



EHESP

<Directeur d'hôpital>

Promotion : **<2017 - 2018>**

Date du Jury : **<octobre 2018>**

**<Optimiser une chaîne
Admissions-Facturation-Recouvrement
en pleine transformation numérique,
l'exemple d'une réorganisation menée
aux Hôpitaux de Saint-Maurice
objectivée par une enquête
hospitalière comparative >**

< Hervé SECK >

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier chaleureusement Nathalie Peynègre, directrice générale du GHT 94 Nord et maître de stage, de m'avoir confié l'audit de la chaîne admission-facturation-recouvrement des Hôpitaux de Saint-Maurice dès le début de mon stage long et de m'avoir soutenu dans l'analyse puis dans la présentation des axes de restructuration du service des admissions.

Je remercie également Séverine Huguenard, directrice des affaires financières de territoire, pour son énergie communicative et pour l'autonomie et la confiance accordées. Je suis profondément reconnaissant à toute l'équipe de direction du GHT 94 Nord, notamment Mériem Dhib et Jérôme Huc, de m'avoir si bien et si rapidement accueilli parmi eux.

Je tiens à témoigner ma gratitude à tous les professionnels qui ont accepté de répondre à cette enquête relative aux transformations de la chaîne admission-facturation-recouvrement : les 56 directeurs des affaires financières interrogés et les 7 attachés d'administration impliqués.

Je remercie tout particulièrement Mourad Attar (responsable de la facturation des actes et consultations externes [ACE] au CH Delafontaine de Saint-Denis), Samuel Bottaro, associé du cabinet Mazars Santé, Sylvie Cottin, cheffe de projet à l'ANAP, Guillaume Chesnel, directeur des affaires financières de l'Institut Gustave-Roussy, Sébastien Gasc, ancien directeur des affaires financières du CH d'Argenteuil, Vincent Gervaise, ancien directeur de la facturation du CHRU de Nancy, Gilles Hebbrecht, chef du programme SIMPHONIE (Simplification du parcours administratif hospitalier et numérisation des informations) à la DGOS, Arnaud Joan-Grangé, directeur des affaires financières du CHU de Toulouse, Olivier Wery, expert CNEH de la facturation hospitalière et auteur, qui m'ont permis de compléter et d'approfondir mon approche du sujet.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements aux personnels des Hôpitaux de Saint-Maurice, ayant participé à cette étude au cours d'entretiens, d'analyses conjointes ou tout simplement d'échanges informels.

Ce sont ces soutiens qui m'ont permis d'élaborer ce mémoire afin de partager la réorganisation du service des admissions menée aux Hôpitaux de Saint-Maurice et de construire un retour d'expérience étayé, significatif et concret des pratiques hospitalières permettant d'optimiser la chaîne admission-facturation-recouvrement, dans un contexte réglementaire et technologique fortement évolutif.

Une pensée également aux membres de ma famille pour leur patience et leur soutien précieux.

Sommaire

Introduction.....	9
1 <L’audit de la chaîne AFR réalisé aux HSM organisationnel a mis en évidence des actions correctives à court et moyen terme permettant d’améliorer l’exhaustivité, la fiabilité, la rapidité et la productivité >.....	13
1.1 La chaîne AFR des HSM est caractérisée par sa lenteur, un taux de rejet élevé et une productivité perfectible.....	13
1.1.1. Placée dans un contexte social tendu, la chaîne AFR des HSM est organisée suivant un modèle historique qui a évolué avec la mise en place de la FIDES (facturation individuelle des établissements de santé).....	13
1.1.2. Le choix d’une méthode de diagnostic associant les approches complémentaires de l’ANAP, SIMPHONIE, Veltys (ARS) et Mazars Santé....	19
1.1.3. Le diagnostic combiné fait apparaître une chaîne de facturation relativement lente, au taux de rejet élevé et sans pilotage de la qualité.....	22
1.2 Les axes d’optimisation préconisés et mis en place afin d’améliorer la fiabilité, la rapidité, l’exhaustivité et la productivité de la chaîne AFR.....	27
1.2.1 La priorisation des principales actions nécessaires pour optimiser la chaîne AFR.....	27
1.2.2 De la communication à la mise en place des actions prioritaires dans les services de la chaîne AFR.....	29
2 < L’optimisation de la chaîne AFR à long terme suppose d’anticiper les profondes transformations technologiques et réglementaires favorisant une nouvelle organisation digitale des parcours patients ainsi qu’une valorisation des ressources humaines >.....	29
2.1. De nouvelles modalités d’organisation du travail conjuguées aux solutions numériques prônées par le programme SIMPHONIE remettent en cause le modèle historique des admissions	34
2.1.1 La parcellisation des tâches a cédé la place à des modèles d’organisation polyvalente totale ou partielle.....	34

2.1.2 La numérisation et l'automatisation des tâches simples impliquent la modification des processus médico-administratifs de la chaîne AFR.....	36
2.2 Vers une nouvelle définition des processus de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement.....	37
2.2.1 La chaîne AFR peut automatiser et fiabiliser les tâches les plus basiques et développer les activités d'accompagnement des plus fragiles pour une meilleure qualité de service rendue au patient.....	37
2.2.2 L'exemple du CHU de Rennes préfigure les mutations de la chaîne AFR, qui va redéployer les agents du front-office (en contact avec le patient) vers le back-office pour maîtriser les trajectoires médico-administratives.....	38
3 <L'enquête comparative hospitalière mise en place dans 63 centres hospitaliers a permis d'objectiver les résultats et les méthodes efficaces d'optimisation à moyen et long et terme de la chaîne AFR>.....	39
3.1. Détermination et évaluation des facteurs clés de la performance de la chaîne AFR dans les établissements sondés.....	40
3.1.1 Une méthode inductive et empirique pour combler le manque de données comparatives sur la chaîne AFR.....	40
3.1.2 Les principaux résultats de l'enquête permettent de mettre en évidence dix principes communs aux CH les plus performants	41
3.2 La transformation de la chaîne AFR suppose un accompagnement étroit des ressources humaines pour anticiper les mutations des métiers.....	48
3.3 Recueil de bonnes pratiques et illustrations d'actions pertinentes reproductibles dans d'autres centres hospitaliers	53
3.3.1.La mise en place d'un accueil administratif de nuit aux urgences du CH d'Argenteuil.....	53
3.3.2. La réorganisation pluridimensionnelle de la chaîne AFR du CHRU de Nancy	56
Conclusion.....	57
Bibliographie.....	58
Liste des annexes.....	62

Liste des sigles utilisés

ACE : Actes et consultations externes

ALD : Affection de Longue Durée

AME : Aide médicale d'État

AMO : Assurance maladie obligatoire

ANAP : Agence nationale d'amélioration de la performance

ARS : Agence régionale de santé

ASIP santé : Agence des Systèmes d'Information Partagés en santé

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

ATU : Accueil et traitement des urgences

B2 : norme d'envoi informatisé de flux de facturation des établissements de santé aux régimes de sécurité sociale

CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux

CDR : Consultation Droits Réels (site de l'Assurance Maladie)

CGE : Caisse gestionnaire

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CME : Commission Médicale d'Etablissement

CMUC : Couverture maladie universelle complémentaire

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CPU : Caisse de paiement unique

DAF : Direction des affaires financières

DGOS : direction générale de l'offre de soins

DIM : Département d'Information Médicale

EPRD : État prévisionnel des recettes et des dépenses

ENC : Etude Nationale des Coûts

EPS : Etablissement Public de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

FFM : Forfait de petit matériel

FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé

GAM : Gestion Administrative des Malades

GHM : Groupe Homogène de Malades

HAS : Haute Autorité de Santé

HSM : Hôpitaux de Saint-Maurice

IGAS : Inspection générale de l'action sociale

IGF : Inspection générale des finances

INSEE : institut national des statistiques et des études économiques

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LFSS : Loi de financement de la sécurité sociale

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle de la Sécurité Sociale

NGAP : nomenclature générale des actes professionnels

NPAI : N'habite Pas à l'Adresse Indiquée

NOEMIE : norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs

ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

ORFEH : optimisation du recouvrement et de la facturation dans les établissements hospitaliers

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

RAR : Reste à recouvrer

RSS : Résumé Standardisé de Soins

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SE : Sécurité et environnement hospitalier

T2A : Tarification à l'activité

TIM : Technicien de l'Information Médicale

UM : Unité Médicale

1 Introduction

“Connaissez-vous Joseph M. ? Probablement pas. Et pourtant le seul parcours administratif de ce patient a occasionné 63 000 euros de non-valeur pour l’hôpital en 2016.” C’est ainsi que je commençais la plupart des présentations aux instances de l’audit des Hôpitaux de Saint-Maurice afin d’attirer l’attention sur la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement (AFR), souvent perçue comme une “boîte noire”, complexe et rebutante.

L’angle financier étant le plus efficace et immédiat pour comprendre l’un des principaux intérêts liés à l’optimisation de cette chaîne AFR. Au vu des contextes budgétaires restreints dans lesquels évoluent nombre d’établissements hospitaliers, il est important de pouvoir utiliser tous les leviers permettant d’optimiser les recettes. Le programme SIMPHONIE lancé par la DGOS insiste à raison sur les 550 millions d’euros de créances hospitalières non recouvrées à un an sur les actes et consultations externes. Ce programme s’inscrit dans un contexte à forts enjeux avec la généralisation de la facturation individuelle des établissements de santé du versant séjour (FIDES séjours) au plus tard le 1er mars 2022¹. Cependant, l’approche financière n’est pas la seule utile pour traiter cette chaîne de valeur multidimensionnelle transformée par la numérisation entraînant une rapide évolution des compétences demandées.

Que recouvre le terme AFR ? Il s’agit d’une approche globale permettant de suivre le parcours médico-administratif du patient dès son entrée (ou sa pré-admission) jusqu’à la mise en recouvrement par le Trésor Public du titre émis correspondant aux soins facturés. Cela suppose de suivre les données cliniques, administratives et financières liées à ce trajet médico-administratif du patient.

La chaîne AFR englobe donc dans l’hôpital tous les acteurs travaillant pour accueillir le patient, constituer son dossier administratif, facturer les soins, encaisser s’il existe une régie, s’assurer de la complétude du dossier, gérer les rejets et envoyer le titre au Trésor Public afin que celui-ci puisse assurer le recouvrement. La performance de la chaîne AFR est évidemment fonction du taux de recouvrement final. Mais comme celui-ci ne dépend qu’en partie des acteurs hospitaliers, il faut

¹ Article 65 de la loi de financement de sécurité sociale (LFSS) pour 2018

également considérer tous les indicateurs directement reliés à l'efficacité de la chaîne AFR intra-hospitalière : l'exhaustivité, la qualité, la productivité et la rapidité.

Dans cette chaîne, nous définissons la valeur comme étant la somme des actions améliorant la qualité et réduisant les coûts des activités à quatre niveaux. Tout d'abord pour le patient, qui peut être mieux orienté, attendre moins longtemps et avoir une meilleure visibilité des sommes dues et des moyens de les payer. Puis, les personnels qui sont parfois confrontés à un manque de motivation dans les services des admissions et pourraient être mieux formés, mieux valorisés et donc plus productifs dans l'exercice de leurs missions. Au niveau des services, confrontés à l'automatisation des tâches les plus simples et à des exigences accrues de performance, une organisation plus efficiente et plus fiable pourrait être adoptée en accentuant le virage numérique et en redéployant les moyens entre le front office (en contact avec les patients) et le back-office. Enfin, l'ensemble de la chaîne pourrait diminuer le taux de rejet (et donc les coûts de traitement des rejets), améliorer la trésorerie, fiabiliser les données et faciliter la mission de recouvrement du trésorier public au bout de la chaîne AFR.

L'approche de cette chaîne en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences est également fondamentale pour anticiper les changements annoncés (FIDES Séjours, automatisation, redéfinition des processus métiers). Et ce d'autant plus que les admissions ont été longtemps sous-valorisées, érigées de manière parfois caricaturale en refuge des personnels reclassés, marquées par des taux d'absentéisme et de turn-over importants.

Les services des admissions n'étaient pas perçus comme stratégiques avant l'introduction de la tarification à l'activité. Les changements successifs du mode de financement hospitalier ont changé la perception et le fonctionnement de ce service. La facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) s'inscrit dans la continuité de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, introduite par la loi du 18 décembre 2003² avec la tarification à l'activité (T2A). Avec sa mise en œuvre, l'envoi des informations de facturation se fait désormais, au fur et à mesure, à travers des flux dématérialisés et directement vers une « caisse de paiement unique »

² Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 - Article 33

(CPU), caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM) dont l'hôpital relève. Le mode de facturation est ainsi recentré sur le patient puisque chaque venue fait l'objet d'une facture individuelle.

La loi avait prévu une dérogation jusqu'en 2005 pour l'application effective de la FIDES, mais plusieurs reports ont eu lieu. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2013³ a finalement fixé la date de lancement au 1^{er} mars 2016 pour l'activité externe (FIDES ACE). Il est alors devenu impératif pour les établissements de se préparer au transfert de données complètes et de qualité puisque toute facture présentant une anomalie se voit rejetée et non payée par la CPU. Il est à noter que la FIDES a fait l'objet d'une expérimentation à la suite du rapport de l'IGAS/IGF de 2008⁴ afin de définir les conditions de sa généralisation. 55 établissements pilotes y ont participé à l'automne 2010.

L'arrêté du 29 mars 2017⁵ de généralisation de FIDES ACE indique que les hôpitaux de Saint-Maurice (HSM), lieu de réalisation de mon stage, ont été concernés par un démarrage en FIDES ACE à compter du 1^{er} avril 2017. La CPU désignée est la CPAM de Créteil.

Les HSM sont issus du regroupement de l'Hôpital National de Saint-Maurice et de l'établissement public de santé Esquirol depuis le 1^{er} janvier 2011. L'établissement partage son activité entre les soins de suite et de réadaptation adultes et enfants (246 lits et 100 places), le traitement de l'insuffisance rénale chronique (15 lits, 2 places, 20 postes), la psychiatrie (276 lits et 183 places) et la gynécologie, obstétrique, néonatalogie (43 lits, 10 lits en néonatalogie et 2 places). En totalité, l'hôpital compte donc 590 lits, 287 places et 20 postes. Les Hôpitaux de Saint-Maurice sont l'établissement support du GHT 94 Nord constitué avec le Centre Hospitalier des Murets situé à La-Queue-en-Brie, établissement uniquement psychiatrique (190 lits et 165 places).⁶

Au début de mon stage long, l'optimisation de la chaîne AFR aux HSM était un objectif majeur en raison du contexte délicat (burn-out de l'attachée affectée aux admissions et départ de la DAF) et des dysfonctionnements observés (retard de

³ Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012 de financement de la sécurité sociale pour 2013

⁴ IGAS/IGF, « Le passage à la facturation directe des établissements de santé anciennement sous dotation globale », 2008

⁵ Arrêté du 29 mars 2017 fixant la liste des établissements de santé qui démarrent en facturation individuelle des prestations de soins hospitaliers aux caisses d'assurance maladie obligatoire, ainsi que le périmètre de facturation concerné par la facturation individuelle pour chacun de ces établissements de santé

⁶ Rapport d'activité 2017 des hôpitaux de Saint-Maurice

facturation de 12 mois sur un pôle, exhaustivité questionnable sur plusieurs pôles). Par ailleurs, les différents retards de facturation avaient amoindri la prévisibilité de recettes. La directrice générale du GHT, Mme Nathalie Peynègre, m'a chargé de mener à bien cet audit global.

Après avoir réalisé cet audit et effectué les premières préconisations, j'ai approfondi le périmètre du sujet et les enjeux en m'intéressant aux évolutions systémiques de la chaîne AFR. Puis, j'ai contacté 220 établissements, disposant d'une direction des affaires financières joignable par mail sur le site de la FHF. Sur les 220 établissements contactés, 63 ont accepté de répondre à ce questionnaire national.

Par ailleurs, mon expérience menée en cabinet de conseil m'avait permis de mener deux audits de la chaîne de facturation dans deux CH d'un budget compris entre 50 et 70 millions d'euros (un nordiste et un vendéen) ainsi que dans une clinique normande spécialisée assez importante.

La démarche a donc consisté à déployer une méthodologie connue sur mon terrain de stage pour optimiser la chaîne AFR locale, puis à essayer d'en tirer des éléments reproductibles dans d'autres CH. En termes de périmètre, il est important de préciser que ce mémoire ne peut et n'a pas pour objectif de répondre à l'ensemble des questions qui entourent la chaîne AFR, notamment celle du rapprochement entre secrétariats médicaux et bureaux des entrées ou services des admissions dans le cadre d'un « guichet unique », qui constituerait un sujet d'interrogation en soi. Par ailleurs, le mémoire est davantage orienté vers l'optimisation de l'encaissement des ACE en raison du biais originel de mon terrain de stage comprenant une forte dominante psychiatrique en hospitalisation (financement en dotation) et un fonctionnement satisfaisant de l'encaissement des hospitalisations en maternité (y compris les patients payants).

La méthodologie de l'étude est déployée en trois temps :

I Tout d'abord, l'audit procède à une enquête de terrain pour interroger le modèle local et historique de la chaîne AFR aux HSM. L'audit identifie des moyens à court et moyen terme de remédier aux dysfonctionnements observés et détaille les premiers résultats obtenus dans le laps de temps relativement court du stage en responsabilité (huit mois)

II Dans un deuxième temps, ce mémoire questionne l'efficacité des processus des services des admissions dans les hôpitaux publics face à un modèle digital émergent et les résistances qui s'expriment pour le préserver, puis réinterroge la nature du service rendu par les admissions afin de démontrer que l'automatisation de micro-activités du processus est compatible avec un service personnalisé, mettant en oeuvre une digitalisation poussée axée autour du service rendu au patient, compatible avec une main d'oeuvre rationalisée, aux compétences renforcées.

III Dans un troisième temps, il s'agit d'analyser les transformations à l'oeuvre dans les autres hôpitaux publics. Pour ce faire, j'ai réalisé un **parangonnage** de 63 établissements publics de santé à l'aide d'un questionnaire envoyé aux DAF et aux responsables des services des admissions, complété par huit entretiens semi-directifs de DAF et plusieurs séjours en immersion dans des hôpitaux performants. Ce parangonnage a permis de faire émerger des principes d'action communs - validés par des résultats effectifs - afin de concilier numérisation et industrialisation des processus de la chaîne AFR, personnalisation des formations et professionnalisation des recrutements, en esquisant une méthodologie pour mettre en place une telle organisation.

1 **<L'audit réalisé aux hôpitaux de Saint-Maurice de la chaîne AFR a mis en évidence des actions correctives efficaces à court et moyen terme permettant d'améliorer l'exhaustivité, la fiabilité, la rapidité et la productivité >**

1.1 La chaîne AFR des HSM est caractérisée par sa lenteur, un taux de rejet élevé et une productivité perfectible

1.1.1. Placée dans un contexte social sensible, la chaîne AFR aux HSM est organisée suivant un modèle historique qui a évolué avec la mise en place de la FIDES (facturation individuelle des établissements de santé)

a) La FIDES a transformé le fonctionnement de la chaîne AFR

Les règles de la facturation hospitalière ont grandement évolué avec l'introduction de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES) en passant d'une valorisation mensuelle de l'activité à une facturation au fil de l'eau vers les caisses d'Assurance maladie obligatoire, a conduit les établissements à réviser leurs processus, adapter leurs organisations pour prendre en compte les nouvelles activités. Les recettes et la trésorerie reposent sur leur capacité à produire des factures de qualité auprès des différents débiteurs et à recouvrer les montants dans les meilleurs délais possible. Les éventuels dysfonctionnements peuvent se révéler lourds de conséquences sur la trésorerie de l'établissement.

L'annexe de l'arrêté du 29 mars 2017 précise que la FIDES concerne les prestations de soins hospitaliers suivantes : 1/ Les actes et consultations externes (uniquement MCO) visés à l'article L.162-26 du code de la sécurité sociale, y compris les forfaits techniques d'imagerie (scanners, IRM, pet scans) ; 2/ La rétrocession de médicaments ; 3/ La facturation de la CMUC et des prestations aux migrants bénéficiant de conventions internationales ; 4/ Pour les patients bénéficiaires de l'AME : les consultations et actes externes, les forfaits ATU, FFM, SE et APE et les forfaits IVG ».

Ne sont pas inclus dans le périmètre de FIDES : 1/ Les actes et consultations externes réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein ; 2/ Les forfaits ATU, FFM, SE et APE qui continuent d'être valorisés via les arrêtés de versement pour les assurés sociaux ; 3/ Les consultations ou actes associés aux forfaits mentionnés aux 2°, 4°, 5° et 6° de l'article R. 162-32 du code de la sécurité sociale (ATU, FFM, SE et APE).

Les règles de facturation sont énoncées dans le décret du 31 décembre 2014⁷ relatif à la FIDES. Les établissements facturent les ACE à un rythme infra-hebdomadaire, en fonction de leur activité, afin de rechercher le meilleur équilibre entre charge de travail et gain de trésorerie. La CPU reçoit les factures sous forme dématérialisée, puis dispose de quatre jours pour les traiter. Elle les transmet ensuite à chaque CGE (caisse gestionnaire) pour ses propres assurés. La CGE procède dans un délai de huit jours ouvrés à la liquidation ou au rejet des factures reçues.

Aux HSM, le rythme de facturation est hebdomadaire, l'envoi se faisant chaque lundi après-midi. La période facturée est toujours antérieure à la semaine précédant le jour de facturation. Ce délai de sept jours doit permettre le déversement des actes de laboratoire dans les dossiers de consultation et la vérification de l'exhaustivité des actes par les services de soins. A cet effet, une requête du logiciel de gestion administrative des malades (GAM) Hexagone⁸ leur est adressée chaque lundi matin.

Pour pallier l'incapacité des CGE à traiter les flux FIDES dans les temps, la CPU verse aux établissements une avance mensuelle de trésorerie calculée pour chaque mois calendaire sur la base des factures émises par l'établissement. Ce dispositif d'avance théorique a pour objectif de ne pas faire supporter aux établissements d'éventuelles fluctuations des délais de liquidation des caisses AMO et des soucis de trésorerie. Il est important de connaître très précisément les règles appliquées pour le calcul de cette avance mensuelle afin de l'intégrer le plus justement possible au suivi budgétaire. En effet, du fait de son caractère théorique, il y a des risques de prendre en compte des recettes qui ne se réaliseront pas et ainsi d'aboutir à une appréciation faussée du résultat provisoire en prévoyant trop de recettes.

