

ENSP
ECOLE NATIONALE DE
LA SANTE PUBLIQUE

RENNES

Directeur d'Hôpital

Promotion : 2006 - 2008

Date du Jury : **décembre 2007**

**Piloter, optimiser et contrôler la
chaîne de facturation : défis et enjeux
de la refonte de la chaîne de
facturation du CHD Felix Guyon**

Julie FAUCHER

Remerciements

Je tiens à remercier l'ensemble des membres de l'équipe de direction du CHD Felix GUYON de Saint Denis de la Réunion, pour leur accueil et leur disponibilité, et tout particulièrement M.Damien SEBILEAU, mon maître de stage. Le temps passé à leurs côtés a été agréable et très riche d'enseignements.

Je remercie également l'ensemble des personnes, agents du Bureau des Entrées, du service « Contentieux et Recettes diverses », de la coordination logistique des évacuations sanitaires vers Mayotte ainsi que les secrétaires médicales, assistantes sociales et la Trésorière Principale qui m'ont accordée des entretiens et ont accepté de contribuer à cette réflexion. Un remerciement particulier pour Mme DINDAR, directeur des affaires financières et du système d'information pour les échanges fructueux que nous avons pu avoir au sujet de la chaîne de facturation.

Sommaire

Introduction	1
1 Nouveaux enjeux et risques de la facturation hospitalière dans le cadre de la T2A.....	4
1.1 Les nouveaux enjeux de la facturation hospitalière	4
1.1.1 La chaîne de facturation devient un élément central de la mise en place du financement à l'activité dans un établissement.....	4
A) Objectifs de la mise en œuvre de la T2A dans les EPS	4
B) Modalités de financement et calendrier de la réforme.....	5
1.1.2 La refonte de la chaîne de facturation : des exigences nouvelles destinées à garantir le niveau des ressources budgétaires et financières des Etablissements.....	7
A) Un enjeu budgétaire et financier : garantir et développer le niveau de ressources de l'établissement	7
a) Un nouvel enjeu : la gestion de la trésorerie	7
b) Une culture de la facturation réinventée.....	8
1.2 Les risques d'une chaîne de facturation mal adaptée aux exigences de la T2A	14
1.2.1 Le coût de la non qualité	14
A) Contrôle externe et sanctions de la facturation en T2A.....	15
B) Les pertes financières liées à un mauvais recueil de l'activité médicale.....	16
1.2.2 Le coût de données administratives lacunaires ou erronées : des difficultés de recouvrement qui pèsent sur la trésorerie et engendrent des créances irrécouvrables	18
A) La mauvaise qualité du recueil des données administratives du patient pèse négativement sur la trésorerie	18
B) Le recueil imparfait des données administratives du patient engendre des difficultés de recouvrement et, à terme, la création de créances irrécouvrables	20
a) Un recouvrement des recettes laborieux.....	20
b) L'existence d'un stock de créances irrécouvrables importants.....	22
2 Diagnostic de l'organisation de la chaîne de facturation du CHD Felix GUYON.....	24
2.1 Un environnement spécifique	25

2.1.1	Le CHD Felix GUYON se situe dans un contexte socio-économique difficile	25
2.1.2	Impact des travaux de restructuration sur le circuit des patients	27
2.2	La chaîne de facturation au CHD	28
2.2.1	De l'accueil du patient à l'émission d'un titre de recette	28
A)	Admission du patient.....	28
a)	Les différentes modalités d'admission.....	28
b)	Les opérations techniques	32
➤	L'admission du patient	32
B)	Recueil des informations relatives aux droits sociaux.....	35
C)	Le recueil de l'activité médicale à des fins de facturation	36
D)	Les mouvements patient entre deux UF d'hospitalisation.....	38
E)	La réalisation de la sortie des patients hospitalisés	38
F)	Gestion et valorisation des dossiers	39
G)	Les encaissements en régie.....	40
H)	Facturation	41
I)	Contentieux et traitement des rejets.....	43
J)	Le règlement.....	44
2.2.2	Les autres acteurs de la chaîne de facturation.....	45
A)	Le Département d'Information Médicale	45
B)	Le département informatique « patient »	47
C)	Le service social et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) ..	48
D)	Le comptable public : la Trésorerie Principale	49
3	Piloter et contrôler la chaîne de facturation en T2A : proposition d'axes d'amélioration.....	53
3.1	Propositions d'axes d'amélioration.....	54
3.1.1	Détails des propositions par grandes thématiques	54
A)	Le pilotage	54
B)	Ressources Humaines	56
C)	Organisation.....	57
➤	Encaissement en régie : favoriser et stimuler l'encaissement en régie.....	61
D)	Communication	65
E)	Relations avec les débiteurs institutionnels	66
3.1.2	Priorisation des actions à mener.....	67
	Conclusion	753
	Bibliographie.....	774

