité. Le codage est plus strict avec la hiérarchisation des saisies des actes de chirurgie avant les actes d'anesthésie.

⇒ enjeu du codage et T2A et du montant de la valorisation. (6 millions par mois)

2. **Cora Recueil ACE** : outil de saisie NGAP et CCAM décentralisé de GAC. Abandon de la feuille navette des consultations externes. Les codages seront réalisés directement dans CORA par les médecins et les secrétariats médicaux à travers le PDR.

⇒ enjeu sur le codage, avec des montants moins importants. (500 000€ à 600 000 € par mois)

3. **CORA Recueil sur la fiche de BLOC**, étant la finalité en termes d'optimisation.

4. **CORA Activités** est dynamique dans l'utilisation d'éléments statistiques sur le suivi d'activité d'un service, d'un praticien, etc... Même principe que les tableaux croisés dynamiques dans la finesse des filtres.

## **II. Organisation à déployer pour la réussite du projet :**

**Définir une architecture** (CORA Recueil centralisateur vers GAM)

**Formation générale** des praticiens, des secrétaires médicales et des agents du BDE.

**Gestion des droits** (Crossway ⇒ CORA Recueil). A l'échelle de l'établissement, prévoir une plateforme M-EVA (Crossway vers GAM)

Planification à faire sur le moyen terme avec une vision technique et une vision fonctionnelle.

**DPI** (Crossway) comme **fil rouge** avec l'ensemble des acteurs (DAF/DIM/DSIO). Crossway n'étant pas encore installé en ortho/pédiatrie/psy/gynéco.

Crossway est le fil rouge pour la prescription médicalisée, l'observation médicale (abandon du bon bleu), les examens de biologie, les examens de radiologie.

**GHT** : La configuration des GHT avec les DIM de territoires à CT à prendre en compte. Déploiement futur d'un logiciel d'accès au patient à l'échelle régionale. La vision de l'hôpital va disparaître au dépend d'une vision GHT. Difficulté à l'avenir de connaître le taux de fuite pour le CH.

### **Entretien 5**

#### **Résumé de la réunion du 10/07/2017 de présentation de l'environnement CORA**

##### **Recueil par l'éditeur Maincare**

Début de séance : 10h45 - Fin de séance : 12h15

**Présents** : Mr le responsable projet DSIO, Mme la responsable BDE, Dr médecin DIM, Mr le stagiaire Elève AAH, les représentants de l'éditeur Maincare

##### ○ **Constats** :

- Le BDE travaille exclusivement dans la saisie des actes dans GAC (moins ergonomique et intuitif que CORA) pour le déversement dans la facturation GAM,
- Saisie par le BDE des ACE codés sur des feuilles de liaison, parfois incomplètes sur plusieurs critères (parcours soins avec le nom du médecin traitant ou hors soins, ALD ou hors ALD, les actes NGAP (cs avec ou sans majoration), actes CCAM non renseignés) ⇒ retard dans la facturation FIDES ACE,
- Codage incomplet des séjours par les praticiens ⇒ retard dans la valorisation des séjours et la facturation des restes à charge, temps agents dans le suivi par le BDE et DIM pour compléter les séjours,

- **Objectifs:**

- Saisie des actes dans CORA Recueil par les services au dépend de GAC de toutes les hospitalisations, ACE et le bloc dans la continuité, ⇒ qualité de codage plus optimale,
- Abandon des fiches navettes ACE entre les services et le BDE,
- Le DPI-CW (Séjours d'hospitalisations) et le PDR (Gestion des RDV des ACE) intégreraient le lien à CORA pour la cotation des actes NGAP et CCAM,
- Basculement des codages CORA Recueil quasi-immédiat dans GAM pour la facturation directe,

- **Méthodes :**

- Mise en place de CORA Recueil dans le DPI-CW et PDR, ⇒ saisie actes (thésaurus) ⇒ Favoris (palmarès NGAP, CCAM),
- Saisie des actes NGAP par les secrétaires médicales (PDR) et CCAM par les praticiens éventuellement des services, ⇒ possibilité de filtres bloquants des ACE incomplets,
- Déployer une formation sur l'ensemble des acteurs (paramédicaux, praticiens, secrétaires médicales, agents du BDE), ⇒ Formation des praticiens (actes CCAM), des paramédicaux (NGAP), des secrétaires médicales (NGAP+CCAM). Temps estimé de 1h30 à 2h selon les besoins spécifiques de chaque professionnel,
- Corrections et modifications à faire par les TIM + BDE dans CORA uniquement, voir la possibilité de déployer un poste BDE sur DIM pour la gestion des droits et les corrections à faire dans CORA,

- **Point de vigilances :**

- Conserver GAC pour les applications métiers ? A priori pas d'intérêt mais peut se prévoir dans le déploiement progressif,
- Temps de transfert très court (moins 1 mn) entre CORA ACE ⇒ GAM pour la facturation des patients repassant par le BDE pour le recouvrement,
- Travail de contrôle et de corrections dans CORA si nécessaire par un agent disposant des droits réservés,
- Droit utilisateur M-eva ⇒ à priori Maincare n'effectue plus le développement, d'où pas d'intérêt de le prendre,
- Problématique des mises à jour des droits au fur et à mesure des nouveaux arrivants.
- Traitement Coverleaf – Surveillance d'interface au niveau du DIM,
- Réinstaller infocentre – Cora pour les requêtes de données d'activité.

- Mise en place éventuelle d'un connecteur 2.0 avec CORA Activités.

**Conclusion :**

**Travail à fournir par Maincare :** Définir un schéma cible avec les différents coûts des droits CORA, maintenance et formation + déploiement de l'outil et de la formation + rétroplanning.

**Prochaine échéance :** Maincare prévoit de fixer sur le courant du mois de septembre 2017 une autre réunion avec la DALI pour planifier les possibilités de la mise en place avec la DSIO. La DAF est aussi concernée par le BDE où les changements d'environnement seront importants dans le fonctionnement et le traitement avec CORA (Abandon de GAC).

Fait le 31/07/2017.

Jérôme DURGUEIL

Elève AAH.

DURGUEIL

Jérôme

Décembre 2017

## ATTACHE D'ADMINISTRATION HOSPITALIERE

Promotion 2017

### **Optimisation de la chaîne de facturation/recouvrement Quels enjeux dans le projet de refonte du parcours patient au Centre hospitalier de Brive ?**

#### **Résumé :**

Les établissements de santé sont contraints d'optimiser le parcours administratif du patient afin d'adapter leurs organisations aux contraintes économiques. La mise en place d'un accueil médico-administratif unique dans chaque service présente à la fois des avantages et des inconvénients. Dans le contexte du centre hospitalier de Brive, l'audit du bureau des entrées invite à réorganiser le parcours patient par une prise en charge directement dans les secrétariats médicaux. Le recueil des données administratives des patients est transféré aux Assistantes Médico-Administratives (AMA), tandis que les tâches liées au suivi de la facturation et du recouvrement sont centralisées au niveau du bureau des entrées. L'intégration du codage des actes directement réalisé par les secrétariats médicaux permet d'optimiser l'efficacité de la valorisation des recettes en temps réel et d'assurer un recouvrement optimal avant la sortie du patient soit lors d'une consultation ou d'un séjour lors de son passage au bureau des entrées.

parcours patient – bureau des entrées – secrétariat médical - optimisation – facturation – recouvrement – recettes

*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.*