⁷ Décret n° 2014-1765 du 31 décembre 2014 relatif à la facturation individuelle des établissements de santé publics et privés mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale

⁸ Hexagone est un progiciel qui permet entre autre la gestion administrative des patients (identification, facturation...) et la gestion économique, de suivi budgétaire et financier (suivi des dépenses et des recettes, EPRD, suivi financier, mandatements...).

La chaîne AFR aux HSM a connu un grand bouleversement avec l'introduction de la FIDES pour les ACE. Tout d'abord en termes de calendrier. Le temps de traitement des rejets est désormais limité à un an à compter de la date de l'acte de soin. Au-delà, il y a forclusion. Puis en termes de volume : le nombre de factures annuelles a triplé quand le nombre de factures au mois de décembre a été décuplé.⁹

b) Des admissions basées sur un modèle historique des admissions et éclatées sur trois sites distincts

Le service des admissions dispose de 23 agents (22 femmes et 1 homme) affectés aux admissions, représentant 21,6 ETP en juin 2018. On recense parmi eux : 19 agents administratifs, 3 adjoints des cadres et 1 attachée.

Le circuit d'admission est organisé de la façon suivante :

❖ Etape 1 : Accueil du patient

- ❑ 3 points d'entrées : préadmission (présentation du courrier à l'accueil du service concerné) en dialyse / admission pour les consultations externes (guichet) / admission directe au service (consultation non programmée ou urgence). L'accueil et la prise en charge des soins non programmés en maternité sont réalisés directement par le service de soin qui récupère les documents administratifs puis les transfère au service admission.

❖ Etape 2 : Identification du patient (sur le logiciel de GAM Hexagone de la suite Agfa). Recherche du patient ou création si inexistant (recherche sur la base de la date de naissance, du nom et du prénom) sur la base des documents fournis (pièce d'identité, carte vitale, etc..). Création/Mise à jour des données : état civil, adresse, prise en charge

❖ Etape 3 : Enregistrement de consultation ou de la venue (Hexagone) Edition de 5 étiquettes (2 pour les ambulanciers si besoin, 3 pour les services).

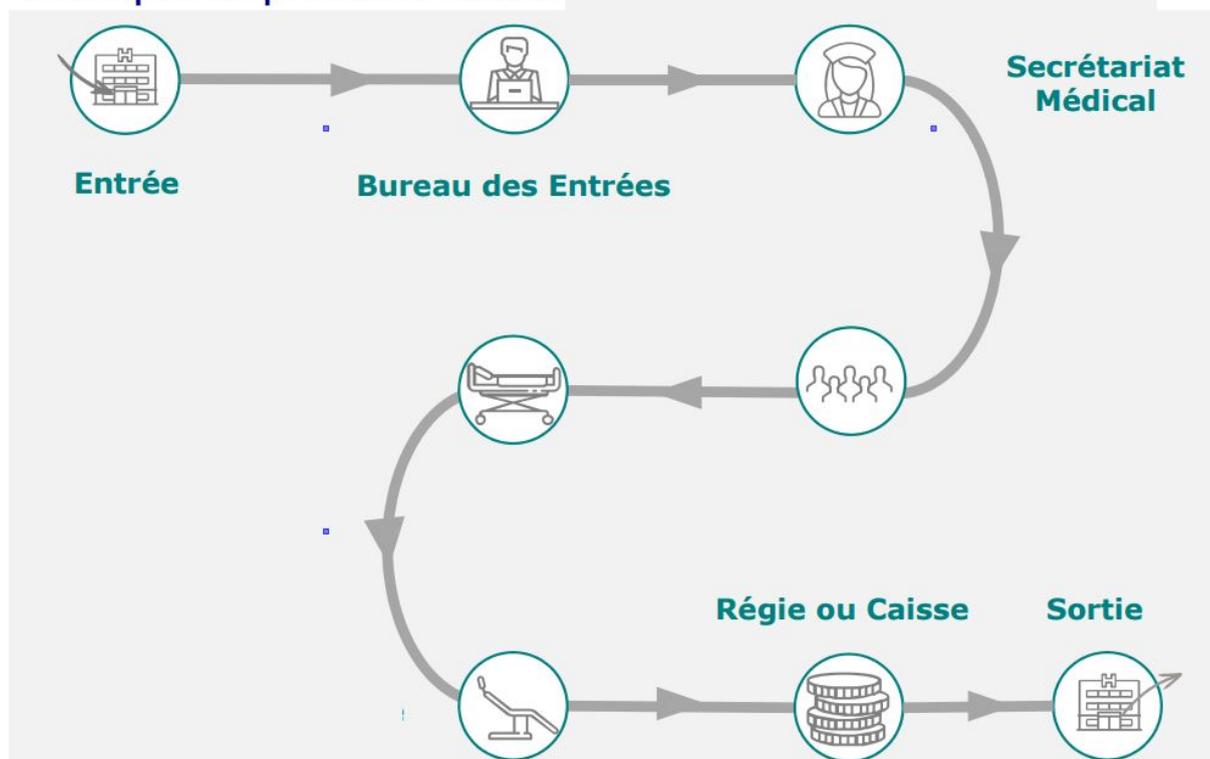
L'organisation du circuit des admissions est éclatée sur trois sites : le service de soins de suite et de réadaptation, le pôle femme-enfant et les admissions

⁹ Entretien avec Mme Lea, trésorière principale des HSM le 26/01/2018

psychiatriques. Le circuit du patient ne facilite pas l'encaissement sur place, qui est très faible.

Le parcours patient pourrait être modélisé de la façon suivante, suivant le descriptif historique de SIMPHONIE.¹⁰

Exemple de parcours actuel



Avant de clore ce descriptif, il convient également de souligner deux éléments plus modernes. Le pôle de l'insuffisance rénale chronique réalise majoritairement des pré-admissions.¹¹ Par ailleurs, au pôle maternité, plus de 70 % des prises de rendez-vous des ACE sont effectuées via un prestataire externe (Doctolib).¹² Ainsi, le pôle Femme-Enfant a été pionnier dans le développement des services de Doctolib en Ile-de-France.

c) Un service des admissions marqué un contexte conflictuel, entraînant des retards de facturation et un manque de prévisibilité budgétaire, rendant d'autant plus nécessaire un audit afin d'en objectiver le fonctionnement

¹⁰ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_simphonie_grhp_28_221217.pdf

¹¹ Entretien réalisé avec le chef de pôle de l'ITRC en février 2018.

¹² Entretien réalisé avec le chef de pôle Femme-Enfant en février 2018

A mon arrivée en janvier 2018, le service des admissions n'avait plus d'attachée depuis 6 mois. Et une nouvelle directrice des affaires financières prenait ses fonctions. Les premières prises de contact à l'intérieur du service permettaient assez rapidement de mettre en évidence les conflits existants (grèves, altercations verbales et physiques, avec parfois des situations d'épuisement professionnel) qui ont marqué le service au cours des deux dernières années.

Les conséquences pour le fonctionnement étaient notables. La communication était dégradée entre certains services des soins et les admissions, puisque certains chefs de pôle n'échangeaient plus avec les employés des services des admissions. Par ailleurs, les données sociales n'étaient pas optimales : le turn-over était important (supérieur à 15 % par an) alors que le taux d'absentéisme significatif était supérieur à la moyenne de l'établissement.

Cette conflictualité a culminé lors d'un épisode qui a opposé différentes antennes de ce service en relation avec un des pôles (volontairement non cité dans l'étude), qui aboutit à une absence de codage des ACE pendant 7 mois entraînant un retard de facturation de plus de douze mois, qui a causé des problèmes de prévisibilité d'encaissement des recettes à l'automne 2017¹³. Le recours à un prestataire externe (un cabinet spécialisé dans la facturation) s'avéra décevant, avec un taux de NPAI supérieur à 30 % et une non-exhaustivité des soins codés.

Ce contexte social et organisationnel sensible rendait d'autant plus nécessaire une approche neutre, étayée et proche des agents, qui devait permettre d'objectiver la situation pour éviter les accusations péremptoires et les conceptions hâtives.

L'éclairage de la sociologie des organisations est à cet égard intéressant. Le sociologue Michel Crozier met en lumière le **pouvoir de l'expert**, doté d'une maîtrise technique des sujets. Cet expert, en l'absence de moyens d'objectivation, peut avoir la tentation de créer des "**zones d'incertitude**", renforçant son pouvoir. ¹⁴ Toute organisation comprend en son sein des acteurs autonomes, dotés de leur propre logique, qui peuvent faire obstacle à la volonté de changement en détournant à leurs fins les réformes pour les annihiler en jouant sur ces "zones d'incertitude" afin d'asseoir leur pouvoir.

¹³ Entretien avec Séverine Huguenard, directrice des affaires financières des HSM en février 2018.

¹⁴ La société bloquée, Michel Crozier

L'un des seuls moyens d'éviter de tels détournements est de réduire les zones d'incertitudes en accroissant la compréhension technique des enjeux et en associant les experts aux différentes étapes du changement : diagnostic, mise en place des actions et évaluation.

1.1.2. Le choix d'une méthode de diagnostic associant les approches complémentaires de l'ANAP, de Simphonie, de Veltys (ARS) et de Mazars Santé

a) L'approche de l'ANAP permet d'initier un diagnostic comparatif

L'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance met à disposition des acteurs de la chaîne AFR plusieurs outils diagnostics. Le plus emblématiques étant le kit pratique ¹⁵ et la diagnostic de maturation de la chaîne AFR¹⁶. Ces deux outils permettent d'effectuer un diagnostic en première approche.

Ainsi le kit pratique regroupe 16 fiches-actions regroupées en cinq thèmes : 1/ fiabiliser le recueil de l'activité administrative ; 2/ maîtriser l'exhaustivité et la qualité des données; 3/ sécuriser la facturation et le recouvrement ; 4 / fiabiliser le système d'information ; 5/ accompagner les acteurs au changement. Il permet de comparer les fiches-action aux mesures en vigueur dans l'hôpital. Et ainsi de situer l'état des pratiques par rapport aux recommandations. Au vu de ce kit, les procédures de la chaîne AFR des HSM apparaissent assez peu formalisées et incomplètes. La maturité de la chaîne est donc perfectible.

b) L'approche par les processus employée lors d'audits précédents au cabinet Mazars en immersion au plus près du fonctionnement des agents

Lors des précédents audits, que j'avais pu effectuer dans deux centres hospitaliers et une clinique pour le compte de Mazars Santé, la méthodologie consistait à analyser les processus en effectuant des observations assez longues in situ suivant la méthodologie suivante :

¹⁵<http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/kit-pratique-pour-loptimisation-du-recueil-des-donnees-et-de-la-facturation-hospitaliere/>

¹⁶

<http://www.anap.fr/ressources/outils/detail/actualites/diagnostic-de-maturite-de-la-chaine-accueil-facturation-recouvrement-afr/>

● **Phase 1 : Analyser l'existant** afin de dresser un diagnostic du processus actuel et d'identifier les forces et faiblesses, permettant de mettre en oeuvre des actions d'amélioration.

- **Observer les tâches réalisées** par les différents services et des modes de coordination.
- **Analyser les outils et les procédures** pour permettre une plus grande fiabilité et une meilleure productivité.
- **Réaliser des entretiens individuels** pour permettre la confidentialité des témoignages plus approfondis.
- **Réaliser des entretiens collectifs** pour améliorer l'analyse des modes opératoires et mettre en place des actions d'amélioration.

● **Phase 2 : Cartographier les dysfonctionnements** et identification des actions.

● **Phase 3 : Définir les enjeux et les efforts** pour chaque action identifiée et priorisée.

● **Phase 4 : Bâtir les grands axes** de la feuille de route de la restructuration de la chaîne de facturation devant permettre d'identifier les actions, jalons et responsables associés à la mise en oeuvre du fonctionnement cible, avec les actions correctives orchestrées suivant un échéancier clair.

● **Phase 5 : Anticiper et penser en profondeur les processus** structurels affectant la chaîne de facturation (dématérialisation, prise en charge des mutuelles, automatisation, expérimentation en cours de FIDES séjours).

c) L'approche "data-driven" du CH de Saint-Denis (Veltys/ORFEH/ARS) a apporté des éléments décisifs dans la compréhension du non-recouvrement, complémentaires de l'approche du Trésor Public

Enfin, la dernière approche a été initiée au CH de Saint-Denis avant d'essaimer en Ile-de-France après les succès enregistrés à l'hôpital Delafontaine. Le CH de Saint-Denis était inscrit dans un bassin de population extrêmement précaire et souhaitait valoriser les résultats obtenus de la chaîne AFR non pas de manière absolue mais également de manière relative en mettant en exergue les déterminants du recouvrement en fonction des caractéristiques fines de la patientèle. Avec un

double objectif : revaloriser la part des MIGAC précarité dévolue au CH de Saint-Denis, améliorer le recouvrement, car les RAR annuels s'élevaient à plus de 2 millions d'euros annuels en 2012 et 2013.

En 2016, la direction des affaires financières du CH de Saint-Denis, menée par Guillaume Chesnel, a réalisé une étude importante dans la compréhension des déterminants du non-recouvrement. L'étude s'est attachée à analyser ces déterminants avec des outils économétriques en croisant les données individuelles des patients, comme le niveau de couverture, l'âge, le montant de la facture...¹⁷. Les enjeux étaient importants. Ainsi, sur les 2,9 millions d'euros facturés aux patients du CH de Saint-Denis, pour les titres échelonnés entre 50€ et 500€, près de 80% n'étaient pas recouverts.¹⁸

L'étude très détaillée du CH de Saint-Denis et ses développements lors du déploiement dans plusieurs centres hospitaliers d'Île-de-France pourrait être résumée de la façon suivante. Les études économétriques du cabinet Orfeh aboutissent à une approche de Pareto¹⁹, où 20 % des patients sont à l'origine de 80 % des RAR.

De fait, 20% de la patientèle sont sujets à des parcours complexes occasionnant des parcours médico-administratifs compliqués et des recouvrement erratiques. A l'inverse, la grande majorité des flux de patients peut être organisée dans des parcours programmés et occasionner des recouvrements sécurisés par un processus AFR standard et structuré.

Lors de l'enquête ORFEH en Île-de-France, quatre catégories de patientèles étaient jugées à risques : les 100 % payants (sans droits sociaux), les précaires CMU/ACS, les étrangers AME/soins urgents; les patients entrés par les urgences avec des données d'identification absentes ou incomplètes. A titre d'exemple, les patients 100% payants représentaient 4% des venues, dont 51% généraient des RAR. Autre exemple, lorsque les données étaient incomplètes pour les entrées par les urgences, ces venues généraient à 72% des RAR.²⁰

¹⁷ Hôpital 2.0. Pour une gestion hospitalière data-driven, Chesnel Guillaume, Gestions hospitalières, juin 2017.

¹⁸ "Le CH met en place une étude généralisable pour la cartographie de la précarité et du non-recouvrement", Entre Nous, magazine du centre hospitalier de Saint-Denis, 13 mars 2016

¹⁹ Ecrits sur la courbe de répartition de la richesse, Vilfredo Pareto

²⁰ Entretien avec Camille Dumas, DAF des HCL, septembre 2018.

Ainsi, l'étude a également montré que les factures étaient majoritairement réglées à réception de la facture (1 mois après le passage du patient au Centre hospitalier). Les sommes à payer continuaient ensuite d'être recouvrées à 3 et 5 mois ; ce qui correspond aux délais de relance et d'avis de poursuite fixés par le CHSD. En revanche, les taux s'effondraient par la suite. Ainsi, après 2 ans, seulement 4% des factures avaient une chance d'être réglées.²¹

En bref, l'approche économétrique du cabinet ORFEH permet de déterminer les facteurs de non recouvrement en corrélant un type de patientèle ou de mode d'entrée à un non-recouvrement, expliquant clairement pourquoi il était important de se concentrer sur les patientèles à risque et pourquoi il fallait anticiper au maximum l'encaissement, comme le préconise également SIMPHONIE.

1.1.3. Le diagnostic combiné appliqué aux HSM fait apparaître une chaîne de facturation lente, au taux de rejet élevé et sans pilotage de la qualité

a) Les principaux indicateurs de performance de la chaîne AFR

i) Un taux de recouvrement qui s'élève à 87 % en décembre 2017

Concernant les HSM, le taux de recouvrement était auparavant donné par le Trésor Public dans un rapport non obligatoire accompagnant le compte financier. A présent, ce rapport n'existe plus et les données de recouvrement sont transmises lors d'entretiens assez réguliers avec la trésorière principale. L'indicateur de recouvrement n'est pas unifié entre les différentes trésoreries hospitalières. Il peut mentionner le taux de factures recouvrées (en volume) ou le taux de factures recouvrées en montant (en valeur). Le taux de recouvrement donné par la trésorerie s'élève à 87 % pour les HSM et concerne le nombre de titres recouverts.²² Précisons que, contrairement à la méthodologie ORFEH existant par exemple à Saint-Denis, nous n'avons pas de visibilité sur l'ensemble de la chaîne AFR avec intégration des éléments d'Hélios pour vérifier le recouvrement par dossier.²³

Par ailleurs, il est important de comprendre que les conséquences financières pour l'hôpital ne devraient pas inclure simplement le taux de non-recouvrement mais également les coûts indirects générés par les rejets dans les EPS, notamment le

²¹ Le CH met en place une étude généralisable pour la cartographie de la précarité et du non-recouvrement", Entre Nous, magazine du centre hospitalier de Saint-Denis, 13 mars 2016.

²² Entretien avec la trésorière principale des HSM, janvier 2018.

²³ Entretiens avec Mourad Attar, responsable des admissions ACE à l'hôpital Delafontaine de Saint-Denis, mai, juin et juillet 2018.

coût en ETP du traitement des rejets lors des échanges avec la TP lorsqu'il y a une nouvelle présentation du titre ainsi que les recherches effectuées pour faciliter le recouvrement pour des dossiers les plus conséquents lorsque les données d'identification ou d'adresse sont incomplètes ou erronées.²⁴

Du côté de la TP, les moyens de recouvrement sont limités. Ainsi, la saisie sur salaire n'est possible qu'à partir d'un montant de 30 euros alors que la saisie sur compte bancaire n'est possible qu'à partir d'un montant de 130 euros. Or, les créances contentieuses relèvent le plus souvent de patients qui n'ont pas de salaires. De plus, 7 à 8% des patients déménagent chaque année, compliquant d'autant le recouvrement.

Aux HSM, les créances patients et mutuelles étaient bâties de la façon suivante.²⁵

COMPTE FINANCIER 2017
RESTES À RECOUVRER AMIABLE ET CONTENTIEUX, AU 31 DÉCEMBRE, SUR HOSPITALISÉS ET CONSULTANTS

	Moins de 20,00 Euro	De 20,00 Euro à 100,00 Euro ¹	De 100,00 Euro ² à 1 000,00 Euro	Plus de 1 000,00 Euro	Total
	Montant Nombre de titres	Montant Nombre de titres	Montant Nombre de titres	Montant Nombre de titres	Montant Nombre de titres
Amiable	126 716,04 13809	91 575,40 2663	151 325,26 528	291 775,17 73	661 391,87 17073
Contentieux	7 271,67 724	33 726,98 756	160 361,21 524	226 570,20 56	427 930,06 2060
Total	133 987,71 14533	125 302,38 3419	311 686,47 1052	518 345,37 129	1 089 321,93 19133

Au vu des créances amiables et contentieuses existantes, en tenant compte des moyens à la disposition de la Trésorerie Principale, les possibilités de recouvrement sont très limitées, hors bonne volonté des patients, pour près de 259 000 euros de créances. Ces constats confirment les préconisations de SIMPHONIE enjoignant les établissements hospitaliers à recouvrer le plus rapidement possible.

Les éléments de coût de traitement du recouvrement sont également à prendre en compte. Ainsi, en dehors de toute considération de possibilité de recouvrement, la trésorière principale des HSM estime qu'il n'est pas rentable d'entamer le

²⁴ Consultations externes, la danseuse de l'hôpital ? Claude Boyer, Marine Fraisse, Valérie Vicente, Revue hospitalière de France, septembre-octobre 2011,

²⁵ Comptes financiers 2017 des HSM

recouvrement des créances inférieures à 10 euros, car le coût de recouvrement est supérieur au montant potentiellement recouvrable.²⁶ D'autant que l'augmentation du nombre de titres (triplement du nombre de documents) embolise la chaîne de recouvrement à la trésorerie.

Ces éléments sont confirmés par l'inspecteur divisionnaire Patrick Coignet, agent comptable au CHU de Nice²⁷, qui estime que le coût de recouvrement total (prenant en compte les éléments matériels et le coût de traitement humain) d'une facture est situé entre 10 et 15 euros.

ii) Un taux de rejet B2 deux fois supérieur à la moyenne nationale

Comme le montre le récapitulatif de qualité des flux²⁸ envoyé par la CPAM du Val-de-Marne, la chaîne AFR des HSM se caractérise par un taux de rejet qui est compris entre 4,56 et 8,38%, avec une moyenne annuelle à 6,95%. Le taux cible étant fixé à 3% par l'ARS. Par ailleurs, la moyenne nationale du taux de rejet sur le flux B2 s'élève à 3,5 % à la fin 2017 selon le responsable du programme Simphonie, Gilles Hebbrecht.²⁹

Les délais de facturation varient fortement suivant la période de l'année, avec de grands - début de l'été - voire très grands - fin de l'année - pics d'activité. Ce qui témoigne de phénomène d'embouteillage au moment des vacances et de la clôture. Ce qui peut avoir des conséquences en matière d'engorgement des personnels de la trésorerie.

iii) La durée de la chaîne de facturation des HSM se situe parmi les 20 % des CH de même catégorie les plus lents

<u>Créances patients et mutuelles non récupérées en jours d'exploitation (indice P 15 établi par Hospidiag)</u>			
	Région	Catégorie	Typologie

²⁶ Entretien avec la trésorière principale des HSM, janvier 2018.