Liste des annexes79

Liste des sigles utilisés

AM : Assurance Maladie
AME : Aide Médicale d'Etat
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
BE : Bureau des Entrées
BFR : Besoin en Fond de Roulement
CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux
CHD : Centre Hospitalier Départemental
CI : Créance Irrécouvrable
CMA : Complications ou morbidités associées
CMU : Couverture Maladie Universelle
CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
DIM : Département d'Information Médicale
DFSI : Direction des Finances et du Système d'Information
DGF : Dotation Globale de Financement
DMI : Dispositifs Médicaux Implantables
DRH : Direction des Ressources Humaines
DSSI : Direction des Services de Soins Infirmiers
DTST : Direction des Travaux et des Services Techniques
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de Santé
GHM : Groupe Homogène de Malades
GHS : Groupe Homogène de Séjour
GMSIH : Groupement d'intérêt public chargé de Moderniser le SIH
HDJ : Hospitalisation de Jour
IOA : Infirmier d'Orientat ion et d'Accueil
IPP : Identifiant Permanent du Patient
MCO : Médecine Chirurgie Obstétrique
MEAH : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalière
MIGAC : Mission d'intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation
NOEMIE : Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé

PMSI : Programme Médicalisé du Système d'Information

RDC : Recettes Diverses et Contentieux

RSA : Résumé de Sortie Anonymisé

RSS : Résumé standardisé de Sortie

RUM : Résumé d'Unité Médicale

SIH : Système d'Information Médicale

T2A : Tarification A l'Activité

TM : Ticket Modérateur

TP : Trésorerie Principale

Introduction

Bien plus qu'une réforme parmi tant d'autres, la tarification à l'activité (T2A) constitue une véritable révolution pour le secteur hospitalier public. Institué par la loi de financement de la sécurité sociale 2004¹, ce nouveau mode de financement des établissements de santé met fin au système de la dotation globale de fonctionnement qui était déconnecté du niveau d'activité d'un établissement.

La réforme du mode de financement constitue un véritable défi pour les établissements de santé. Bien qu'elle s'inscrive dans une certaine continuité de réformes (instauration du PMSI, du point ISA par exemple), ses exigences techniques et la rapidité de ses effets en termes budgétaires et financiers impliquent une grande réactivité du management hospitalier. Dans ce nouveau contexte, la chaîne de facturation, qui débute avec l'admission ou la pré-admission du patient à l'hôpital et finit avec l'émission d'un titre de recettes et son recouvrement, prend une importance stratégique. Jusqu'alors quelques peu négligés car indolores, ses éventuels dysfonctionnements peuvent se révéler lourds de conséquences sur l'état des finances d'un établissement. En effet, désormais l'impact des dysfonctionnements de la chaîne de recouvrement se font immédiatement et cruellement sentir puisqu'ils ne sont plus minimisés par les mécanismes de compensation des recettes manquantes. La fiabilité et la rapidité de la chaîne de facturation deviennent donc un enjeu majeur, voire même vital pour le secteur hospitalier. De même, l'accumulation de réformes « techniques » qui accompagnent la T2A (Classification Commune des Actes Médicaux (CCAM) tarifiante, parcours de soins coordonné, modifications régulières des tarifs applicables, suppression du taux de conversion, etc) est fortement déstabilisateur pour les établissements et participent du réveil brutal des établissements Publics de Santé (EPS) qui se trouvent aujourd'hui dans l'obligation de rendre « à marche forcée » plus performants leur organisation de travail ainsi que leur système d'information.