²⁷ Entretien avec Patrick Coignet, agent comptable du CHU de Nice, septembre 2018.

²⁸ Profils des flux adressés par la CPAM 94, qui figurent aux annexes 4 et 5 du présent mémoire

²⁹ Entretien avec Gilles Hebbrecht, responsable du programme Simphonie en juillet 2018.

	Etablis- sement	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
<u>2013</u>	<u>205.4</u>	90.3	291.9	87.9	173.1	96.2	202.5
<u>2014</u>	<u>214.2</u>	92.4	283	91	176.1	95.1	205.6
<u>2015</u>	<u>204.6</u>	114.2	294.6	92	184.3	96.6	212.6
<u>2016</u>	<u>212.3</u>	109.2	275.4	91.3	189.4	96.3	222.9

L'indice P 15 issu de la base de données statistiques hospitalières Hospidiag³⁰ permet de comparer les créances mutuelles et hospitalisés de la chaîne de facturation des HSM aux autres hôpitaux. L'indicateur Hospidiag P 15 est conçu de façon à mettre en évidence un éventuel manque à gagner pour l'établissement résultant d'une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. Le tableau précédent mesure la performance de l'établissement, qui se dégrade de 2015 à 2016 et se maintient au delà du 8ème décile lorsque l'on compare les HSM aux établissements de même catégorie. Ce qui milite pour que l'établissement fasse de cet indice un point de vigilance.

iv) Une exhaustivité questionnable et une productivité perfectible

La productivité des agents des admissions est très hétérogène suivant les observations réalisées durant la mission in situ. Ainsi, certaines agentes des admissions en hospitalisation (du même sous-service volontairement non cité) traitent deux à trois dossiers par jour alors que d'autres en traitent une vingtaine. Par ailleurs, en consultation, dans un autre sous-service, quatre agents sur service traitent ensemble 140 dossiers hebdomadaires quand des agents au CH de Saint-Denis ou aux Quinze-Vingt peuvent traiter de tels volumes quotidiennement en ACE de MCO.³¹ En dépit des éléments de contexte propres aux HSM, notamment les difficultés réelles existant pour les admissions en psychiatrie, les éléments de

³⁰http://hospidiag.atih.sante.fr/cgi-bin/broker?_service=hospidiag&_program=hd.hospidiag.sas&_debug=0&_sessionid=/hRb84vT9t3&_port=5199&finess=940016819&ind=F11_D&anfocus=2017&tab=2

³¹ Entretiens avec Mourad Attar, responsable des ACE au CH Delafontaine de Saint-Denis en mai, juin, juillet 2018 et avec Souad Sakif, attachée des admissions des HSM, avril, mai, juin 2018.

comparaison à l'intérieur des sous-services et à l'extérieur de l'hôpital laissent entrevoir des gisements de productivité.

L'exhaustivité des actes recensés est également perfectible. Ainsi, à la date de réalisation de l'étude, les actes de laboratoire (notamment les prélèvements pour le pôle Femme-Enfant) étaient facturés aux HSM par le laboratoire partenaire mais pas refacturés aux parturientes.

b) Les dysfonctionnements relevés par processus

Suivant la méthodologie prônée par le cabinet Mazars Santé, les processus médico-administratifs ont été analysés en comparant les processus théoriques et les processus réels, en écoutant les différents acteurs et étant à leurs coté sur un temps relativement long (demi-journée ou journée par poste observé) pour analyser finement leurs pratiques. Plus de trente faiblesses ont été identifiées à l'issue du diagnostic porté sur la chaîne AFR. Elle sont détaillées dans les annexes 7 et 8 pour ne pas alourdir la présentation principale.

La synthèse de ces axes d'amélioration, analysées en détail dans les annexes pourrait s'effectuer de la manière suivante en dix points :

1) Absence de pilotage - notamment qualité - de la chaîne de facturation. Il n'existe pas de tableau de bord pour cette chaîne. Et donc pas pas d'indicateurs permettant d'estimer la qualité (notamment avec le taux d'annulation/réémission), la rapidité et la productivité. Il n'y a pas non plus de suivi régulier de la la base facturable et de la base facturée suivant les consultations et hospitalisations réalisées mais des comparaisons effectuées par rapport aux montants encaissés le même mois de l'année passée.

2) Lenteur du flux de la chaîne de facturation : long délai de facturation, y compris pour des dossiers à fort montant.

3) Non exhaustivité de la chaîne de facturation : actes (dont prélèvements) non saisis, dossiers non facturés, molécules non entièrement tracées.

4) Décorrélation importante entre le processus de facturation et celui de l'information médicale. Ainsi, il existe un delta de 8453 actes entre Orbis (saisie des données cliniques) et Hexagone (saisie des données administratives)³².

³² Entretiens avec le DIM des HSM, janvier et février 2018.

5) **Sous-valorisation des frais de séjours et des consultations.** Il existe des déperditions pour les chambres particulières, tandis que les consultations complexes sont sous-utilisées et les critères de majoration parfois non remplis.³³

6) **Absence de politique d'amélioration continue.** Les formations sont assez rares et ne sont pas reliées aux erreurs individuelles des agents. Ce qui n'incite pas à améliorer de manière continue la qualité.

7) **Mauvaises communication et articulation entre parties prenantes avec une conflictualité résiduelle au sein du service des admissions**

La facturation est le réceptacle de tous les manques de communication. Cela peut occasionner des problèmes de positionnement entre les différents maillons de la chaîne. Cela peut être problématique notamment lors des changements de nomenclature.

8) **Tâches chronophages et/ou sans valeur ajoutée**

Des saisies en double sont effectuées en parallèle du logiciel de gestion administrative des patients dans des tableaux Excel, avec de forts coûts en ETP (a minima un pour le pôle ITRC), créant également des possibilités d'erreurs.

9) **Faible encaissement sur place.** Ce manque est essentiellement dû à l'absence de solution numérique de prépaiement et à la suppression des régies.

10) **Une productivité hétérogène et parfois faible,** voire très faible, comme nous l'avons détaillée précédemment.

1.2 Les axes d'optimisation préconisés et mis en place aux HSM

1.2.1 Les principales actions visant à améliorer la fiabilité, la rapidité, l'exhaustivité et la productivité de la chaîne AFR des HSM mises en place

a) Les actions recommandées issues du diagnostic de la chaîne AFR

Pour remédier à ces dysfonctionnements, une trentaine d'actions correctives a été déterminée, dont voici les dix principales.

1) Créer/raviver des procédures formalisées pour mieux recueillir et compléter les données administratives

³³ Observation in situ lors du processus de saisie des prestations complémentaires du séjour.

- 2) **Instaurer un contrôle qualité de la facturation** (exhaustivité, fiabilité, rapidité, productivité) avec la création d'un tableau de pilotage de la chaîne. Hebdomadaire.
- 3) **Valoriser le rôle des admissions, communiquer sur les enjeux de la performance** de la chaîne facturation.
- 4) **Favoriser la domiciliation pour diminuer les RAR. Approfondissement d'une stratégie concertée avec la TP.**
- 5) **Continuer la concertation avec la CPAM 94** pour évaluer les taux et délais de recouvrement des créances actuelles (dont RI 2017) et passées.
- 6) **Institutionnaliser des temps d'échanges** sur l'analyse du fonctionnement et du positionnement du circuit de facturation. Réunions DAF-DSI-DIM; DAF, DIM, soins.
- 7) **Mettre en place des actions de formation ciblées en relation avec les actions correctives établies** dans une perspective d'amélioration permanente pour devenir une organisation apprenante³⁴³⁵.
- 8) **Mettre en place des échéanciers clairs (J+8, J+ 15) pour les dossiers identifiés comme à risques** (dont AME) en impliquant tous les acteurs (dont AS).
- 9) **Accompagner l'évolution des métiers et anticiper les changements structurels à venir** (automatisation, dématérialisation et FIDES Séjours)
- 10) **Instaurer des incitations et des vérifications renforcées pour les chambres particulières et les consultations complexes (Maternité et SSR)**

b) Les actions inspirées des recommandations du programme SIMPHONIE

Le diagnostic du programme SIMPHONIE est global et basé sur des constatations multiples dans les centres hospitaliers. Il est basé sur quatre axes:

- **L'amélioration du pilotage** de la chaîne AFR
- La **nécessité d'augmenter le taux d'encaissement** quand le patient est encore dans l'enceinte de l'hôpital
- **L'anticipation et l'accompagnement des changements de métiers** via l'automatisation des tâches basiques et le "do-it-yourself" proposé aux patients

³⁴ ↑ Chris Argyris et Donald A. Schön, L'apprentissage organisationnel, théorie, méthode et pratique [« Organizational Learning: A Theory of Action Perspective »], 1978 — Éditeur original : Addison-Wesley, Reading, MA

³⁵ ↑ Peter Senge, La Cinquième discipline, l'art et la manière des organisations qui apprennent [« The 5th discipline, the art and practice of Learning Organization »], First Editions, 1990

- La numérisation des parcours patients

Par ailleurs, le programme SIMPHONIE de la DGOS prône l'adoption de trois solutions numériques visant à anticiper et fiabiliser les paiements (DIAPASON, bornes d'admissions), la dématérialisation des flux pour les Remboursements d'Organismes Complémentaires (ROC), l'automatisation de la reconnaissance des droits lors de la constitution des droits (CDR-i). Tandis que la généralisation de l'outil de consultation des droits intégrés (CDRI), qui permet de consulter en ligne les droits ouverts aux patients lors de leur venue à l'hôpital, devrait être achevée d'ici fin 2018, celle du pilotage de la facturation devrait l'être à la fin 2019. La généralisation de Diapason devrait commencer à compter de septembre 2018, celle du ROC à partir du deuxième trimestre 2019.

CDR-i est donc la solution numérique la plus mûre. Elle présente également un retour sur investissement très rapide. A titre d'exemple, le CH de Saint-Denis a réalisé 50 000 euros de recouvrement additionnel annuels sur les ACE grâce à CDR-i. « *Aujourd'hui, nous sommes passés sous le seuil de 1,5 %, c'est-à-dire que nous sommes passés de 800 rejets mensuels environ à 200* », précise Mourad Attar

³⁶

Le responsable du programme SIMPHONIE³⁷ estime que la solution numérique CDR-i permet de faire chuter d'un tiers les rejets sur le flux B2 et estime que l'ensemble des solutions numériques et de formation du programme permettrait d'atteindre une moyenne de rejet du flux B2 s'élevant à 2%.

c) La hiérarchisation des actions mises en place suivant une matrice BCG coûts - bénéfiques : actions faciles / prioritaires / dilemmes / à éviter

Pour hiérarchiser les actions et éviter tout inventaire à la Prévert, il a été décidé d'agir suivant une méthodologie chiffrant l'effort et le gain attendus pour déterminer quatre types d'actions suivant leur place dans le cadran de la matrice BCG : faciles (faibles gains, mais supérieurs à des coûts très faibles), prioritaires (gains importants et faibles coûts), dilemmes (forts gains, coûts élevés), à éviter (coûts supérieurs aux gains). L'ensemble de ces actions et la matrice BCG sont présentés en annexe.

³⁶ Vers une reconnaissance automatisée des droits, DSIH, avril 2017.

³⁷ Entretien avec Gilles Hebbrecht, juillet 2018.

1.2.2 La validation en instances, la communication et la mise en place dans les services des actions prioritaires

a) La stratégie de communication : valorisation du service et démarche inclusive

Les observations in situ ont permis de mettre en évidence un sentiment de moindre reconnaissance du service des admissions largement partagé parmi les agents et également ressenti au niveau des cadres de proximité. Par ailleurs, il existe aussi des points de satisfaction, comme la numérisation du dossier d'admission dans la check-list numérique. Toutes les difficultés ont été présentées sous un angle résolument volontariste. A titre d'exemple, l'expression "axe d'amélioration" a été préférée au mot dysfonctionnement. Par ailleurs, les initiatives des agents et les propositions des agents ont été incluses et l'ensemble des recommandations a été présenté comme étant encore amendable.

Sous la responsabilité de la directrice des affaires financières, guidés par la directrice générale, nous avons pu présenter l'audit du service des admissions³⁸ sous un angle volontariste en trois temps : introduction par la directrice générale rappelant les écueils passés, les difficultés rencontrées et les analyses de l'audit comme autant d'opportunités; analyse des enjeux financiers par la directrice des affaires financières et présentation de la future attachée, puis analyse des processus et des organisations par mes soins avec des propositions d'actions correctives. La séance fut constructive, riche en interactions sans élément critique ou agressif. Puis l'audit a été présenté aux différentes instances (directoire, conseil de surveillance, CME).

b) Les premiers résultats enregistrés à l'issue de la mise en place des actions préconisées

L'ensemble des actions correctives à court terme et à moyen terme validées à l'issue de l'audit devra être terminé à un horizon de dix-huit à vingt-quatre mois. Or le stage

³⁸ Présentation de l'audit des admissions devant tous les membres des admissions le 9 mars 2018, après introduction de la directrice générale et de la directrice des affaires financières.

long ne s'étendant que sur huit mois, dont quatre après la mise en place de l'audit. Le premier bilan esquissé ci-dessous ne sera donc que partiel et comprend également des actions en cours. Les principales actions mises en place qui ont pu produire des résultats sont détaillées ci-dessous

i) La mise en place d'une polyvalence partielle a contribué à la baisse du taux de rejet

Auparavant, l'organisation était très spécialisée et très sectorisée. A son arrivée début mai, l'attachée des admissions a pu introduire une polyvalence partielle permettant à chaque agent de traiter ses rejets. Cette polyvalence partielle a amélioré la connaissance des différents aspects de la chaîne de facturation.

Le **taux de rejet** des mois de juillet et août 2018 s'approche de 4 % en juillet et août, en baisse tendancielle par rapport à la moyenne de 6,95 % enregistrée sur 2017³⁹. L'exonération maternité a chuté fortement parmi les motifs de rejets, reflétant le travail de formation et d'amélioration entrepris auprès des personnels de facturation travaillant dans le pôle femme-enfant.

ii) Des indicateurs individuels de rejets par famille de rejet corrélés à des actions de formation ont contribué à la baisse du taux de rejet

Auparavant, il n'y avait pas d'indicateurs individuels de taux de rejets. Un travail conjoint a été mené avec la DSI pour établir une extraction des rejets avec les motifs de rejet et le dernier utilisateur à avoir modifié le dossier administratif.

Cela a permis de mettre en évidence que des agents commettaient plus particulièrement des erreurs spécifiques et répétitives. Ces indicateurs ont également facilité la polyvalence partielle et le traitement des rejets par l'ensemble des agents. Par ailleurs, les formations ciblées - portant notamment sur l'explication du guide des rejets - ont amélioré les compétences des facturiers.

iii) Une action déterminée pour réduire les RAR dûs à l'absence de domiciliation

³⁹ Profil des flux de la CPAM 94, présents en annexes 4 et 5.

Un effort tout particulier a été consacré à la domiciliation. En effet, lors de l'audit facturation, nous avons noté une hausse considérable du poste SDF passant de 400 000 euros en 2016 à 900 000 euros en 2017, avec autant de créances douteuses provisionnées. De plus, il était souvent mentionné dans le service des admissions, notamment en psychiatrie, qu'il n'était plus possible de domicilier ces SDF par le biais d'associations. Le périmètre de cette qualification de SDF paraissait variable, car elle n'était pas accompagnée d'un bilan social et évoluait suivant le gestionnaire qui prenait en charge le dossier.

Il était donc particulièrement intéressant de pouvoir apporter une solution en interne à cette problématique. Après avoir exploré ce que faisaient les autres hôpitaux, j'ai remarqué que les CH de Villeneuve-Saint-Georges) et de Saint-Denis effectuaient des domiciliations à l'hôpital, en vertu d'une autorisation de domiciliation. Je me suis Je me suis alors dirigé vers la Direction régionale et interdépartementale de l'hébergement et du logement, où Mme Cathy Coureur⁴⁰ a pu expliquer le mécanisme permettant de domicilier les patients à l'hôpital et le dispositif législatif en vigueur.⁴¹⁴²

L'impact financier serait considérable pour les HSM, puisqu'il s'élevait à 400 000 euros selon l'attachée des admissions qui en a évalué l'impact⁴³. En effet, pour les étrangers en situation irrégulière, il serait possible d'obtenir l'AME au bout de trois mois. Cette domiciliation permettrait également d'obtenir la PUMA au bout de trois mois pour les ressortissants européens. Le dossier envoyé à la DRHIL a été pré-validé par le service instructeur à la date où le mémoire était rédigé.

iv) La valorisation des consultations complexes

Les consultations complexes et très complexes entrées en vigueur en novembre 2017 n'avait pas encore été appliquée par les pôles. J'ai donc organisé des réunions avec les chefs de pôles, les cadres de santé et la directrice des soins pour en

⁴⁰ Entretien téléphonique réalisé en mai 2018

⁴¹ L252-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF) permet d'instruire l'AME de plein droit

⁴² L264-7 du CASF concerne notamment les demandeurs de soins

⁴³ Entretien réalisé avec l'attachée des admissions en juin 2018.

estimer la pertinence et préciser les modalités d'application. L'ensemble des mesures est détaillé en annexe 9. L'incidence est estimée à un peu moins de 50 000 euros.

v) La candidature à l'accompagnement SIMPHONIE pour rattraper le retard de déploiement des solutions numériques

Le dossier de candidature des HSM a été déposée fin juillet pour pouvoir bénéficier de l'accompagnement financier à l'application des solutions numériques SIMPHONIE promues par la DGOS. ⁴⁴ L'accompagnement financier repose sur des crédits d'aide à la contractualisation versés à l'établissement selon le barème forfaitaire national suivant: 15.000 € pour le programme ROC; 4.000 € pour le programme Diapason; 4 000 € pour le module de pilotage de la facturation ; 20.000 € pour la révision des modalités d'organisation relatives à la sécurisation des recettes. Le ministère précise qu'un même établissement peut être accompagné au titre de plusieurs projets. Les crédits *"pourront être délégués lors de la deuxième circulaire de la campagne budgétaire"*. Il ajoute que la DGOS *"transmettra à chaque ARS, après la publication de l'instruction, une liste des établissements de sa région et un nombre indicatif d'établissements à retenir"*.

c) Les principales limites des actions déployées

i) Les erreurs d'interfaçage et les contraintes liées au SI ont empêché d'avoir une vision statistique globale (data-driven) et fine des déterminants des restes à recouvrer

L'ambition initiale du diagnostic global visait à obtenir une compréhension fine des déterminants du non-recouvrement suivant la logique déployée par ORFEH suivant la méthodologie existant à l'ARS. Une première limite est alors apparue dans le pilotage de la chaîne de facturation : le système d'information choisi. Le tableau ci-dessous - fourni par la DGOS - répercute les promesses effectuées par les éditeurs. Elles sont résolument optimistes si on les compare aux réalisations dans les

⁴⁴ Instruction n°DGOS/PF/2018/146 du 14 juin 2018

différents centres hospitaliers. Ainsi, pour le développement de CDR-i, qui est la solution la plus mature, 80 % des établissements qui l'avaient installé étaient sous MIPIH en janvier 2018 suivant un autre document de la DGOS. Ainsi, notre éditeur Agfa avait pris du retard pour le développement de ce module, qui, de plus, était payant.

Par ailleurs, nous ne pouvions intégrer l'ensemble de la chaîne de recouvrement avec les modules Hélios pour avoir une vision globale (de l'entrée dans la GAM jusqu'au recouvrement) dossier par dossier contrairement à d'autres éditeurs. Ce qui a bien entendu limité l'analyse.

● Travaux non démarrés (date de démarrage indiquée si communiquée) ● En développement (date de fin indiquée si communiquée) ● En test en établissement ou en qualification / certification ● Disponible

EDITEURS				
2CSI	● 2018	●	●	●
AGFA	●	●	●	●
Berger Levrault	● 2018	●	●	●
CERNER	● 2018	● 2019	● 2018	●
CPAGE	●	●	● 2019	●
CSIS	● 2018	●	●	●
INTERSYSTEMS	●	●	●	● 2018
MAINCARE	●	●	●	● 2018
MEDASYS	● 2018	● 2019	● 2019	● 2018
MEDIANE	●	● 2018	● 2018	●
MIPIH	●	● 2020	●	●
SIGEMS	● 2018	●	●	●
SOFTWAY	●	●	●	●
WEB100T	●	●	●	●

SIMPHONE – GRHP n°90 du 29 juin 2018 Programme SIMPHONE 45

ii) Les résistances au changement s'enracinent dans une culture de l'organisation peu sensibilisée aux enjeux de la chaîne AFR

Lors des entretiens avec les personnels des admissions, des remarques révélatrices ont parfois été émises par certains agents. Ainsi, plusieurs gestionnaires d'un des sous-services des admissions ont confié qu'il était possible de ne pas facturer car "tel ou tel patient n'allait pas pouvoir payer". Une assistante sociale soutenait que le recouvrement ne devait pas être prioritaire dans l'établissement.⁴⁵ Autant d'éléments

⁴⁵<https://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/performance-des-etablissements-de-sante/simphonie/simphonie>

⁴⁶ Entretiens réalisés en janvier et février 2018.

suffisamment répétés pour dessiner une culture de la chaîne AFR encore insuffisamment sensible à l'importance de leurs missions.

Au-delà de ces limites bien réelles, les premiers résultats engrangés par la restructuration de la chaîne AFR ont été encourageants, engageant une dynamique positive. Ce ne sont toutefois que les premières étapes des plans d'actions à court et moyen terme mis en place. Pour que ces améliorations de la fiabilité, de la rapidité et de la productivité soient durables, l'optimisation de la chaîne AFR suppose également d'anticiper les changements systémiques, qui dépassent le seul investissement local de l'établissement hospitalier.