En outre, devant la montée en charge progressive mais inéluctable de la T2A, la refonte du processus de facturation devient urgente, tout délai de mise en œuvre se traduisant par une perte de ressources irréversibles pour l'établissement. Ainsi, pour le CHD Felix GUYON, qui a connu un déficit de 7,6 millions d'euros sur l'exercice 2006 et prévoit un déficit de 10 millions d'euros pour 2007, l'amélioration rapide du fonctionnement de sa

¹ Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003, publiée au Journal Officiel du 19 décembre 2003

chaîne de facturation devient indispensable. En effet, face à la difficulté de déployer des activités nouvelles pour réaliser des recettes supplémentaires ou de redéployer certaines pour faire des économies, il convient de prime abord de s'assurer que les recettes des activités pratiquées par l'établissement aujourd'hui sont bien encaissées. Or, ce n'est pas le cas, du moins pour une partie d'entre elles, étant donnée l'importance des créances irrécouvrables constatées chaque année. Comme beaucoup d'établissements, le CHD a mal anticipé l'importance que la chaîne de facturation revêtirait avec l'adoption du financement à l'activité et doit donc conduire sans tarder l'examen des processus y afférents au regard des exigences nouvelles de la T2A. C'est tout l'enjeu du présent mémoire qui tentera de répondre à ce besoin.

Pour un établissement tel que le CHD Felix GUYON, l'impact de cette réforme se fait sentir de manière encore plus pesante que pour d'autres établissements. En effet, implanté dans un département socialement et économiquement défavorisé, la participation financière de la population aux soins reste un sujet délicat. Pour beaucoup, l'hôpital est encore synonyme de gratuité, et reste en cela fidèle au rôle historique de l'hospice moyenâgeux, dernier recours des plus démunis. Mais, si ce contexte socio-économique permet d'expliquer une part des difficultés de recouvrement constatées, il ne justifie en rien l'inefficacité de la chaîne de facturation. En effet, historiquement sur-doté du temps du financement par la dotation globale, le CHD a laissé s'instaurer des dysfonctionnements qui pèsent lourdement sur l'efficacité de sa facturation. Au contraire, certains établissements se situant dans un contexte semblable ont instauré une démarche volontariste pour tenir compte et adapter leur chaîne de facturation aux particularités locales.

De manière générale, si la T2A est une réforme budgétaire et financière, il serait erroné de croire que ses effets ne se limitent qu'à ces dimensions pécuniaires. Au contraire, ils impactent plus globalement toute l'organisation interne de l'établissement mais également ses relations avec ses interlocuteurs extérieurs comme le Comptable public, l'Assurance Maladie, les Mutuelles et bien entendu, les patients. C'est justement toute la difficulté et l'intérêt de la réforme de la tarification à l'activité. Elle touche aussi bien à une multitude de domaines de l'hôpital comme l'organisation du système informatique hospitalier, aux ressources humaines, à la communication interne avec l'ensemble des hospitaliers et externe avec les patients mais également à une multitude d'acteurs : le bureau des entrées, les services de soins, les secrétaires médicales, le département d'information médicale, le service facturation, etc. La réforme de la chaîne de facturation constitue donc bien un enjeu stratégique pour le management hospitalier qui doit réussir à accompagner

les changements d'une réforme à la fois très technique et complexe, quelque fois mal comprise par les hospitaliers et impactant l'ensemble de l'établissement.

Hormis l'intérêt pratique que l'étude de sa chaîne de facturation pouvait avoir pour mon lieu de stage, cette dimension pluridisciplinaire et stratégique pour les établissements de santé en général, quelque soit leur degré de maturité vis à vis du processus de recouvrement des produits hospitaliers a motivé mon choix pour ce thème. Il me semble en effet emblématique des grands projets qu'un directeur d'hôpital aura à conduire au long de sa carrière.

Cette étude est le fruit de nombreux entretiens avec les professionnels concernés, au sein de l'établissement mais également avec la Trésorière Principale de l'établissement et la responsable de la cellule qualité de la facturation du Groupement Hospitalier Sud Réunion. Il a volontairement été choisi de ne pas traiter la question des recettes du groupe 3, car bien que leur recouvrement ne se fasse pas non plus sans difficultés, il ne résulte pas de la chaîne de facturation classique, c'est à dire intervenant suite au passage d'un patient dans l'établissement.