2 < L'optimisation de la chaîne AFR à long terme suppose d'anticiper les profondes transformations technologiques et réglementaires favorisant une nouvelle organisation digitale des parcours patients ainsi qu'une valorisation des ressources humaines >

2.1. De nouveaux modèles d'organisation du travail conjugués aux solutions numériques prônées par le programme SIMPHONIE du service d'admission remettent en cause le modèle historique des entrées et des sorties des patients

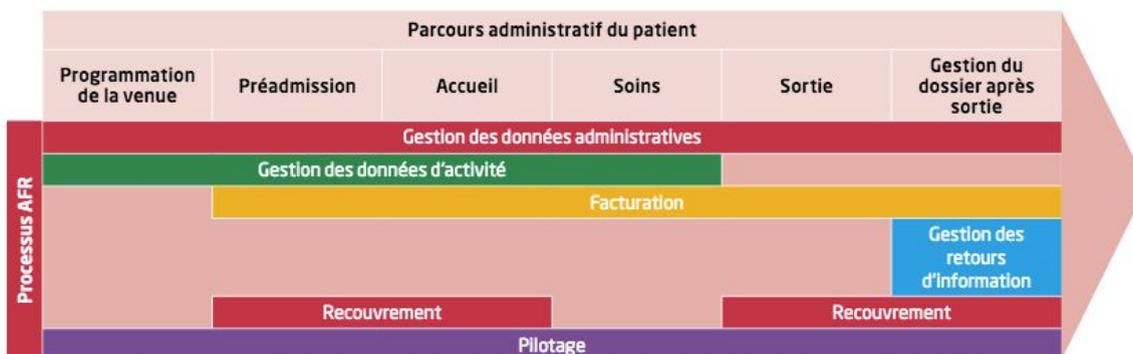
2.1.1 La parcellisation des tâches a cédé la place à des modèles d'organisation polyvalente totale ou partielle

La chaîne d'admission-facturation-recouvrement était à l'origine organisée suivant un modèle taylorien, avec une division des tâches effectuées par des agents spécialisés à un endroit précis de la chaîne. Les différentes tâches concernées lors du processus AFR pouvaient être divisé en micro activités de la façon suivante ⁴⁷:

Étapes du processus AFR	Lien avec le parcours administratif du patient
Gestion des données administratives	Les activités de cette étape peuvent avoir lieu à tous les moments de la venue du patient (programmation de la venue, pré-admission, accueil du patient, soins, sortie du patient et gestion du dossier après sortie), afin de compléter les données administratives du dossier du patient.
Gestion des données d'activité	Les activités de cette étape peuvent être initiées dès la pré-admission du patient et renseignées tout au long des étapes du parcours patient afin de compléter le dossier du patient avec l'ensemble des données de sa prise en charge. À terme, certaines données d'activités pourront être renseignées dès la programmation de la venue du patient.
Facturation	Les activités de cette étape peuvent avoir lieu dès la pré-admission et tout au long des étapes du parcours administratif du patient.
Gestion des retours d'information	Les activités de cette étape ont lieu après la facturation du dossier patient, lors de l'étape de gestion du dossier après la sortie du patient.
Recouvrement	Les activités de cette étape peuvent avoir lieu lors de la pré-admission du patient (paiement éventuel de la part patient), lors de l'accueil du patient (paiement à l'entrée), lors de la sortie (paiement à la sortie) et lors de la gestion du dossier après la sortie du patient (règlements <i>a posteriori</i>).
Pilotage	Les activités de cette étape ont lieu tout au long du parcours administratif du patient (programmation de la venue, pré-admission, accueil du patient, soins, sortie du patient et post-venue).

⁴⁷ Référentiel des activités et compétences met en regard les étapes du processus de la chaîne Accueil-Facturation-Recouvrement avec les compétences requises, mai 2018.

L'ordonnancement de ces activités dans le temps pouvant être modélisé de la façon suivante ⁴⁸:



L'organisation taylorienne ultra-spécialisée tend à disparaître aux profits de deux modèles de polyvalences distincts : la polyvalence totale entre consultations et hospitalisations d'une part, entre back-office et front office d'autre part avec l'inclusion des rejets ; la polyvalence partielle en fonction des compétences, les personnels les plus productifs se chargeant également des rejets.

La polyvalence constitue indéniablement un outil de gestion facilitée des équipes en cas d'absences. Elle comporte cependant des limites. « *L'important est d'avoir des agents performants à chaque poste. Les agents du back office peuvent assurer le front office mais non l'inverse en grande majorité. Si j'instaure de la polyvalence aux admissions, je perds de la compétence et de la spécialisation. Toutefois, l'établissement est organisé avec des secrétariats médicaux polyvalents dans certains secteurs qui effectuent en partie le travail de front office* », analyse Mourad Attar⁴⁹. Une analyse partagée par le DAF du CH de Douai, Sébastien Coquelin⁵⁰. D'autres, tels Guillaume Bellicchi, DAF au CH de Périgueux⁵¹, préfèrent mettre en place une polyvalence en fonction des compétences existant au sein des membres de l'équipe.

Si l'intérêt d'une polyvalence offre de la souplesse dans des contextes de fort absentéisme, il demeure qu'avec l'intégration des parcours patients et la plus grande exigence en termes de résultats individuels, la polyvalence peut être limitée. C'est donc un équilibre entre polyvalence et spécialisation qu'il convient de rechercher en fonction des contextes propres à chaque structure.

⁴⁸ Ibid.

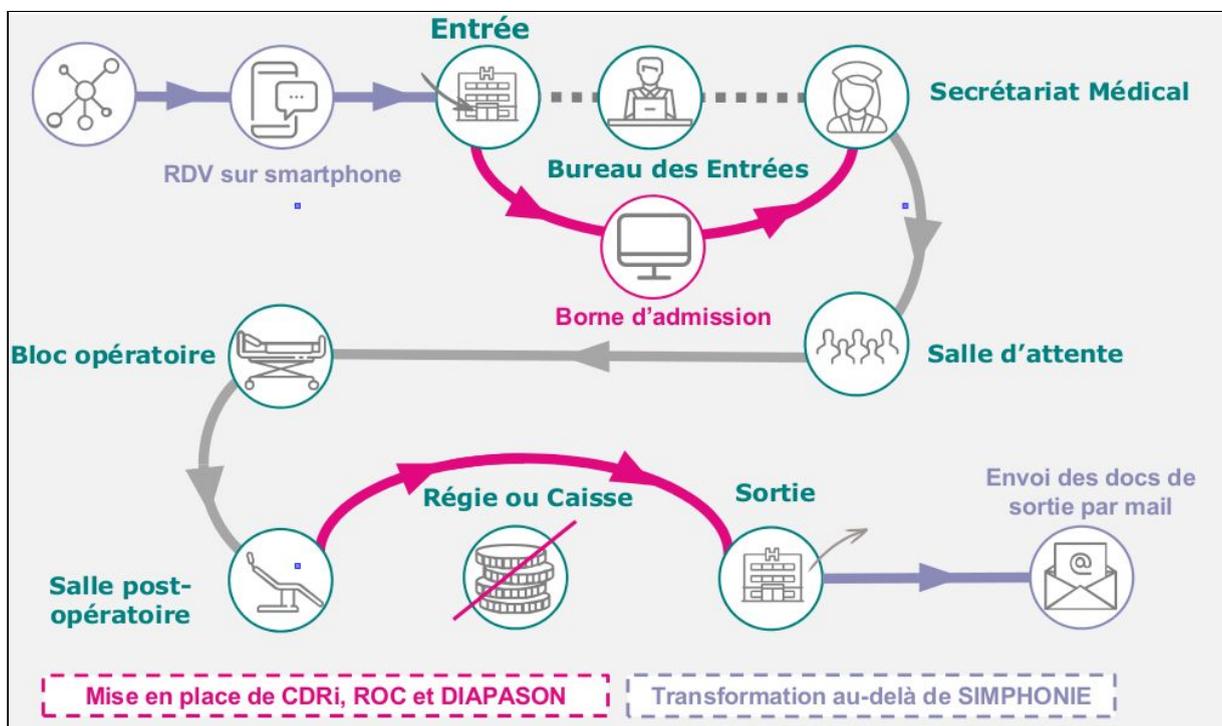
⁴⁹ Entretiens réalisés avec le responsable des ACE du CHSD Delafontaine, mai, juin, juillet 2018.

⁵⁰ Entretien téléphonique réalisé par téléphone en mai 2018

⁵¹ Entretien téléphonique réalisé en mai 2018

2.1.2 La numérisation et l'automatisation de certaines tâches impliquent la modification des processus médico-administratifs de la chaîne AFR

L'usage combiné de CDR-i (AMO) et de ROC (AMC) permettra aux établissements de santé de connaître les droits du patient en temps réel et de calculer le montant de son éventuel reste à charge, permettant ainsi, par la même occasion, d'apporter au patient des informations fiables sur son parcours. Complémentaire à ces dispositifs, le projet DIAPASON (Débit Intervenant Après le PARcours de SOiNs) offrira aux établissements de santé la possibilité de proposer au patient d'enregistrer ses données de carte bancaire, en lui communiquant un montant « plafond » et un délai maximum de prélèvement après sa sortie. Une fois le montant exact connu, le patient sera débité automatiquement permettant ainsi de clore définitivement son parcours administratif après un contact unique. À court terme, ces trois outils numériques complémentaires et imbriqués viendront se coupler aux bornes d'accueil qui compléteront les pré-admissions en ligne. Comme le montre la modélisation ci-dessous, les parcours médico-administratifs seront profondément modifiés avec des redéploiements de personnels.



2.2 Vers une nouvelle définition des processus de la chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement

2.2.1 La chaîne AFR peut automatiser et fiabiliser les tâches les plus basiques et développer les activités d'accompagnement des plus fragiles pour une meilleure qualité de service rendue au patient

Au CHU de Nîmes, la dématérialisation du processus d'admission a diminué les flux de patients au bureau des entrées et favorisé le redéploiement des personnes de la chaîne AFR vers le back-office.

Depuis quelques années, l'activité de consultations externes du CHU de Nîmes était en augmentation, ce qui s'est rapidement traduit par des files d'attente de patients de plus en plus importantes au bureau des entrées (BDE). Cette situation provoquait l'insatisfaction de tous : les patients à cause de l'attente, les agents du BDE à cause de la charge de travail, les médecins à cause du retard. Pour répondre à ce constat, le CHU de Nîmes a réduit le nombre de passages non pertinents aux guichets du BDE, pour les patients déjà connus disposant de droits ouverts. Pour ce faire, en 2016, la direction des systèmes d'information, en lien avec le service de facturation, a rendu interopérables la base des rendez-vous et la gestion administrative des malades du CHU de Nîmes. Ce connecteur a permis de créer automatiquement des pré-dossiers dans la gestion administrative des malades à partir de la base des rendez-vous. Les dossiers sont validés en back-office la veille par les agents. Le matin même, le système déclenche l'impression automatique des planches d'étiquettes directement dans les services. Ce nouveau processus ne génère donc aucun report de charge de travail vers les secrétariats.

Le patient est prévenu par SMS et se rend directement au secrétariat de la consultation, sans passer par le bureau des entrées. Pour l'heure, ce dispositif se limite aux patients venus dans les 6 derniers mois au CHU de Nîmes, disposant de droits de sécurité sociale et de mutuelle à jour, et sans reste à charge.

Déployé sur 80% des services de consultations externes, ce dispositif permet de réduire les passages au bureau des entrées de 55%. Il modifie les conditions de travail des agents : une partie du travail est déportée en back office, avec un lissage de l'activité qui n'est plus soumise au flux des patients. Le temps de création d'un dossier diminue également : pour 4 minutes d'entretien avec un patient, il ne prend

qu'une minute avec ce nouveau système. Et la qualité de la facturation reste la même. Par ailleurs, le temps dégagé peut être mis à profit pour aider les patients ou accompagnant les plus fragiles ou en difficulté (personnes âgées, illettrées, non francophones par exemple).

À travers le programme national Simphonie de la DGOS et ses projets de consultation des droits intégrée (CDRi) et remboursement des organismes complémentaires (ROC), le CHU de Nîmes espère même rendre complètement automatique le recueil des droits d'assurance maladie et d'organismes complémentaires et donc la création des dossiers au service des admissions.⁵²

2.2.2 L'exemple du CHU de Rennes préfigure les mutations de la chaîne AFR, qui va redéployer des personnels du front-office (en contact vers le patient) vers le back-office pour mieux maîtriser les trajectoires médico-administratives

Le CHU de Rennes a mis en place en septembre 2018 une Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) regroupant les activités d'hôpitaux de jour et de consultations complexes de Rhumatologie et de Médecine Interne. Cette unité préfigure ce que sera le fonctionnement de l'UMA dans la perspective du nouveau CHU. C'est dans ce cadre que sont expérimentées en septembre 2018 de nouvelles modalités de prise en charge médico administrative avec notamment le développement massif des préadmissions pour l'ensemble des hospitalisations et consultations externes et le paiement à la sortie du reste à charge patient au niveau du secrétariat du service. Cela permettra donc de simplifier le parcours du patient en limitant les étapes dans sa prise en charge administrative tout en s'assurant d'un recouvrement des recettes de l'activité générée. Cela permettra aussi au CHU de Rennes d'étudier un repositionnement des professionnels de la facturation sur leur cœur de métier du front office vers le back-office.⁵³

L'adaptation du processus médico-administratif offre ici plusieurs opportunités : informer efficacement le patient sur son parcours, adapter l'accueil au besoin selon un principe de juste allocation des ressources, mettre à disposition du patient, et ce dès son arrivée, l'information la plus fiable sur ses droits et sur le reste à charge,

⁵² Innovation digitale dans les établissements de santé, enquête et analyse du CNEH, juin 2018.

⁵³ Bouyahiaoui (Kamel), Gervaise (Vincent), la simplification du parcours administratif, Gestions hospitalières, septembre 2018

disposer au préalable de son entrée de données fiables permettant une facturation de qualité au plus près de sa sortie.

3 <L'enquête comparative hospitalière mise en place sur 63 centres hospitaliers a permis d'objectiver les résultats et les méthodes efficaces d'optimisation à moyen et long et terme de la chaîne AFR>

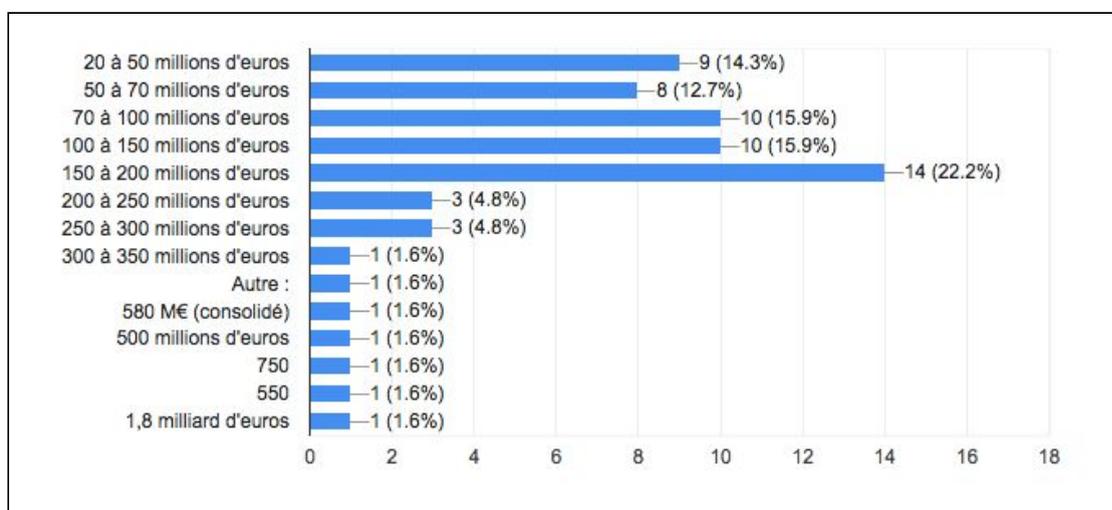
3.1. Les principaux facteurs clé de succès d'optimisation de la chaîne AFR dans les établissements sondés

3.1.1 Une méthode inductive et empirique pour combler le manque de données comparatives sur la chaîne AFR

a) Le choix de l'échantillon

Sur le choix des hôpitaux, trois critères d'importance décroissante avaient été définis préalablement à l'étude :

1. Souhait d'obtenir une **représentativité géographique** pour les établissements. Ce qui a été le cas, puisque toutes les régions sont représentées.
2. Souhait d'obtenir des **établissements de taille différente** : du CH de proximité au CHU.⁵⁴



⁵⁴ Enquête comparative réalisée au 1er semestre 2018.

3. Dans la mesure du possible, **cibler les établissements réputés comme étant performants** dans le domaine de la chaîne AFR pour obtenir des remontés de bonnes pratiques. Notamment les CH ou CHU où avaient exercé les DAF, qui avaient publié des enquêtes ayant trait à la chaîne AFR (Saint-Denis, HCL, CHRU de Nancy).

L'échantillon des centres hospitaliers - limité à 63 établissements - n'a pas vocation à être représentatif de l'ensemble des problématiques variées que rencontrent les services des admissions. Cependant, la diversité des CH considérés, dont les budgets sont situés entre 40 millions d'euros et 1,7 milliard d'euros, permet d'appréhender les réalités des changements en cours et les obstacles auxquels sont confrontés les DAF dans l'amélioration de leur chaîne de AFR.

a) Les méthodes d'administration du questionnaire

Huit entretiens ont été menés par téléphone auprès de six DAF et de deux responsables des admissions. Un questionnaire a été administré auprès de cinquante-cinq autres DAF, parfois complété par des échanges postérieurs.

L'ensemble des DAF, dont le mail figurait sur l'annuaire de la FHF a été contacté, soit 220 établissements.

b) Des indicateurs choisis pour déterminer les facteurs clé de succès permettant d'optimiser la chaîne AFR

Le but était de corrélérer les indicateurs de performance communiqués sur base déclarative (taux de rejet ACE, durée de la chaîne de facturation, taux de recouvrement, productivité via le rapport entre le budget et les effectifs des admissions) ou analytique (indicateurs F11 et P15 d'Hospidiag) aux modalités d'organisation, d'informatisation et de résolution des traditionnels points noirs de la chaîne AFR (urgences, patients payants, précaires, étrangers hors AME, personnes sans domicile).

La limite de l'étude est qu'elle est en partie déclarative en ce qui concerne le taux de rejet B2 et le taux de recouvrement qui ne sont pas publics. Par ailleurs, un biais peut exister. En effet, comme l'étude est basée sur le volontariat, un phénomène

d'autocensure des CH les moins performants peut exister. Cela se retrouve dans la moyenne non pondérée du taux de rejet B2 des établissements de l'échantillon s'établissant à 2 %, soit nettement mieux que la moyenne nationale qui s'élève à 3,5 %⁵⁵.

3.1.2 Les principaux résultats de l'enquête permettent de mettre en exergue dix principes communs aux CH les plus performants

a) Le panorama brossé par l'enquête distingue nettement l'importance de la gestion organisationnelle et RH dans la performance de la chaîne AFR des centres hospitaliers de taille et de patientèle pourtant comparables

Le premier constat est la grande hétérogénéité des performances des services d'admission : le taux de rejet pour la facturation des actes et consultations externes (ACE) s'étend de 0,33 à 10 % tandis que la durée de chaîne de facturation est comprise entre 15 et 45 jours. Y compris pour des CH ayant des caractéristiques similaires (budget et patientèles comparables). Ce qui valide l'intuition initiale relative aux gisements de productivité qui peuvent exister dans ce domaine.

Des efforts incontestables ont été effectués pour mieux informer les patients. Ainsi, tous les établissements situés en dessous de 2% de rejet pour les ACE ont mis sur leurs sites internet des procédures d'admissions complètes et précises (horaires, plans de site, documents nécessaires en fonction des services, moyens de paiement) à la disposition des patients et des familles. Le Tipih (mode de paiement direct renvoyant sur la DGFIP) s'est banalisé. A l'inverse, le centre hospitalier ayant le taux de rejet le plus élevé (11%) de l'échantillon est assez peu disert sur les procédures d'admission.

Les établissements les plus performants en matière de chaîne de facturation ont mis en place des dispositifs spécifiques pour les traditionnels points noirs des admissions : les passages aux urgences, les entrées et sorties en dehors des horaires administratifs, les patients étrangers hors AME et sans droits, les patients précaires sans domiciliation. Ainsi, le CH de Saint-Denis, dont le taux de rejet se situe largement en-dessous du taux cible de l'ARS (1,1 % contre 3 %), a instauré un accueil administratif 24 heures sur 24 aux urgences, évitant ainsi des pertes

⁵⁵ Entretien avec Gilles Hebbrecht, responsable du programme Simphonie.

conséquentes parmi les 117 000 passages annuels dont 100 000 externes. Pour les CH ayant moins de passages, il est parfois envisagé de se munir de bornes d'admission. Cette solution n'est toutefois pas applicable dans tous les établissements. « *Dans notre hôpital de périphérie, il y aurait un risque fort de dégradation* », explique une DAF francilienne.

Au CH de Saint-Denis comme au CHIC de Villeneuve Saint-Georges, des efforts ont également été accomplis pour mener des procédures de domiciliation administratives à l'hôpital. Cette disposition de la loi Alur facilite les démarches pour les personnes sans domicile fixe, permettant de percevoir plus facilement certaines recettes, dont les AME. Cette démarche complète de manière efficace le travail effectué par les PASS (permanence d'accès aux soins). Des dispositifs d'autant plus intéressants que « *les Migac précarités sont sous-dotées par rapport aux manques de recettes liées à cette patientèle*», comme le souligne une autre directrice des finances francilienne.

L'intégration plus poussée des parcours cliniques et administratifs joue généralement un rôle-clé. Et ce de manière plus forte dans le cas des patients étrangers en possession de visas. « *Il faut s'assurer que le parcours patient permette d'identifier les situations les plus problématiques immédiatement. Ainsi, chez nous, le patient qui n'a pas d'autorisation provenant des admissions ne peut aller en consultation. En soins programmés, nous avons drastiquement diminué les cas problématiques* », détaille Mourad Attar, responsable du service admission du CH de Saint-Denis et consultant pour le programme ORFEH (optimisation du recouvrement et de la facturation des établissements hospitaliers). Les enjeux sont considérables. Une DAF francilienne cite le cas d'un seul patient qui a généré près de 500 000 euros de créances non recouvrées. Notamment pour des pathologies très lourdes non soignées dans le pays d'origine pour lesquelles l'AME ne peut pas intervenir, car les patients dotés de visas en règle devraient être pris en charge par des conventions internationales. « *Ces conventions sont parfois décevantes. Je me suis fortement impliqué sur un dossier de patient extra-européen à 40 000 euros. Malgré deux ans de procédures et une convention avec le pays concerné, cela n'a rien donné* », souligne Sébastien Coquelin, DAF au CH de Douai. La quasi-totalité des DAF consultés prévoit désormais des devis pour ces patients avec parfois des avances ou des encaissements globaux d'avance, notamment dans le cas des accouchements.

Globalement, les DAF sont moyennement satisfaits du partenariat avec la CPAM pour ce type de patients, car le niveau de conseil pour les dossiers problématiques est jugé trop lent par une forte minorité de responsables financiers.

Au-delà de ces différents dispositifs, les responsables financiers performants ont réussi à effectuer un pilotage précis des performances de leurs services des admissions. Au-delà du simple taux de rejet et de la longueur de la chaîne, le taux de non-codage, le temps de traitement des rejets, détaillée par famille de rejet sont des outils précieux d'amélioration de la performance pour l'une des responsables financières concernée. Un pilotage de la performance qui permet d'adapter au mieux les organisations.

Largement promus par le plan Simphonie, les dispositifs innovants ne sont pas encore généralisés. Les dispositifs de pré-paiement (31 % des CH) sont plus fréquents que les bornes d'admission (1 seul CH concerné, 2 CH intéressés à très court terme). L'accompagnement humain et la bonne implantation de ces bornes paraissent indispensables à leur réussite. *« Nous avons installé une borne au pôle Femme-Enfant, cela a très bien fonctionné. Cela a fluidifié les consultations, car nous en enregistrons 175 000 annuellement à l'étage de la borne. Nous allons en prendre une deuxième pour la relayer en cas de pannes, confie Sébastien Coquelin. On peut encore travailler sur les usages pour accompagner la prise en main et lever les blocages. Une fois que les patients ont pris l'habitude, cela va vite. Pour les patients récurrents, c'est une vraie plus-value. »*

Le pré-paiement permet quant à lui d'optimiser la trésorerie et le taux d'encaissement. *« Pour les consultations, la consultation spécialisée est cotée d'office. Nous atteignons 92 % de pré-paiement pour nos consultations »*, indique Mourad Attar.

A ces innovations s'ajoute la mise en place de la dématérialisation, qui sera totale à l'horizon 2019. En attendant le déploiement de ROC (remboursement des organismes complémentaires), plusieurs hôpitaux ont opté pour un prestataire envoyant les factures dématérialisées aux mutuelles. *« Cela peut permettre un gain d'ETP et une fluidification du parcours patient »*, confie une jeune directrice des affaires financières francilienne.

Par ailleurs, le contrôle interne est perçu comme un avantage et un vecteur important d'amélioration pour 70% des répondants. De ce fait, établir une cartographie des risques et un ensemble de mesures de maîtrise permet la mise en œuvre d'actions correctives, et surtout préventives, en amont de la facturation, pour limiter les dysfonctionnements éventuels.

Le contrôle interne permet également une harmonisation des procédures ressentie comme telle par les répondants, conformément aux axes d'optimisation identifiés par Vincent Gervaise.⁵⁶ La production de fiches de procédures est très structurante pour l'organisation d'un circuit de facturation performant et pro-actif vis-à-vis du risque. Il permet également la création d'un cadre responsabilisant pour les agents de par les contrôles intégrés au processus qu'il suppose (contrôles dit de niveau 1), et réalisés par les équipes en place.

Au regard de l'enquête, il apparaît également que le contrôle interne permet aux directions des finances de piloter, dans une démarche de certification des comptes, une politique qualitative reposant sur des items de qualité ciblés sur l'activité de facturation (annulations/réémissions, pratiques de codage avec erreurs, qualité du codage, notamment sur les majorations). Dès lors, les répondants ont fait état, à l'issue de la mise en place de ce contrôle interne, de la mise en place de revues des processus via des comités de pilotage financier et des audits internes.

Consolidé, harmonisé et proactif, le circuit facturation structuré par le contrôle interne, crée les conditions d'une montée en compétence des agents. En effet, les procédures harmonisées étant formalisées, clarifiées et lisibles, elles peuvent introduire des politiques de regroupements des centres de facturation et générer ainsi une potentielle synergie des compétences au sein d'un véritable pôle d'expertise. Ce qui pourrait faciliter une éventuelle convergence des back-office des services admissions à l'échelle du GHT. Cependant, selon l'enquête, une large majorité des DAF consultés estime qu'une cellule facturation de GHT n'est cependant pas atteignable à court terme, y compris après la dématérialisation totale.

Enfin, l'enquête fait apparaître dans la plupart des cas (93%), la mise en œuvre d'une relation partenariale satisfaisante avec le Trésor Public. Celle-ci est

⁵⁶ GERVAISE (Vincent), Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation, FINANCES HOSPITALIÈRES, n°102, 2016

principalement axée sur l'amélioration du recouvrement grâce au déploiement d'une stratégie concertée favorisée par des échanges réguliers.

b) Les 10 points communs de la chaîne AFR des CH les plus performants

1) L'importance stratégique des admissions et de la chaîne AFR est reconnue institutionnellement.

Le changement dans la chaîne AFR ne peut se faire uniquement par le biais de la direction des affaires financières. Une transformation réussie est corrélée à la place qu'occupent les admissions dans l'hôpital, la reconnaissance de leur rôle stratégique, une politique RH adaptée (politique de formation et de reclassements). Cela se traduit parfois par des actions communes avec d'autres directions, des partenariats avec la DRH pour le recrutement et les reclassements ou avec la DSI pour l'édition des indicateurs de performance. Certains CH performants ont conclu des accords formalisés avec la DRH pour varier les profils, avoir en partie la main sur la politique de recrutement et atteindre une bonne productivité. Quitte à mettre les reclassements dans un autre endroit moins stratégique. A titre de contre-exemple, un CH francilien issu de la fusion de plusieurs établissements a un taux de rejet de 10% sur le flux B2 avec plus de 50 % de reclassements dans son service, sans formation spécifique.

2) Le management de proximité est légitime d'un point de vue technique

Sur le management du service (adjoints des cadres et attaché), il y a une forte plus-value pour des managers affichant une maîtrise totale des contrôles internes du logiciel. Par rapport à d'autres services, il y a un réel intérêt à avoir un management plus technique (excellente connaissance des processus informatiques, des contrôles embarqués, des types de rejets) pour éliminer les erreurs basiques et avoir un pilotage de la qualité de la chaîne de facturation. Cela ne signifie cependant pas que la dimension managériale doive être négligée, comme le souligne Sylvie Cottin.⁵⁷

⁵⁷ Entretien réalisé par téléphone avec la cheffe de projet de l'ANAP, août 2018.

3) La polyvalence maîtrisée et la polyvalence totale couplée à une politique de formation efficace l'emportent sur les autres types d'organisation

Sur l'organisation du service, deux choix sont majoritaires parmi les CH les plus performants : la polyvalence totale et la polyvalence partielle. Lorsque la politique RH est bien maîtrisée tant au niveau du nombre de reclassement que des formations, les CH peuvent avoir une polyvalence totale des tâches (constitution du dossier administratif, tarification, vérification, traitement des rejets) ainsi que sur le périmètre (hospitalisations et consultations). Mais une part importante des CH les plus performants préfère cantonner la polyvalence à une rotation des agents entre front-office et back-office tout en conservant une spécialisation pour le traitement des rejets.

4) Le SI est intégré (GAM et parcours clinique) ou présente peu ou pas de soucis d'interfaçage et offre des outils de pilotage de la chaîne AFR

Le SI joue un rôle majeur tant pour le pilotage de la qualité que pour la maîtrise des processus. C'est plus facile avec certains éditeurs que d'autres. Malheureusement, les CH ayant des soucis d'interfaçage de SI et peu d'extraction d'indicateurs sont pénalisés. A l'issue de son expérience réussie au CHRU de Nancy, Vincent Gervaise, ancien responsable de l'optimisation des recettes et du recouvrement le souligne : *“Le pilotage fin est la clé. J'organisais des réunions flash selon les préceptes du lean management avec des indicateurs visuels de façon hebdomadaire avec les cadres du service des admissions afin de mettre en avant les réussites et points de vigilance à travailler. L'obtention des indicateurs précis et adaptés a permis de mener la transformation.”*

5/ Les points noirs des parcours patients complexes (urgences, patients payants, patients très précaires, AME/SU) générant le plus de RAR ont été traités avec efficacité

Les CH les plus performants ont entrepris des actions pour les traditionnels écueils de la chaîne de facturation : les urgences (soit accueil administratif 24/24 pour les

gros CH, soit borne automatique, soit dispositif numérique de recueil des données), les accueils en dehors des horaires, les SDF (domiciliation strictement administrative possible avec la loi ALUR), les patients étrangers hors AME (patients payants avec maîtrise du parcours clinique par les agents administratifs)

6/ Le parcours clinique est étroitement maîtrisé d'un point de vue administratif

Dans les CH les plus efficaces, le parcours patient est contrôlé à chaque étape pour vérifier qu'il est en règle au niveau administratif. Par exemple, aux consultations, un restant dû entraîne un paiement d'office ou une reprogrammation du rendez-vous pour les consultations non urgentes. Le simple fait de demander cette somme améliore parfois grandement la situation (exemple du CH d'Argenteuil). En hospitalisation, un point de contrôle sur les sommes dues ou sur la complétude du dossier peut également être fait au moment de la consultation d'anesthésie (exemple CH de Saint-Denis). Si le dossier d'hospitalisation n'est pas payé ou en règle, il existe la possibilité de reprogrammer au niveau de la consultation d'anesthésie hors urgences. Les cellules dédiées aux parcours patients complexes incluant des médecins permettent également de faciliter la résolutions des cas les plus délicats.

7/ Les partenariats réussis avec les acteurs extra-hospitaliers

L'optimisation des partenariats avec le Trésor Public permet d'obtenir une visibilité sur toute la chaîne de recouvrement, de mettre en place une stratégie commune de recouvrement. Dans certains centres hospitaliers, les structures sont mêmes pensées en miroir, c'est notamment le cas de la cellule contentieux CHRU de Nancy qui fonctionne en étroite relation avec la CPAM (résolution rapide des cas les plus problématiques, session de questions ouvertes pour les gestionnaires).

8/ Avantage de l'expérimentation sur le dispositif SIMPHONIE

Le taux de rejet des établissements expérimentateurs est quasi-systématiquement dans le premier tiers le plus bas de l'échantillon. Il y a donc une forte plus-value pour les établissements qui ont été pilotes sur les expérimentations Simphonie et qui ont

pu prendre de l'avance pour la numérisation (CDR-I, diapason, télétransmission de la part mutuelle avec Quatre axes en attendant ROC, bornes d'admission).

9/ Rapprochement entre les équipes DIM et services des admissions

Les chaînes AFR performantes se caractérisent également par des liens entre les service des admissions et le DIM. L'un des DAF des CH les plus performants de l'échantillon souligne ainsi les facteurs clé dans son succès : *“Il est important de se poser sur la chaîne de facturation dans son ensemble, qui arrive à bien faire travailler tous les acteurs (DIM, bureau des entrées). Nous avons un DIM qui qui a un tropisme administratif.”* Un autre DAF ajoute : *“L'intérêt d'avoir le DIM avec soi, ça permet d'avoir une casquette double plus intéressante.”*⁵⁸ Ce point est également souligné par la cheffe de projet de l'ANAP, Sylvie Cottin, auteure d'un rapport sur le retour d'expérience à la suite de la mise en place de FIDES Séjours dans plusieurs établissements tests.⁵⁹

10/ Communauté de pratiques

Les attachés d'admission peuvent avoir un sentiment d'isolement par rapport à des problématiques parfois très pointues. Les CH les plus performants ont réussi à établir des communautés de pratiques. L'une des attachées des admissions affirme que les échange de conseils entre pairs ont permis d'améliorer notablement ses résultats. *“On est un petit noyau d'attachés (Falaise, Alençon, Noyeux, Lisieux). Et on partage pour nos requêtes, pour analyser les textes.”*⁶⁰ Ce point a été bien compris par le Dr Gilles Hebbrecht qui a lancé un extranet pour le programme SIMPHONIE permettant de réaliser ces échanges de bonnes pratiques à l'échelle nationale.⁶¹

3.2 La transformation de la chaîne AFR suppose un accompagnement étroit des ressources humaine pour anticiper les mutations des nouveaux métiers

⁵⁸ Entretien réalisé avec Sylvie Cottin, cheffe de projet à l'ANAP par téléphone en août 2018

⁵⁹ Entretien téléphonique réalisé en août 2018.

⁶⁰ Enquête comparative réalisée au 1er semestre 2018.

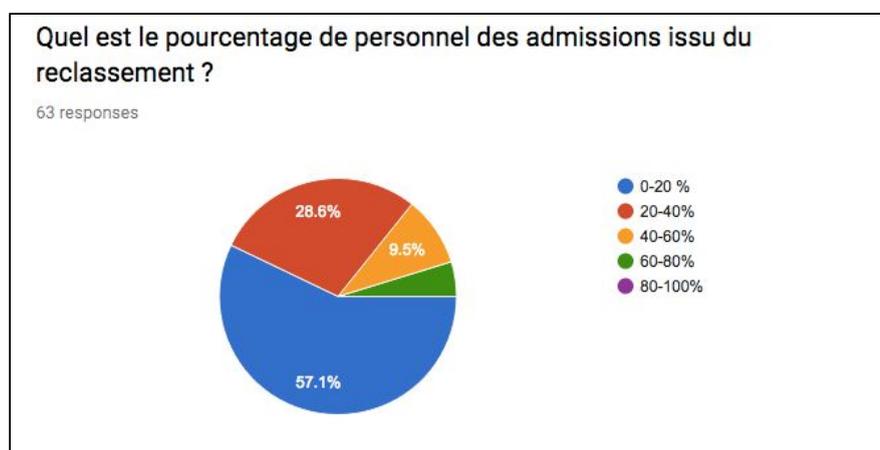
⁶¹ Entretien réalisé en juillet 2018.

La professionnalisation des admissions a amélioré les chaînes de facturations dans les établissements. A plus long terme, l'amélioration de la chaîne de facturation nécessitera une redéfinition des processus métiers et une politique de recrutement plus ambitieuse

Les services des admissions ont longtemps souffert d'une image dégradée : refuge des reclassés, motivation variable des personnels. D'après l'étude, cette réputation n'est pas entièrement usurpée. Ainsi, 30,2 % des DAF éprouvent des difficultés à recruter pour ce service.⁶² « *Des personnes arrivent en CDD et ne restent pas longtemps. Nous avons du mal à fidéliser les employés les plus efficaces* », constate une DAF francilienne.



Par ailleurs, 43 % des CH sondés ont un taux de reclassement supérieur à 20 %. 5 % des établissements ont même un taux de reclassement supérieur à 60 %.⁶³



⁶² Ibid.

⁶³ Enquête comparative effectuée au 1er semestre 2018.

Bien conscients des problèmes que peuvent générer l'intégration de personnels diversement motivés, certains directeurs des affaires financières ont mis en place des programmes spécifiques. « *On a conçu un plan avec la DRH, comprenant un suivi spécifique des agents en fonction des risques dans le cas des reclassements. Nous cherchons également à recruter en externe pour ne pas être réduit à la mobilité en interne* », ajoute cette même directrice⁶⁴.

Plus généralement, face aux différentes évolutions qui modifient en profondeur l'activité des admissions (FIDES-ACE effectuée, automatisation et FIDES-séjours à venir), 40 % des DAF consultés estiment que les employés du service s'adaptent avec des difficultés seulement atténuées par les formations dispensées. 10 % des répondants considère que les personnels ne s'adaptent pas du tout.

Les formations constituent un levier d'action précieux. *“La formation en présentiel doit être revisitée dans son ingénierie et complétée par des approches à la fois plus novatrices et plus proches des réalités du terrain. Afin de favoriser les transformations en cours, il paraît indispensable de gagner en agilité dans les processus de formation et d'autonomiser les acteurs en leur trouvant des réponses à leurs problèmes quotidiens et en leur offrant la possibilité de se former tout en étant acteur du changement au quotidien”*, analyse Vincent Gervaise, ex-directeur de la facturation au CHRU de Nancy.⁶⁵

L'autre levier réside dans la politique de recrutement. Un des DAF des CH les plus performants souligne : *“ La clef de la réussite est le niveau de compétence des professionnels du BDE. Disposant de beaucoup d'agents de niveau Bac +2 (non issus de reclassement), je peux attester que le taux d'erreur est globalement bas, que la polyvalence sur postes est très aisée et porteuse de résultat, car les agents ont une meilleure compréhension des enjeux, qu'il y a de l'adaptabilité dans l'équipe entre les postes mais aussi aux nouvelles consignes et aux nouveaux outils”*.

⁶⁴ DAF ne voulant pas être citée nommément

⁶⁵ Entretien téléphonique, juin 2018

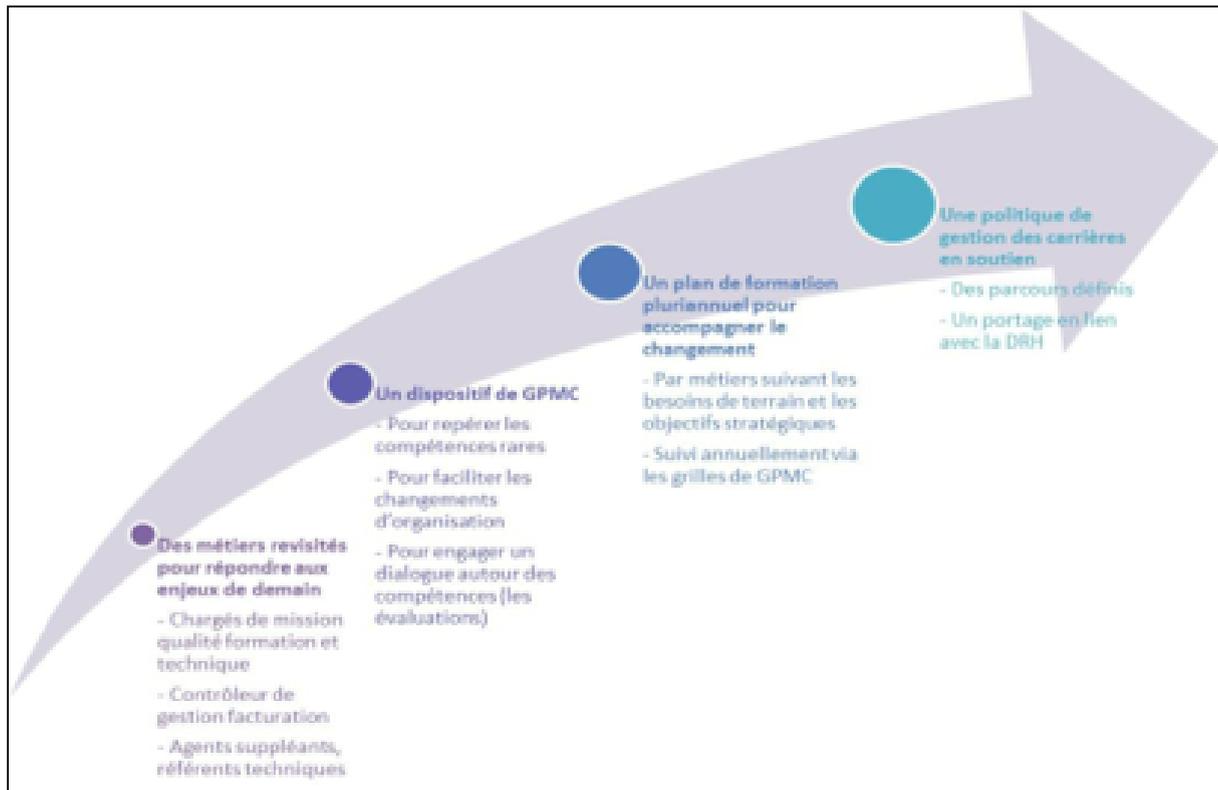
D'autres responsables financiers ont opté pour des solutions plus radicales. « *Dans mon service, il n'y a aucun personnel issu du reclassement. Avec la montée en compétence nécessaire, mon DRH a admis qu'il ne fallait plus de reclassements au bureau des entrées en raison de son caractère stratégique. La destinée de ces reclassements est plutôt à l'accueil général. Les admissions sont désormais un secteur important qui nécessite des performances individuelles* », confie Mourad Attar, responsable du service des admissions du CH de Saint-Denis. Les trois CH les plus performants de l'échantillon comptent parmi leurs personnels peu (moins de 20 % de reclassements) voire aucun reclassement.

A plus long terme, comme le souligne Sébastien Coquelin⁶⁶, DAF du CH de Douai, les transformations des services des admissions conduiront à une plus grande sélectivité dans le recrutement : « *Avec l'importance des sommes en jeu pour FIDES séjours et l'impact décuplé qu'auraient des rejets, les personnels des admissions vont devoir approfondir leur expertise. Cela posera la question des reclassements dans l'hôpital, qui ne pourront plus être absorbés comme auparavant.* » C'est donc à une redéfinition des processus métiers et à un changement des pratiques en matière de recrutement au sein du service des admissions qu'invitent certains responsables financiers.

Pour cela, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences s'avère précieuse comme le souligne Vincent Gervaise. Le schéma suivant permet d'illustrer sa pensée.⁶⁷

⁶⁶ Entretien mené par téléphone en avril 2018

⁶⁷ La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisées, Santé RH, novembre 2016.



3.3 Recueil de bonnes pratiques et illustrations d'actions pertinentes reproductibles dans d'autres centres hospitaliers

3.3.1. La mise en place d'un accueil administratif de nuit aux urgences du CH d'Argenteuil, mené de 2012 à 2016 par l'ancien directeur des affaires financières, Sébastien Gasc

Situation initiale : des horaires resserrés, un très faible recouvrement, des pratiques différentes

- L'organisation des admissions était satisfaisante pour les consultations. En revanche, l'organisation de l'accueil administratif pour les urgences et les hospitalisations provenant des urgences créait des manques à recouvrer très conséquents. Financièrement, les urgences étaient très importantes à traiter, car les restes à recouvrer provenaient à 90 % des urgences. Le trésorier principal avait chiffré le manque à gagner annuel à 800 000 euros.

- Au niveau du système d'information, il y avait également un problème majeur d'interfaçage entre le DPI (dossier patient informatisé) et la GAP (gestion

administrative des patients). En interne, il était impossible d'estimer de façon absolue les restes à charge (RAC) en provenance des urgences. Du coup, une évaluation a été menée par rapport au nombre de passages aux urgences, qui s'élevaient à 6000 passages mensuels, dont 60 % n'avaient pas de reste à charge. Il restait donc 2400 patients qui auraient dû s'acquitter d'un RAC, dans le bâtiment en face des urgences. **Sur ces 2400 patients, seuls 10 s'étaient acquittés du RAC sur place.** Le taux était donc infime. L'objectif du changement de procédure était qu'il y ait au moins la moitié de ces patients ayant un RAC qui aille payer sur place le jour même.

La dynamique de changement initiée

Au niveau du SI, le logiciel de GAM - CASH édité par le CHU de Bordeaux, qui arrêta ses activités d'éditeur - arrivait à bout de souffle. Un changement de GAM a été opéré vers Pastel du Mipih. Ce changement obligé était l'occasion rêvée d'accompagner le changement aux urgences. Ce changement a permis de récupérer les fichiers des patients, qui avaient un reste à charge. On a aussi pu interfacer les logiciels des flux patients avec le DPI, avec l'aide du logiciel de l'hôpital de Grenoble. Interface bidirectionnelle. Ça voulait dire que dès qu'un médecin codait, l'information remontait dans le logiciel Pastel. Dès la prise en charge du patient, on pouvait déterminer le RAC dès la sortie du patient. Enfin, on pouvait déterminer le RAC grâce à l'interfaçage bidirectionnel. L'aspect SI était un élément fondamental du changement opéré.

La prise en compte du patient pour le mettre au coeur de l'organisation. Nous avons oeuvré pour une meilleure corrélation entre les horaires administratifs et les besoins des patients. Les horaires administratifs existants allaient jusqu'à 17 heures. Après cette heure-là, les responsables des urgences demandaient aux patients d'aller payer avec un succès très limité, comme nous l'avons vu. Or, le gros des passages aux urgences était entre 17 h et 23 h. D'où l'idée était de créer un poste en fin de journée, plutôt basée sur le flux patient. L'élargissement permettait également de simplifier et de rationaliser le parcours patient sur site avec une caisse installée aux urgences pour être au plus près du circuit des patients.

L'aspect médico-économique comme arme de conviction massive. La première estimation aboutissait à 30 000 euros de recettes recouvrables mensuelles très rapidement avec ce système, largement supérieur au coût de revient d'1 ETP.

Effet de dynamique positive pour les personnels soignants et administratifs, qui constataient également les effets positifs sur les recettes de l'hôpital et sur leur motivation, car cela peut être démotivant de penser que les recettes ne sont pas perçues.

Le blocage a résidé dans le portage institutionnel du projet et la coopération avec les ressources humaines. Cela fut très difficile d'obtenir les postes. Au début, cela devait provenir de l'équipe existante. Puis, un poste a été accordé. La personne est restée deux jours (isolement, charge émotionnelle en front office).

Finalement, après un grand travail de conviction, le DG et la DRH ont accepté d'aller vers 3 ETP pour créer une équipe. Les syndicats ont insisté pour la sécurité, en raison du contexte d'agression aux urgences, notamment des patients relevant de troubles psychiatriques. Il a été décidé d'embaucher un agent de sécurité 24 heures sur 24 aux urgences.

La cheffe d'équipe a dû également faire preuve de discernement et de diplomatie. Elle demandait le RAC aux patients. Mais si le patient ne pouvait pas régler pour une question X ou Y, on le laissait passer pour éviter tout débordement de violence. Le caissier avait un bouton pour laisser sortir le patient des urgences.

Les résultats obtenus :

En demandant aux patients de régler beaucoup de petites sommes, cela ne posait aucun problème dans 90 % des cas. Dans les cas restants, cela a permis de mieux identifier et de mieux cibler les patients qui avaient réellement besoin de la PASS (patients qui n'avaient pas de moyens de paiement, soit des patients très défavorisés socialement).

Expérience reproductible dans d'autres CH

Si l'expérience s'est révélée être un succès, plusieurs points d'amélioration sont possibles :

- Il est possible d'installer des bornes multi-éditeurs pour les bornes d'admission, avec l'avantage de ne pas être prisonnier d'un éditeur. Les prix varient suivant les bornes et sont très vite amortis. Pour la GAM et la gestion des rendez-vous, il faut investir 10 000 euros, voire 20 000 euros, car il vaut mieux en acheter deux pour éviter les pannes.
- Par ailleurs, pour que l'expérience soit reproductible, il faut parvenir à convaincre tous les personnels des urgences (soignants et non soignants,

notamment les agents d'accueil), avec une implication très forte de la direction générale et de la DRH pour réussir le projet.

3.2.2 L'expérience d'optimisation du CHRU de Nancy (mise en place de CDR-i au CHRU de Nancy, expérimentations, e-learning)

L'une des expériences les plus intéressantes relevées dans les CHU est celle menée par Vincent Gervaise au CHRU de Nancy (taux de rejet divisé par deux, diminution de 20 % de la masse salariale, instauration d'un pilotage qualité opérationnel hebdomadaire et stratégique mensuel, la formation vue comme un levier majeur d'amélioration de la chaîne AFR, avec notamment des formations en e-learning). Les différents éléments ont été repris dans l'entretien qu'il m'a accordé et ont alimenté ce mémoire.

Conclusion

Après avoir mené un audit au sein des Hôpitaux de Saint-Maurice, les rencontres avec les DAF expérimentés et l'enquête hospitalière comparative m'ont permis d'approfondir ma réflexion. Ainsi, il a été possible de mettre en évidence des traits communs aux organisations performantes avec une base statistique relativement large. Ces facteurs clé de succès doivent cependant être relativisés, en raison du caractère déclaratif de certaines données. Ce fut également l'occasion de dresser un état des lieux de la mise en œuvre des mesures du programme SIMPHONIE très diversement appliquées.

Par ailleurs, les évolutions programmées (numérisation, automatisation) auront nécessairement des conséquences en matière de ressources humaines. La mutation des prises en charge et le développement des solutions numériques viennent transformer les processus médico-administratifs. Les impératifs d'efficacité et de qualité de service obligent les structures hospitalières à revisiter les frontières entre les différents métiers et à développer une politique RH adaptée pour accompagner les changements. Il faut veiller en parallèle à mettre en place des indicateurs de performance grâce à un contrôle de gestion spécifique permettant de suivre ces transformations. Cela permet de réaliser rapidement les ajustements stratégiques et d'avoir un pilotage opérationnel réactif des processus médico administratifs de la chaîne AFR. Et donc d'augmenter la qualité de service rendue pour le patient, es compétences des personnels et d'améliorer la trésorerie des EP, enclenchant ainsi un cercle vertueux.

2 Bibliographie

Ouvrages

- ❖ GROLIER J., Comptabilité, analyse et gestion financières des établissements soumis à l'EPRD, Instruction M21 Version 2014, Presses de l'EHESP
- ❖ MOQUET-ANGER M-L., Manuel de Droit Hospitalier, 4e édition, 2016, LGDJ.
- ❖ WERY (O.), la facturation des soins hospitaliers, 2014.

Articles de périodiques, revues

- ❖ AUDOUARD (Alexandra), Contrôle interne, fiabilisation des comptes et amélioration de la performance : l'exemple de la facturation individuelle des établissements de santé, FINANCES HOSPITALIÈRES, n°59, 2012
- ❖ BOUYAHIAOUI (Kamel), SECK (Hervé), L'importance stratégique des admissions, renforcée par les évolutions sectorielles et technologiques, pourrait conduire à une refonte des processus métiers et des modalités de recrutement. FINANCES HOSPITALIÈRES, n°125, 2018
- ❖ BOUYAHIAOUI (Kamel), GERVAISE (Vincent), Simplification administrative à l'hôpital, Gestion Hospitalières, Septembre 2018.
- ❖ CHESNEL (Guillaume), Hôpital 2.0. Pour une gestion hospitalière data-driven. Étude de cas : la précarité en Seine-saint-Denis. Dossier, GESTIONS HOSPITALIÈRES, n°567, 2017
- ❖ FARDO (Claudie), La gestion par les compétences, une indispensable réponse aux exigences d'une facturation des soins modernisée, SANTÉ RH - LA LETTRE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, n°88, 2016
- ❖ GEORGES-PICOT (Antoine), Les habits neufs du bureau des entrées., FINANCES HOSPITALIÈRES, n°87, 2015
- ❖ GERVAISE (Vincent), Le contrôle interne, un levier de performance pour la chaîne de facturation, FINANCES HOSPITALIÈRES, n°102, 2016

- ❖ GERVAISE (Vincent), Article, La formation comme socle d'amélioration des performances de la chaîne Admissions - Facturation - Recouvrement (AFR), SANTÉ RH - LA LETTRE DES RESSOURCES HUMAINES DANS LES ÉTABLISSEMENTS SANITAIRES, SOCIAUX ET MÉDICO-SOCIAUX, n°97, 2017
- ❖ HEBBRECHT (Gilles), Parcours administratif du patient. Le programme Simphonie donne le "la", LA REVUE HOSPITALIÈRE DE FRANCE, n°576, 2017
- ❖ WERY (Olivier), Le système d'information de la facturation des soins, témoin d'un processus à maîtriser, FINANCES HOSPITALIÈRES, n°101, 2016
- ❖ WERY (Olivier), Les nouveaux usages du fichier Vidhosp, Finances hospitalières, Janvier 2018
- ❖ YAHIAOUI (Achour), Mise en place de bornes au bureau des admissions. FINANCES HOSPITALIÈRES, n°123, 2018

Mémoire EHESP

- ❖ ASSIE (Gaëtan), Préparer le secteur admission/facturation au passage à la Facturation Individuelle Des Établissements de Santé (FIDES) : L'exemple du Centre hospitalier de Saint-Malo Communauté Hospitalière de Territoire Rance Émeraude, Thèse/mémoire, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique. (E.H.E.S.P.). Rennes. FRA, 2014
- ❖ BAILLET-HÉRAULT (Aude), le déploiement de la facturation des chambres particulières, Rennes. FRA 2017.

Etudes, rapports, guides

- ❖ Kit pratique pour l'optimisation du recueil des données et de la facturation hospitalière, (ANAP, 09/11/2016)
- ❖ Retour d'expérience des premiers établissements de santé qui ont basculé en FIDES, ANAP (ANAP, 03/05/2018)
- ❖ Paiement de la part patient - Expérimentations sur trois modalités en établissement de santé (ANAP, 03/07/2018)
- ❖ Référentiel des activités et des compétences Chaîne Accueil - Facturation - Recouvrement (ANAP, 09/05/2018)

- ❖ Optimiser la chaîne de facturation / recouvrement hospitalière, mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (juin 2008)
- ❖ Mini-guide de lecture des rejets B2 (site ameli)
- ❖ Guide d'admission, mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (2008)
- ❖ Recueil de "bonnes" pratiques organisationnelles, mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (2008)

Sources législatives, réglementaires et jurisprudentielles

- ❖ Directive n°2006/112/CE du 28 novembre 2006
- ❖ Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite Loi de modernisation de notre système de santé.
- ❖ PLFSS 2018
- ❖ Décret n° 2011-1217 du 29/09/2011 relatif à l'expérimentation de la facturation individuelle

Ressources internes à l'établissement

- ❖ Procédure d'admission (entrées, sorties, AME) du SSR adulte
- ❖ Procédure d'admission du pôle Femme-Enfant
- ❖ Anciennes conventions avec les mutuelles (datant de 1996)
- ❖ Fiche de poste des secrétaires médicales
- ❖ Fiche de poste des assistantes sociales
- ❖ Fichier structure de l'établissement par pôles cliniques
- ❖ Fiche de recueil des actes externes - médecine - pôle adulte
- ❖ Relevés d'activité par type d'intervenant sur tous les pôles
- ❖ Etat de la facturation des pôles insuffisance rénale chronique et maternité
- ❖ Comptes financiers 2014, 2015 et 2016
- ❖ Audit du cycle recettes portant sur les séjours et les consultations externes en 2016 sur l'exercice 2015 effectué par le cabinet Grant Thornton

Dépêches

- ❖ Une nouvelle convention entre le CHU de Rennes et la direction régionale des finances publiques (APM, 18/08/18)
- ❖ Paiement à l'hôpital: le programme Simphonie doté d'une enveloppe de 4 M€ pour 2018 (APM, 04/07/18)
- ❖ L'Anap publie un référentiel des activités et compétences pour la chaîne de facturation et de recouvrement (APM, 09/05/18)

- ❖ Hôpital: généralisation de l'outil de consultation en ligne des droits à l'assurance maladie des patients (APM, 09/05/17)

3 Liste des annexes

- ❖ **Annexe 1** : Modèle d'entretien pour l'enquête comparative menée dans 63 établissements hospitaliers
- ❖ **Annexe 2** : Liste des entretiens menés
- ❖ **Annexe 3** : Proposition de règlement intérieur relatif à la domiciliation
- ❖ **Annexe 4** : Profil qualité des flux des HSM en septembre 2018
- ❖ **Annexe 5** : Profil qualité des flux des HSM sur l'année 2017 (d'avril à décembre 2017)
- ❖ **Annexe 6** : les principaux axes d'amélioration identifiés par processus au sein des hôpitaux de Saint-Maurice
- ❖ **Annexe 7** : Les actions correctives identifiées pour les Hôpitaux de Saint-Maurice
- ❖ **Annexe 8** : Hiérarchisation des actions correctives identifiées pour les Hôpitaux de Saint-Maurice en fonction des enjeux et des efforts estimés
- ❖ **Annexe 9** : proposition de valorisation des consultations complexes des HSM
- ❖ **Annexe 10** : valorisation de l'activité des HSM en 2017
- ❖ **Annexe 11** : décomposition du processus AFR en activité et en micro-compétences

<SECK>	<HERVE>	<Date du jury 12 octobre 2018>
<p><Elève-directeur d'hôpital></p> <p>Promotion <2018></p>		
<p>Optimiser une chaîne Admissions-Facturation-Recouvrement en pleine transformation numérique, l'exemple d'une réorganisation menée aux Hôpitaux de Saint-Maurice objectivée par une enquête hospitalière comparative</p>		
<p>Résumé : L'importance accordée de la chaîne admissions-facturation-recouvrement (AFR) a été actée par le programme national Simphonie visant à fiabiliser, numériser et raccourcir la chaîne de facturation afin d'améliorer le taux de recouvrement global et diminuer le montant des créances hospitalières non recouvrées à un an (47 % en 2016). La performance de la chaîne AFR conditionne déjà la trésorerie des EPS. La mise en place programmée de FIDES Séjours accroît encore l'importance de cette optimisation de la chaîne AFR.</p> <p>Après avoir mené un audit au sein des Hôpitaux de Saint-Maurice, j'ai mené une enquête comparative afin de pouvoir déterminer des facteurs clé de succès de organisations. Selon cette enquête comparative, la mise en œuvre des mesures de SIMPHONIE est très diversement appliquée, comme le reflètent les indicateurs de performance. Une dizaine de traits communs aux organisations performantes ont pu être relevés.</p> <p>Par ailleurs, les évolutions programmées (numérisation, automatisation) auront nécessairement des conséquences en matière de ressources humaines. La mutation des prises en charge et le développement des solutions numériques viennent transformer les processus médico-administratifs. Les impératifs d'efficience et de qualité de service obligent les structures hospitalières à revisiter les frontières entre les différents métiers et à développer une politique RH adaptée pour accompagner les changements. Il faut veiller en parallèle à mettre en place des indicateurs de performance grâce à un contrôle de gestion spécifique permettant de suivre ces transformations. Cela permet de réaliser rapidement les ajustements stratégiques et d'avoir un pilotage opérationnel réactif des processus médico administratifs de la chaîne AFR.</p>		
<p>Mots-clé : admissions - AFR - facturation - recouvrement - FIDES - SIMPHONIE - rejet - B2 - pré-paiement - bornes d'admission.</p>		
<p><i>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.</i></p>		

Annexe 1 : Questionnaire adressé aux DAF

Questionnaire à l'attention des DAF

Présentation et objet du questionnaire :

Je suis élève-directeur aux Hôpitaux de Saint-Maurice et je réalise une enquête sur l'optimisation des recettes possible par une amélioration de l'exhaustivité, de la fiabilité et de l'efficacité de la chaîne admission-facturation-recouvrement. Cette enquête fera l'objet d'un mémoire. Les résultats de l'enquête (résumé, recueil de bonnes pratiques) seront adressés aux établissements participants.

Thème 1 : Organisation et fonctionnement du service des admissions, place dans l'hôpital

1/ Quel est le nombre d'ETP du service ?

2/ Pour un budget de l'hôpital de quel ordre ?

3/ Les employés des admissions sont-ils polyvalents entre consultations et hospitalisations ? (O / N / Pas entièrement)

4/ Les employés du service admissions sont-ils polyvalents (constitution du dossier d'admission / facturation / vérification / traitement des rejets) ? (O / N / Pas entièrement)

5/ Les tâches des employés des admissions en front-office (en contact avec le patient) pour les ACE sont-elles en partie effectuées par des secrétariats médicaux polyvalents ?

6 / Si non ou si pas entièrement à l'une des trois précédentes questions, détaillez brièvement l'organisation :

7/ Votre organisation des admissions est (centralisée / décentralisée = plusieurs antennes distinctes / partiellement décentralisée = une seule antenne centrale avec des admissionnistes présents dans les pôles)

8/ Y-a-t-il des dispositifs spécifiques pour

- Les admissions aux urgences (O/N)

- Les admissions en dehors des horaires d'ouverture (O/N)
- Les SDF (O/N)
- Les patients étrangers non européens avec des titres de séjours mais sans droits (O/N)
- Les patients précaires (O/N)

8 bis/ Si oui, de quelle nature (détailler brièvement les dispositifs pertinents) ?

9/ Quelle est la durée de la chaîne de facturation (temps nécessaire pour titrer à compter de la sortie du patient) ?

10/ Quel est votre taux de rejet sur le flux B2 ?

11/ Utilisez-vous d'autres indicateurs ?

- Nombre de dossiers traités par agent (productivité)
- Montant des créances placées en non-valeur/montant total des créances
- Délai de complétude administrative
- Délai de traitement des rejets
- Nombre de dossiers à l'identité incertaine /nombre total de dossiers
- Nombre de factures ni payées ni rejetées
- Délai moyen de codage des ACE
- Taux de non codage
- Taux de recouvrement (en collaboration avec le Trésor Public)

12/ Eprouvez-vous des difficultés à obtenir les indicateurs pertinents pour piloter la chaîne de facturation (exhaustivité, fiabilité, durée) ? (O/ N / en partie)

13/ Votre établissement a-t-il fait l'objet d'un audit et/ou d'un accompagnement au cours des trois dernières années (O/N) ?

14/ Si oui, s'est-il basé sur l'un des éléments suivants :

- Audit d'un cabinet de consultants spécialisé en facturation

- Audit d'un cabinet de consultants non spécialisé
- Utilisation de l'outil diagnostique de l'ANAP
- Dispositif d'expérimentation dans le cadre du déploiement de Simphonie (prépaiement, CDR-i, bornes...)

15/ En quoi, les recommandations de Simphonie vous ont été utiles ?

Thème 2 : Parcours patient

1/ Les modalités d'admission et de paiement sont-elles explicitées sur le site internet de l'établissement :

- Horaires (O/N)
- Documents à fournir en fonction des services (O/N)
- Distinction suivant la chronicité des pathologies (O/N)
- Plan (O/N)
- TIPIH (O/N)

2/ La localisation des admissions permet-elle de contrôler entièrement le flux patient entrant et sortant ?

3/ Outre les données d'identification habituelles, récupérez-vous les données suivantes :

- Mail (O/N)
- Coordonnées bancaires (O/N)

4/ Effectuez-vous des pré-admissions ? (O/N)

5/ Si oui, pour quelle part des admissions ?
(0-20%/20-40%/40-60%/60-80%/80-100%)

6/ La prise de rendez-vous pour les consultations se fait-elle via un prestataire externe (Keldoc, Doctolib, Mondocteur...) (O/N)

7/ Si oui, pour quelle part des consultations ?
(0-20%/20-40%/40-60%/60-80%/80-100%)

8/ Existe-t-il des coupe-file pour les malades chroniques (ALD) pour éviter le passage répété au service des admissions ?

9/ Les soins sont-ils reprogrammés en cas de reste à charge pour les consultations non urgentes ?

10/ Le personnel soignant est-il sensibilisé aux questions administratives propres aux admissions ?

11/ Si oui, comment ?

Thème 3 : système d'information et CDR-i

1/ Quel est votre prestataire informatique pour la gestion administrative des patients ?

2/ Votre SI facilite-t-il l'édition d'indicateurs de pilotage de la chaîne de facturation (exhaustivité, fiabilité, durée, productivité) (O/ N / Pas entièrement) ?

3/ L'hôpital est équipé de CDR-i (O/N)

4/ Si oui, CDR-i vous a permis :

- De faire chuter le taux de rejet
- De dégager du temps de personnel
- De raccourcir la chaîne de facturation

5/ Quelle a été la diminution du taux de rejet attribuable à CDR-i ?

Thème 4 : Bornes d'admission

1/ L'hôpital dispose-t-il de bornes automatisées d'admission ? (O / N / envisage l'acquisition)

2/ Si non, quels sont les facteurs bloquants :

- Pas d'utilité
- Pas de rentabilité

- Pas de visibilité sur l'efficacité de la solution
- Non adapté à la patientèle

Puis saut de thème

2/ Si oui ou envisage l'acquisition, de combien ? (1 à 10)

3/ Incluent-elles également un dispositif de prépaiement ? (O/N)

4/ Si oui, avez-vous opté pour la location ou pour l'acquisition ?

5/ Quels ont été les principaux avantages ?

- Amélioration de la trésorerie
- Fiabilisation des données et diminution du taux de rejet
- Fluidification du parcours patient
- Economies d'ETP
- Autre

6/ Si autre, préciser :

7/ Quels ont été les principaux inconvénients ?

- Importants cas non traités (par exemple AME)
- Patientèle illettrée
- Patientèle déboussolée
- Personne âgée
- Autre

8/ Si autre préciser :

Thème 5 : dispositifs de pré-paiement
--

1/ L'hôpital est-il muni de dispositifs de pré-paiement ? (O / N / envisage l'acquisition)

2/ Si non, quels sont les facteurs bloquants ?

Puis saut de thème

2bis/ Si oui ou envisage l'acquisition, quels ont été les avantages concrets ?

- Amélioration de la trésorerie
- Fiabilisation des données et diminution du taux de rejet
- Fluidification du parcours patient
- Autre,

3/ Si autre, préciser :

4/ Quels sont les inconvénients majeurs ?

- Incompréhension / peur de laisser ses empreintes bancaires
- Personnes ne disposant pas de carte bancaire sur eux
- Personnes refusant de laisser leurs empreintes bancaires
- Personne ne parlant pas français
- Autre

5/ Si autre, préciser :

Thème 6 : formation, attractivité, anticipations des évolutions

1/ Quel est le pourcentage de personnel des admissions issu du reclassement ?

(0-20%/20-40 %/ 40-60 %/plus de 60 %)

2/ Quelles sont les formations prévues pour ces personnels ?

3/ Avez-vous des difficultés à recruter pour le service des admissions (O/N)?

4/ Face aux transformations des admissions (automatisation, pré-paiement, remboursement des organismes complémentaires, reconnaissance automatique des droits), comment les personnels s'adaptent-ils à ces évolutions ?

- Avec entrain et/ou sans difficulté majeure
- Avec des difficultés, atténuées par des formations ou des mesures spécifiques
- Difficilement
- Ne s'adaptent pas du tout

Thème 7 : dématérialisation, contrôle interne

1/ Le contrôle interne a-t-il permis de mieux structurer le circuit de facturation ? (O/N)

2/ Si oui, préciser :

3/ Comment le passage à la dématérialisation va-t-il impacter l'organisation de la chaîne de facturation du service des admissions ?

- Restructuration du service
- Gain d'ETP
- Conséquences possibles pas encore évaluables

4/ Si autre, préciser :

Thème 8 : l'avenir d'un service d'admission de GHT

1/ Êtes-vous :

- Etablissement-partie ?
- Établissement support

2/ Vous paraît-il possible de concevoir un service commun d'admission de GHT pour la partie back-office ?

- Oui, à court terme (moins de deux ans) dans la foulée de la dématérialisation totale.
- Oui, à moyen terme (deux à cinq ans)
- Ni à court terme, ni à moyen terme

3/ Dans un service d'admission de GHT, outre les interactions liées au front-office (collecte des données administratives relatives au patient), que devrait-on conserver en local ?

- Le traitement des rejets
- Les éléments de back-office spécifiques au site hospitalier et/ou complexes
- Les éléments relatifs aux ACE pour parvenir à émettre des titres en temps réel

- Autre : préciser.

<u>Thème 9 : conclusion</u>

1/ Auriez-vous de bonnes pratiques et/ou des dispositifs concernant les admissions à partager et non mentionnés dans ce questionnaire ?

Merci de votre participation

Annexe 2 : Liste des entretiens menés

Aux hôpitaux de Saint-Maurice : Séverine Huguenard, directrice des affaires financières; Souad Sakif, attachée responsable des admissions; les trois adjoints des cadres à plusieurs reprises; l'ensemble des personnels des admissions (20 personnes); les sept TIM; trois chefs de pôle ; huit assistantes sociales.

Dans les autres centres hospitaliers :

Huit entretiens semi-directifs ont été menés suivant la trame du questionnaire en annexe 1 avec : Simone de Sousa, responsable des admissions de l'ESPIC du CH de Saint-Camille à Bry-sur-Marne et ancienne responsable du service des admissions au centre hospitalier intercommunal de Villeneuve-Saint-Georges ; Anne-Céline Labansat-Bascou, directrice adjointe aux finances du Groupement hospitalier Nord Essonne; Mourad Attar, responsable du service des admissions du CH de Saint-Denis ; Guillaume Bellicchi, directeur des finances du CH de Périgueux; Sébastien Coquelin, directeur des finances du CH de Douai ; Jessica Dolle, directrice adjointe aux finances du CH d'Aulnay; Oriane Delivré, directrice adjointe des finances à l'hôpital Avicenne; Vincent Gervaise, ancien directeur au CHRU de Nancy.

Par ailleurs, cinquante-cinq établissements ont participé à l'enquête : s.veillet@ch-riom.fr; jl.cassagnol@ch-jonzac.fr; thomas.coat@ch-cotedelumiere.fr; corinne.olayat@ch-cholet.fr; jbcazenave@ch-cotebasque.fr; m.jaouen@ch-stmalo.fr; corinne.destieu@psv47.fr; severine.lalanne@ch-bagneres.fr; emmanuel.dudognon@chu-brest.fr; l.lebreton@ch-ab.fr; jlyrondy@ch-rivesdeseine.fr; anne-marie.desaunai@chlaval.fr; roulets@ch-dax.fr jperret@ch-mayenne.fr; amandine.thibaud@chu-angers.fr; pierre-olivier.buan@ch-flers.fr; sophie.martageix@ch-brive.fr; s.maunier@ch-lvo.fr; isabelle.ebreuil@ch-gisors.fr; severine.roumagnac@ch-villefranche-rouergue.fr; patrice.hunault@ch-bourges.fr; bernard.mugnier@ch-saintgaudens.fr; vbedoucha@ch-provins.fr; e.lapeyre@ch4v.fr; richerd@ch-blois.fr; mp.scellier@ch-beauvais.fr; h.charvet@ch-saintnazaire.fr; clientele@ch-lisieux.fr; christine.abraham@ch-cayenne.fr; erayne@ch-ales.fr; finances@ch-crest.fr; cpolito@ch-avignon.fr; vpegeot@ch-alpes-leman.fr;

b.chamaret@ch-vienne.fr; bury@ch-salinslesbains.fr; vbrunier@ch-bagnolssurceze.fr;
vincent.gervaise@chu-rennes.fr; barthelemy.saccoman@ch-roanne.fr;
jean-luc.pisella@ch-bastia.fr; j.gangneux@gh70.fr; e.debernieres@ch-brignoles.fr;
solenne.alzin@ch-colmar.fr; omoulinet@ch-valence.fr; ljouault@ch-albert.fr;
clenne@chsa.fr; c.robert@ch-toul.fr; muriel.morisot@ch-soissons.fr;
isabelle.planeix@ch-laon.fr; gspido@chu-reims.fr; gaelle.homberg@chu-lyon.fr;
mlepicier@ch-bassindethau.fr; rayinaakilotan@ch-arpajon.fr;
s-masse@ch-hopitauxduleman.fr; jacson.patrick@ch-sambre-avesnois.fr;
marie.devillers@ghsc.fr.

Entretien en dehors des centres hospitaliers :

- ❖ Entretien avec Gilles Hebbrecht, responsable du programme SIMPHONIE à la DGOS le 08/07/18.
- ❖ Entretien avec Sylvie Cottin, cheffe de projet à l'ANAP.
- ❖ Entretiens avec Olivier Wery, expert facturation au CNEH, consultant, dirigeant de la rubrique facturation à Finances Hospitalières et auteur du livre "La facturation des soins hospitaliers".

Annexe 3 : Proposition de règlement intérieur relatif à la domiciliation

REGLEMENT INTERIEUR RELATIF A LA DOMICILIATION -

AME - HSM

CONTEXTE

La procédure de domiciliation permet aux personnes sans domicile stable, à savoir toutes personnes qui ne disposent pas d'une adresse lui permettant d'y recevoir et d'y consulter son courrier de façon constante, d'avoir une adresse administrative pour faire valoir ses droits sociaux (sécurité sociale et AME).

Il s'agit d'un service proposé gratuitement par notre hôpital qui a reçu l'agrément de la préfecture du Val-de-Marne au titre d'organisme domiciliataire.

I/ L'OUVERTURE DE LA DOMICILIATION

Une élection de domicile peut être délivrée à l'issue d'un entretien avec un intervenant social. Ce dernier vise notamment à déterminer si la demande est justifiée par la situation du demandeur, si d'autres procédures de domiciliation ne sont pas déjà en cours et à informer sur les droits et les obligations.

Seules sont éligibles les personnes ayant un lien avec les communes du Val-de-Marne, ayant une consultation ou un séjour. :

En cas d'acceptation de votre demande, une attestation d'élection de domicile est remise, sous la forme d'un dossier CERFA, qu'il vous appartient de conserver.

Les horaires durant lesquels le service de domiciliation est disponible sont les suivants :

Du lundi au vendredi :

- 09 h - 12 h

- 13 h -16 h

II/ LA DÉLIVRANCE DU COURRIER

Votre courrier vous sera délivré sur présentation d'une pièce d'identité.

Il vous appartient de vous présenter au minimum une fois tous les trois mois. A défaut, et en l'absence de motif légitime, il sera procédé à votre radiation.

En cas d'impossibilité de votre part de vous présenter, il vous est possible d'adresser une demande de procuration. Cette procuration est limitée à une seule personne et pour une durée limitée à 3 mois. La personne que vous désignerez devra se présenter avec sa pièce d'identité et votre attestation de domiciliation.

La domiciliation ne peut être utilisée pour y faire adresser le courrier d'une tierce personne, même un proche. Elle ne peut, en aucun cas, être utilisée dans le cadre ou pour l'exercice d'une activité professionnelle ou commerciale, et en particulier en tant que siège sociale. Enfin, l'adresse de domiciliation ne saurait être utilisée dans le but de réceptionner des colis.

III/ DUREE DE LA DOMICILIATION

L'élection de domicile dure un an. Sa date d'expiration figure sur l'attestation CERFA.

La domiciliation est renouvelable, à l'issue d'un nouvel entretien, dès lors que la personne en remplit toujours les conditions. Il est conseillé de renouveler la demande 1 mois avant la date d'expiration.

IV/ RUPTURE DE LA DOMICILIATION

Il est procédé à la radiation du bénéficiaire si une des situations suivantes se présente :

- Le bénéficiaire retrouve un logement stable ou dispose d'une autre domiciliation
- Le bénéficiaire ne vient pas retirer son courrier dans l'échéance des 3 mois sans motif légitime.
- Le bénéficiaire ne respecte pas le règlement de fonctionnement pour la domiciliation.
- Le bénéficiaire ne demande pas de renouvellement à l'issue de l'année de domiciliation.
- Le bénéficiaire fait une utilisation frauduleuse de la domiciliation.

Un certificat de radiation, mentionnant les modalités de recours éventuels, est systématiquement mis à disposition du bénéficiaire et son courrier est stocké pendant au minimum 1 mois avant d'être renvoyé à l'expéditeur.

Liste des droits :

- Affiliation au régime de sécurité sociale (Aide médicale d'état «AME», couverture maladie universelle «CMU», couverture maladie universelle – complémentaire «CMU-C», aide à la complémentaire santé «ACS»)
- Dans le cas des personnes non ressortissantes de l'Union Européenne et en situation administrative irrégulière, ce champ est strictement circonscrit à la demande d'AME.

Annexe 4 : Profil qualité des flux des HSM en septembre 2018

Qualité des flux des hôpitaux publics

Edité le : 10/09/2018

Année	
2017	
2018	

Mois	
01	02
03	04
05	06
07	08
09	10
11	12

Etablissement	
CHI de Créteil	
CHI de Villeneuve Saint Ge...	
Gustave Roussy-Chevilly La...	
Gustave Roussy-Villejuif	
Hôpital Saint Camille	
Les Hôpitaux de Saint Maur...	
Moyenne Hôpitaux 94	

Mois	Moyenne de Nb Factures reçues	Moyenne de Taux rejet
01	5997	7,51
02	4124	6,36
03	6254	6,78
04	5507	6,77
05	5177	7,24
06	4993	5,30
07	6952	4,35
08	5565	4,08

Mois	Moyenne de Délais facturation
01	58,72
02	18,62
03	23,46
04	34,18
05	46,28
06	62,99
07	37,26
08	47,75

Mois	Moyenne de Délais traitement
01	6,86
02	6,22
03	6,16
04	5,97
05	7,06
06	5,6
07	6,46

Principales anomalies

Code Anomalie	Libellé Anomalie	Moyenne de Taux rejet Anomalie
0450 0821	L EXONERATION MATERNITE CONNUE AU REFERENTIEL N A PAS ETE TRANSMISE	12,26
	INSEE ET NIR INCONNUS	11,94
0317 0511	INCOMPATIBILITE ASU-NAT / REGIME	11,29
0315 0361	STRUCTURE DATE AT ERRONEE	9,68
0315 0341	VALEUR ERRONEE DU CODE CRAM	6,13
0710 0601	MNT DEMANDE-MNT CALCULE T2A PUBL.	4,52
1571	FACTURE DEJA TRANSMISE	4,19
	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR CONNUE AU REFERENTIEL N A PAS ETE TRANSMISE	4,19
0450 0561	TRANSMISE	3,87
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	3,87
0450 0541	L EXONERATION DU TICKET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL	3,55

Taux d'anomalies CPU

Mois	Moyenne de Taux anomalies CPU
01	0,00
02	0,03
03	0,00
04	0,00
05	0,04
06	710,61
07	0,05

Un taux de rejet stabilisé à 4 %

Le **taux de rejet** s'approche de 4 % en juillet et août, en baisse tendancielle par rapport à la moyenne de 6,95 % enregistrée sur 2017. L'exonération maternité a chuté fortement parmi les motifs de rejets, reflétant le travail de formation et d'amélioration entrepris auprès des personnels de facturation travaillant dans le pôle femme-enfant.

Annexe 5 : Profil qualité des flux des HSM sur l'année 2017 (d'avril à décembre 2017)

Evolution du taux de rejet

Mois	Moyenne de Nb Factures reçues	Moyenne de Taux rejet
04	20	0,00
05	2156	6,13
06	1515	6,49
07	9201	7,74
08	2389	8,36
09	5289	4,58
10	8987	6,47
11	5187	5,83
12	10630	6,59

Principales anomalies

Code Anomalie	Libellé Anomalie	Moyenne de Taux rejet Anomalie
0450 0821	L EXONERATION MATERNITE CONNUE AU REFERENTIEL N A PAS ETE TRANSMISE	26,38
0710 0601	MNT.DEMANDE>MNT CALCULE T2A PUBL. L ASSURE EST ABSENT DE NOTRE BASE SOUS LE NUMERO D IMMATRICULATION	12,25
0250 050	TRANSMIS	4,58
2600 6701	INCOMP SPECIALITE EXECUTANT	4,17
0480 0561	ABS.CONTRAT EX ET MUT FIC.T2A PUB L EXONERATION DU TOUTET MODERATEUR EST ABSENTE AU REFERENTIEL	3,63
0450 0541	1571 FACTURE DEJA TRANSMISE	3,63
0270 0511	BENEFICIAIRE INCONNU DANS LA BDO	2,69
1531	INVALIDATION A L INITIATIVE DE LA CAISSE	2,69
0317 0511	INCOMPATIBILITE ASU-NAT / REGIME	2,42

Evolution du délai de facturation

Mois	Moyenne de Délais-facturation
04	13,40
05	34,61
06	55,79
07	30,65
08	24,39
09	38,56
10	24,28
11	46,63
12	186,87

Evolution du délai de paiement

Mois	Moyenne de Délais traitement
04	5
05	7,06
06	5,6
07	5,5
08	6,34
09	5,96
10	6,22
11	6,93
12	8,69

Taux d'anomalies CPU

Mois	Moyenne de Taux anomalie CPU
04	0,00
05	0,00
06	0,00
07	0,00
08	0,00
09	0,00
10	0,00
11	0,03
12	0,31

De fortes variations saisonnières, une fiabilité parfaite

Le **taux de rejet** est compris entre 4,56 et 8,38%, avec une moyenne annuelle à 6,95%. Le taux cible étant fixé à 3% par l'ARS. La moyenne nationale s'établissant selon M. Hebberecht à 3,5 %.

Les **délais de facturation** varient fortement suivant la période de l'année, avec des pics forts (début de l'été), voire très forts (fin de l'année). Ce qui peut avoir des conséquences en matière de recouvrement et de trésorerie.

Annexe 6 : les principaux axes d'amélioration par processus aux HSM

Axes d'amélioration	Admissions
Des saisies erronées (nom, adresse, droits)	Services des admissions
Obsolescence de la base de mutuelles	Service des admissions
Les règles de facturation des dossiers (délais, non facturation, classement en poste SDF) varient suivant les gestionnaires	Admissions psychiatrie
Forte augmentation des dossiers de SDF (de 400 000 euros à 900 000 euros en 2017)	Admissions (surtout psychiatrie)
Non recueil de téléphone et des coordonnées bancaires et rarement de mail (200 à 300)	Admissions
Un partage perfectible des informations sur les mouvements	Service des admissions, service des soins et service DIM
Des mouvements non saisis en temps réel	Service des admissions et service des soins (psy en fin de trimestre)
Des actes ou consultations saisis/transmis en double (D13 et ACE)	Service des admissions (SSR), services des soins et DSI
Des difficultés de contrôle des données administratives (liées au changement d'adresse)	Services des admissions et service de facturation
Prise en charge AME parfois tardive ou inexistante, sous-utilisation du dispositif AME soins urgents	Admissions psychiatrie, SSR, assistantes sociales
Productivité très hétérogène (de 2 à 20 dossiers)	Admissions psychiatrie, SSR
Absentéisme significatif	Service des admissions (psychiatrie),
Double saisie d'actes : tableaux Excel en sus d'Hexagone au SSR enfants et au pôle ITRC	Admissions, facturation, services de soins
Dossiers vides non traités (contrôles embarqués dans Hexagone insuffisamment consultés)	Admissions, service DIM et services des soins
Communication perfectible dans la chaîne de vérification gestionnaires de l'admission et facturation. Allongement de la durée et baisse de la fiabilité.	Admissions maternité / facturation maternité
Des titres étaient placés en TES (titres en souffrances) bien qu'il soit possible d'obtenir des recettes sur le titre 1	Admissions, facturation, services de soins
La chambre particulière n'est pas systématiquement proposée	Admissions (SSR)

Axes d'amélioration	Admissions
Pas de hiérarchisation des dossiers de facturation	Services des admissions
Nette dégradation du taux de rejet B2 après FIDES (près de 8 % à l'été 2017 pour une cible à 3-4 %)	Service des admissions
Non prise en charge de mutuelles en consultations	Admissions psychiatrie
Forte minorité de dossiers avec NPAI (n'habite pas à l'adresse indiquée) en raison du retard de facturation et de la qualité perfectible du travail de CTR	Admissions (surtout psychiatrie)
Augmentation du taux de rejet quand il y a un changement de nomenclature ou de tarif (en lien avec les mises à jour d'Hexagone notamment)	Admissions
Toutes les chambres particulières ne sont pas saisies (soit 1re nuit sur le séjour, soit erreur de croix cochée en facturation, et quand pas de numéro de chambre ou signature patient)	Service des admissions, service des soins et service DIM
Des dossiers non facturés	Service des admissions et service des soins (psy en fin de trimestre)

Axes d'amélioration	Services de soins
Séjours à zéro nuit en psy et mutation immédiate	Admissions en psychiatrie, services de soins (impact sur les PIE)
Multiplication des journées et de séjours en SSR, due aux retours de permissions le dimanche.	Services de SSR
Pas ou peu de recueil de documents administratifs	Services de soins ambulatoires en psychiatrie
Des actes (prélèvements) n'étaient/ne sont pas saisis	Services des soins (déversement des actes du laboratoire) : maternité
Un codage non réalisé à temps	Services des soins et service DIM.
Les venues en hôpital de jour n'étaient pas enregistrées. Baisse de 20 % de l'activité à l'automne 2017.	Secrétariats médicaux, services de soins (Paris 12 en psychiatrie)
Des actes ne sont pas saisis	Psychiatrie en ambulatoire (visible dans la comparaison Hexagone et Orbis avec un delta de 8453 actes). Très faible prise en compte de l'activité des équipes mobiles. Neuf équipes mobiles (SSR, psy, mixtes SSR-Psy) non retranscrites
Pas de prise en compte de la HAD	Patients inscrits dans les registres de l'AP-HP
PIE non facturées dans l'établissement.	DAL, services de soins, DIM
Délai de transmission long avec les secrétaires de SSR enfants	Secrétariats médicaux SSR enfants
Un codage sous-valorisé des actes ACE	Service de maternité (frottis à 12 et 15 euros), NGAP et probablement CCAM.
Très faible pourcentage de consultations complexes (7 consultations complexes en 2017).	SSR (à mettre en relation avec les sessions de formation dédiées). En particulier le SSR dialyse.

Axes d'amélioration	Recouvrement
Pics de facturation qui engorgent le système de recouvrement. Montant de titres décuplés en décembre 2017 par rapport à décembre 2016.	Admissions, facturation, TP
Pas de suivi spécifique des titres « ni payés, ni rejetés » par la CPU. Il s'agit de factures pour lesquelles aucune réponse n'est parvenue, aucun retour 908 (rejet courant), ni de retour 578 (rejet année passée).	DAF, TP
Faible paiement sur place. Seule la moitié des patients revient payer la part complémentaire après la consultation	Consultations SSR, Maternité
Mauvais recouvrement de la part complémentaire, étayé par les milliers de titres à 6,90 et 7,80 envoyés par la TP	Service des admissions (SSR, Maternité), TP
Les patients ne parviennent pas à comprendre quand payer avec le Trésor public (contre-intuitif pour les patients)	Service des admissions (SSR, Maternité), TP
Délai de relance tardif quand il y a des problèmes de prise en charge mutuelle ou de contentieux	Admission, assistantes sociales, facturation
Forte erreur en rejet sur l'exonération maternité (26 % sur 2017 de tous les rejets B2)	Service des admissions et service de facturation, admission PFE
Des difficultés de contrôle des données administratives (liées au changement d'adresse)	Services des admissions et service de facturation

Annexe 7 : Les actions correctives identifiées pour les HSM

Axe d'amélioration	Actions correctives	N°	Effort	Enjeux
Des difficultés de recueil de données administratives fiables	Etablir un pilotage des indicateurs de qualité de la chaîne de facturation (qualité, fiabilité, exhaustivité, rapidité et productivité) conjugués à des actions de formation ciblées, voire personnelles.	1	2	4,5
Des difficultés de recueil de données administratives fiables	Recueillir des données pérennes : favoriser le recueil des adresses mails et des données bancaires	2	4,5	4,5
Des difficultés de recueil de données administratives fiables	Tester les bornes en maternité	3	4	4,5
Des difficultés de recueil de données administratives fiables	Tester un SMS de confirmation de RDV avec les pièces à présenter une semaine avant et la veille du RDV	4	2,5	4,5
Des pertes de recettes concernant l'encaissement des chambres particulières et autres frais de séjours	Mettre en place une procédure renforcée sur le suivi et l'encaissement des frais de séjour	5	4	4,5
Des pertes de recettes liées aux défaillances d'encaissement des chambres particulières et autres frais de séjours	Favoriser le pré-paiement, après avoir comparé les expériences en cours dans d'autres centres hospitaliers.	6	3	4,5
Recueil de données administratives non exhaustive (ex. : adresse postale, carte d'identité...)	Actualiser une procédure exhaustive. La procédure décrit les informations à recueillir, les demandes de pièces (carte d'identité, carte vitale, mutuelle, protocole ALD, moyen de paiement) avant le RDV, la politique d'identification des patients, les contrôles à effectuer, les modalités lorsque le patient n'a pas les documents et les modalités de recueil en dehors des horaires d'ouverture.	7	2	4,5
Recueil de données administratives non exhaustive (ex. : adresse postale, carte d'identité...)	Définir des indicateurs de suivi de la complétude des dossiers administratifs	8	3	4,5
Recueil de données administratives non exhaustives (ex. : adresse postale, carte d'identité...)	Former le personnel sur la mise en application de la procédure relative au recueil des données administratives	9	2	4

<i>Axe d'amélioration</i>	<i>Actions correctives</i>	<i>N°</i>	<i>Effort</i>	<i>Enjeux</i>
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Mettre en place le paramétrage pour favoriser l'utilisation des contrôles embarqués d'Hexagone	10	2,5	3
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Sensibiliser le personnel sur la nécessité de vérifier les données par le CDR	11	1	5
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Fiabiliser les accès à Hexagone en traçant et en restreignant les droits suivant les utilisateurs	12	3	2
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Editer à J+1 une liste des entrées de la veille par requête informatique avec une mesure de la complétude des dossiers quotidienne et ainsi cibler les dossiers à risque (notamment AME)	13	2	4,5
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Identifier la personne gestionnaire de la complétude du dossier	14	2	2
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Appeler à J+1 le patient déjà sorti pour avoir les pièces manquantes (carte d'identité, carte vitale, mutuelle et protocole AME ou ALD)	15	2,5	3
Des saisies des droits et relevant de l'identité du bénéficiaire erronées	Mettre en place des indicateurs du taux de rejet par famille de rejet, hiérarchisée, en relation avec des actions correctives	16	3	3,5
Des actes saisis deux fois	Mettre en place une procédure précisant les modalités pour confirmer auprès des CPAM concernées que ce n'est pas un doublon	17	2	3
Des montants de facturation erronés (ex. : exonération non transmises par le CH)	Rédiger et mettre en application une procédure indiquant de vérifier via le CDR les données administratives avant que le dossier soit facturé	18	2	4
Des anomalies sur le parcours de soins saisis (ex. pathologies qui ne peuvent pas être principales et erreur de transmission données médecin référent à médecin traitant Agfa**)	Reprendre la base des médecins traitants dans AGFA, pour l'épurer et la mettre à jour.	19	2,5	3

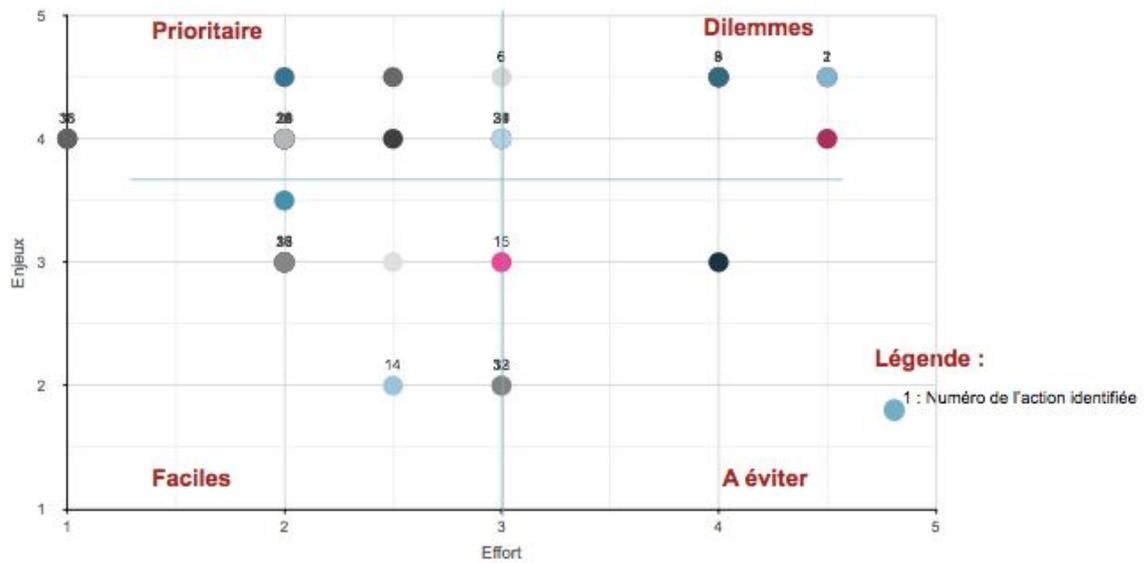
<i>Axe d'amélioration</i>	<i>Actions correctives</i>	<i>N°</i>	<i>Effort</i>	<i>Enjeux</i>
Des anomalies sur le parcours de soins saisies (ex. pas d'exonération maternité)	Rédiger une procédure indiquant de consulter le CDR pour vérifier les données administratives avant que le dossier soit facturé (vérifier que la personne ait la bonne exonération en maternité, un médecin traitant)	20	2	4
Un mauvais partage des informations lors d'un changement de mouvement	Désigner un référent métier applicatif de la GAM, son rôle et ses fonctions (mettre en œuvre la politiques de gestion des mouvements, former les acteurs, auditer et contrôler l'application de la procédure, actualiser la procédure, produire et suivre les indicateurs de pilotage, informer le service DIM des changement de mouvements)	21	4,5	4
Des mouvements non saisis en temps réel	Elaborer une procédure standard décrivant la gestion des mouvements (mise en relation avec le service admission)	22	2	4
Des mouvements non saisis en temps réel	Identifier précisément les secrétaires les plus souvent concernées pour mettre en place des formations en relation avec le DIM	23	2	4
Des sorties de patients non enregistrées	Mettre à disposition du personnel une procédure renseignant : -la personne responsable du renseignement dans Agfa -la personne responsable de la clôture du dossier	24	2	4
Des problématiques de suivi tout au long du parcours patient lors des mutations de service	Vérifier l'application par le personnel de la procédure renseignant : -la personne responsable de la clôture du 1 ^{er} dossier -la personne responsable de l'ouverture du second dossier	25	2	4
Des difficultés liées aux passerelles informatiques	Vérifier les paramétrages des passerelles	26	2	3

<i>Axe d'amélioration</i>	<i>Actions correctives</i>	<i>N°</i>	<i>Effort</i>	<i>Enjeux</i>
Un codage erroné	Organiser une formation animée par le service DIM et mettre à disposition un thesaurus pour les secrétaires médicales et les médecins saisissant des actes	27	3	4
Un codage tardif	Sensibiliser les médecins codant plus tard à l'importance sur toute la chaîne de facturation et inciter le DIM à ne pas attendre la fin du mois pour coder.	28	2	4
Des patients qui ne paient pas leurs actes	Mettre en place une procédure renseignant le personnel sur la politique à adopter (délai avant facturation, discours auprès du patient...)	29	3	4
Des patients qui ne paient pas leurs actes	Définir une politique incitative formalisée par une procédure (conserver les documents à l'accueil pour inciter les patients à payer après le RDV, possibilité de régler le paiement en ligne après réception de la facture, accompagner les personnes dans les démarches nécessaires pour la PUMA, l'AME)	30	3	4
Un manque de contrôle des données administratives	Exécuter des contrôles inopinés sur la chaîne de facturation pour prélever des échantillons témoins et parfaire ainsi les tests de qualité	31	3	2
Des tâches chronophages, susceptibles d'être optimisées	Remonter les problèmes rencontrés lors des tests de paramétrage d'Hexagone; remplacer les tableaux Excel par des accès aux indicateurs partagés (fiabilité, exhaustivité, type de rejet) permettant de renouer la confiance	32	3	2

Axe d'amélioration	Actions correctives	N°	Effort	Enjeux
Une mauvaise traçabilité de la consommation des MO	Instaurer et mettre en application une procédure pour s'assurer de la communication de données fiables concernant la consommation par service et par patient des MO au service économique et financier	33	4	3
Un mauvais suivi des molécules onéreuses (MO)	S'assurer de la continuité du tracé informatique de toutes les MO, en concertation avec le DIM	34	2	4
Pas de suivi des titres « ni payés, ni rejetés »	Créer un tableau de bord permettant d'identifier le volume de « ni-ni » par grand régime et par caisse gestionnaire	35	2	4,5

Annexe 8 : Hiérarchisation des actions correctives identifiées pour les Hôpitaux de Saint-Maurice en fonction des enjeux et des efforts estimés

MATRICE BCG : PRIORISATION DES CHANTIERS – PONDÉRATION DES DYSFONCTIONNEMENTS



Annexe 9 : analyse d'opportunité pour les consultations complexes

Valorisation des consultations au SSR Enfant - chef de pôle, cadre de santé, directrice des soins – Réunions les 20/02/2018 et 21/02/2018 –

Pertinence et valorisation

Cadre d'application étudié : les consultations MCO sur le SSR Enfant aux HSM. Ce récapitulatif a été effectué à la lumière de la convention médicale entrée en vigueur au 01/10/2017, sur la base de la décision de l'UNCAM du 21/06/2017. Elle a été complétée par la NGAP, actualisée au 01/01/2018 pour les consultations ponctuelles de PU-PH et de médecins spécialistes. Sont détaillés le cadre d'application ainsi que la spécialité concernée entre parenthèses.

CTC - très complexes :

EPH – enfant pathologie chronique grave ou handicap neurosensoriel (pédiatre)

Code : CCE

Valorisation : 60 euros

Occurrence : 1 fois/trimestre

Pertinence HSM : le fait que ce soit réservé aux pédiatres restreint beaucoup le cadre d'application sur le SSR Enfant, car les médecins MPR effectuent de nombreuses consultations de ce type mais ne pourront pas appliquer ce code EPH. Toutefois, certains médecins MPR sont pédiatres avec une qualification en MPR. Ce qui les autorise à coter ce type de consultations. Par ailleurs sur ce pôle il y a 3 pédiatres à 0,6 ETP par service (spécialité exclusive) mais qui ne réalisent ces types de consultations.

CGP – consultation suivi de grand prématuré de moins de 7 ans ou pathologie congénitale grave (pédiatre)

Code : CCE

Valorisation : 60 euros

Occurrence : 2 fois au plus par an/enfant

Pertinence HSM : le fait que ce soit réservé aux pédiatres restreint beaucoup le cadre d'application sur le SSR Enfant, car les médecins MPR effectuent de nombreuses consultations de ce type mais ne pourront pas appliquer ce code **EPH**. Toutefois, certains médecins MPR sont pédiatres avec une qualification en MPR. Ce qui les autorise à coter ce type de consultations. Par ailleurs sur le pôle SSR Enfant il y a 3 pédiatres à 0,6 ETP par service (spécialité exclusive) mais qui ne réalisent ces types de consultations.

CMP – consultation initiale très complexe d'information aux parents et organisation de la pec dans les malformations congénitales graves nécessitant une pec chirurgicale (chirurgien pédiatre)

Code : MTX

Valorisation : + 60 euros

Occurrence : une fois par enfant

Pertinence HSM : situation essentiellement au Cerefam, parfois en neurologie dans les consultations multidisciplinaires avec chirurgiens pédiatres

MIS – consultation initiale très complexe d'information et d'organisation de la prise en charge de patient avec cancer, pathologies neurologiques graves ou neurodégénérative (médecin)

Code : MTX

Valorisation : 60 euros

Occurrence : une fois par enfant

Pertinence HSM : situation potentielle sur la filière neurologique ou locomoteur

CC - complexes :

CSO - consultation suivi et coordination de pec des enfants de 3 à 12 ans en risque avéré d'obésité : médecin traitant

Code : CCX

Valorisation : + 16 euros

Occurrence : deux fois par an maximum par enfant

Pertinence HSM : **(++)**, ces situations sont assez fréquentes. Une pédiatre a une consultation dédiée à ce suivi .

MCT - consultation de PEC de traumatismes médullaires, de traumatismes crâniens graves ou de séquelles handicapantes de TC plus légers à six mois :

MPR, pédiatre, neurologue

Code : MCX

Valorisation : + 16 euros

Occurrence : quatre fois plus par an et par patient

Pertinence HSM : (++) Le cadre d'application est assez fréquent.

- **Service A pour les TC : 4**
- **Service B pour les médullaire : à préciser**

SLA - consultation de PEC séquelles lourdes d'AVC : MPR, neurologue

Code : MCX

Valorisation : + 16 euros

Occurrence : Quatre fois maximum par an et par patient

Pertinence HSM : (+ +)

- **Service A :** 4 médecins – situations fréquentes
- **Service C :** 3 médecins mais il faut vérifier l'IRM pour les hémiplésiques (car pas toujours AVC)

SGE : première consultation de PEC de scoliose grave de l'enfant (MPR, rhumato, chirurgien)

Code : MCX

Valorisation : +16 euros

Occurrence : une consultation par enfant (et pas par médecin)

Pertinence HSM : (-) très peu car nous intervenons rarement lors d'une première consultation. Première consultation : rare aux HSM, essentiellement au service B.

Consultation APC (48 euros, remplace le C2) et APU (69 euros, remplace C3) :
nomenclature NGAP

Cadre : la consultation est effectuée à la demande explicite du médecin traitant (MT). Le médecin sollicité adresse au MT ses conclusions et propositions, ne doit pas avoir vu et revoir le patient dans les 4 mois. Ces consultations ne peuvent s'appliquer aux

consultations réalisées dans des PEC protocolisées (soins itératifs) ou des séquences de soins avec passage de plusieurs intervenants sans passage du MT. Des dérogations peuvent exister (NGAP, p. 52) autorisant le médecin à voir plusieurs fois le patient et facturer tout de même en APU, lorsque le médecin a besoin de consulter de nouveau ou de réaliser d'autres actes pour pouvoir donner un avis étayé.

Valorisation :

Après un entretien avec le chef de pôle du SSR enfants, une première estimation pourrait être effectuée. Sur les 3000 consultations du SSR enfants, 500 pourraient être complexes (soit 8 000 euros de différentiel = $500 * (46-30)$), une cinquantaine très complexes (soit 1500 euros de différentiel = $(60-30) * 50$). Soit un total s'élevant à 9 500 euros pour le SSR enfants.

En revanche, le montant pourrait être beaucoup plus conséquent pour la maternité avec un volume de 44 000 consultations. La valorisation a été menée par la directrice des affaires financières. Il apparaît que les consultations complexes pourrait s'élever à 5 % du nombre total de consultations et que les consultations très complexes pourrait s'élever à 1 % du nombre total de consultations. Soit un total s'élevant à $2200 * (46-30) = 35200$ euros pour les consultations complexes. Et un total de $440 * (60-30) = 13200$ euros. Soit un total de 48400 euros.

L'ensemble de la valorisation additionnelle s'élève potentiellement à 47 900 euros.

Annexe 10 : valorisation de l'activité des HSM en 2017

Tableau [I.V.1.RAV] - Date du traitement: 31/01/2018
 Récapitulation activité - Valorisation
 'LES HOPITAUX DE SAINT-MAURICE (Finess=940016819)'
 Année 2017 M12 : Année entière

Type	Montant BR avt 1er Mars	Montant BR ap 1er Mars	Montant BR total	Montant BR avec coefficient prudentiel(*)	Montant remboursé AM	Montant remboursé AM ap 1er Mars
Coefficient géographique	1,07	1,07
Coefficient prudentiel (en %)	0,50	0,70
Valorisation des GHS	3 231 600,79	16 615 796,76	19 847 397,55	19 714 928,97	19 619 961,25	16 417 661,83
Valorisation extrême bas (à déduire)	-19 528,08	-35 105,27	-54 633,34	-54 289,97	-54 289,97	-34 859,53
Valorisation séjours avec rehop dans même CHM (à déduire)	0,00	-11 770,46	-11 770,46	-11 688,07	-10 519,26	-10 519,26
Valorisation séjours avec minoration forfaitaire liste en sus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation journées extrême haut	139,68	36 038,34	36 178,02	35 925,05	34 902,02	34 763,04
Valorisation actes CHS 9615 en Hospit.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments radiothérapie pédiatrique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments antepartum	1 564,04	56 507,30	58 071,34	57 667,97	57 667,97	56 111,75
Valorisation actes RDTH en Hospit.	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de réanimation	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de réa pédiatrique	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de néonats sans SI	181 377,84	1 069 431,94	1 250 809,78	1 242 416,86	1 242 416,86	1 061 945,91
Valorisation suppléments de néonats avec SI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de réanimation néonats	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation prélèvements d'organe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation des actes de caissons hyperbares en sus	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de dialyse	21 462,69	168 831,00	190 293,69	189 004,56	187 630,46	166 275,09
Valorisation suppléments pour pose de défibrillateur	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de surveillance continue validés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Valorisation suppléments de soins intensifs validés	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total valorisation	3 416 616,96	17 899 729,61	21 316 346,57	21 173 965,37	21 077 769,34	17 691 378,83

Annexe 11 : décomposition de la chaîne AFR en processus et en activités

Étape 1 - Gestion des données administratives : 17 activités

	Activités
ADM1	Planifier un rendez-vous au patient
ADM2	Informier le patient des modalités pratiques du rendez-vous
ADM3	Confirmer le rendez-vous
ADM4	Contrôler l'existence d'une dette et en informer le patient
ADM5	Recueillir et contrôler les pièces justificatives du dossier administratif du patient
ADM6	Vérifier l'identité du patient
ADM7	Gérer les doublons d'identité
ADM8	Identifier, enregistrer et contrôler les débiteurs et les droits associés
ADM9	Réaliser une demande de prise en charge
ADM10	Identifier le reste à charge du patient et l'en informer
ADM11	Identifier les situations avec recours au service social ou à un cadre
ADM12	Établir un devis pour le patient payant intégralement ou partiellement et l'informer sur son reste à charge
ADM13	Promouvoir et enregistrer les prestations liées à l'hôtellerie
ADM14	Accueillir et orienter le patient et les accompagnants
ADM15	Gérer les mouvements
ADM16	Vérifier et actualiser le dossier administratif du patient
ADM17	Gérer l'état civil

Étape 2 - Gestion des données d'activité : 5 activités

	Activités
MED1	Précoder en fonction de l'objet de la venue
MED2	Collecter et/ou contrôler les données médico-administratives
MED3	Collecter les données de codage pour l'activité externe
MED4	Collecter les données de codage pour l'hospitalisation
MED5	Saisir les actes, produits et autres prestations liés à la venue

Étape 3 - Facturation : 6 activités

	Activités
FAC1	Contrôler l'exhaustivité des informations administratives et médicales
FAC2	Simuler la facturation
FAC3	Contrôler la cohérence des titres (établissements publics) et des factures avant leur émission
FAC4	Générer la facturation par débiteur
FAC5	Transmettre les titres de recette au comptable (établissements publics) et les factures à chaque débiteur
FAC6	Générer et transmettre les fichiers pour alimenter le PMSI

Étape 4 - Gestion des retours d'information : 12 activités

	Activités
INF1	Pointer les Accusés de réception logique (ARL) et traiter les anomalies
INF2	Intégrer et pointer les fichiers de retours d'information
INF3	Traiter l'absence de retour d'information de traitement des factures
INF4	Traiter les rejets AMO
INF5	Traiter les informations de paiement AMO
INF6	Traiter les rejets AMC
INF7	Traiter les informations de paiement AMC
INF8	Traiter les retours d'information patients et des autres débiteurs
INF9	Traiter les Plis non distribuables (PND)
INF10	Fournir les pièces justificatives en cas de contrôles AMO
INF11	Pointer les retours de flux du comptable public (HELIOS)
INF12	Traiter les informations de retour PMSI

Étape 5 - Recouvrement : 7 activités

	Activités
REC1	Percevoir les règlements de la part patient
REC2	Encaisser les recettes
REC3	Assurer la tenue de la comptabilité (établissements privés)
REC4	Réaliser les relances pour non-paiement
REC5	Gérer le contentieux
REC6	Analyser les propositions d'admission en non-valeur
REC7	Traiter les restes à recouvrer

Étape 6 - Pilotage : 15 activités

	Activités
PIL1	Encadrer et animer les équipes
PIL2	Faire monter en compétence les équipes
PIL3	Transmettre ses connaissances à ses pairs
PIL4	Planifier, suivre l'activité et rendre compte à sa hiérarchie
PIL5	Assurer le contrôle interne
PIL6	Assurer la veille technologique
PIL7	Assurer la communication auprès des usagers, des services et des instances
PIL8	Gérer les relations avec les tiers
PIL9	Assurer la veille réglementaire
PIL10	Gérer des projets et l'accompagnement au changement
PIL11	Superviser les dossiers complexes
PIL12	Analyser les indicateurs de la chaîne AFR et leurs impacts financiers
PIL13	Identifier les axes d'amélioration
PIL14	Assurer la coordination interne et externe
PIL15	Définir et formaliser l'organisation