A la lumière de ces informations recueillies lors des entretiens ainsi que des diverses lectures possibles sur ce sujet, il a été possible de réaliser un état des lieux de la chaîne de facturation du CHD Felix GUYON (2eme partie) et de proposer des axes d'amélioration (3ieme partie). Mais avant toutes choses, il convient de présenter, à travers l'exemple du CHD Felix GUYON, les nouveaux enjeux et risques de la facturation hospitalière (1ere partie).

1 Nouveaux enjeux et risques de la facturation hospitalière dans le cadre de la T2A

Le changement de mode de financement est le point de départ de notre étude. Il explique les raisons pour lesquelles la facturation est devenue un élément stratégique pour la bonne marche d'un établissement. C'est pourquoi, avant de dresser un panorama des différents critères que la chaîne de facturation doit remplir afin que la mise en place de la T2A ne soit pas synonyme de pertes budgétaires et financières pour l'établissement, il semble opportun de rappeler l'esprit général de la réforme ainsi que les enjeux qui l'accompagnent.

1.1 Les nouveaux enjeux de la facturation hospitalière

1.1.1 La chaîne de facturation devient un élément central de la mise en place du financement à l'activité dans un établissement

Dans un contexte de T2A, cette assertion peut paraître aller de soi. Cependant, ce serait oublier que sous le régime du financement par dotation globale de financement (DGF), la chaîne de facturation avait une importance marginale puisque la majeure partie du financement était directement versée par l'assurance maladie tous les mois. Or, avec le passage à la T2A, la chaîne de facturation acquiert une importance nouvelle et appelée à devenir prépondérante au fur et à mesure de la mise en œuvre de cette réforme. Il semble donc opportun de rappeler les grands principes de la réforme du financement à l'activité qui expliquent pourquoi la chaîne de facturation devient un élément clef du financement des établissements.

A) Objectifs de la mise en œuvre de la T2A dans les EPS

La loi de financement de la sécurité sociale n°2002-1487 du 20 décembre 2002 fait de la réforme de la T2A un levier de modernisation et de rationalisation des établissements publics de santé. Cette réforme poursuit un objectif d'équité et d'égalité dans l'allocation des

ressources entre ces différentes entités. En effet, le mode de financement des établissements publics en vigueur jusqu'en 2003 était porteur de nombreux effets pervers. Le « budget global », déconnectant les moyens budgétaires des établissements à leur activité réelle ne permettait pas une répartition optimale des ressources entre hôpitaux et était un frein à la recherche de la performance, de la qualité et de l'efficacité des structures. Jusqu'alors, les corrections des disparités de moyens réalisées, à travers l'utilisation du PMSI et de l'échelle de valeur des points ISA, étaient restées marginales. Au contraire, avec la T2A, l'impact de cette politique de réduction des inégalités budgétaires est immédiat et proportionnel à l'efficience médico-économique des établissements.

B) Modalités de financement et calendrier de la réforme

Aujourd'hui, les établissements publics ou privés sont soumis à la T2A pour la part de leurs activités relevant de la Médecine, Chirurgie ou Obstétrique (MCO) et odontologie. La T2A s'applique aux activités de soins MCO quelles que soient leurs modalités de réalisation: hospitalisation, hospitalisation à domicile, consultations et soins externes. Il est également prévu qu'elle s'applique, à terme, aux soins de suite et réadaptation ainsi qu'à la psychiatrie. Le système de financement à l'activité est un système mixte, reposant d'une part, sur une facturation à l'activité et d'autre part, sur une dotation pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ainsi que le paiement de forfaits annuels (urgences, coordination des prélèvements d'organes, transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse).

La facturation à l'activité prend en compte :

- Des tarifs par séjours (GHS) pour les hospitalisations, des suppléments journaliers (de réanimation adulte et néonatale, de soins intensifs adultes et néonatales, de surveillance continue adulte, de néonatalogie), des GHS particuliers pour l'hospitalisation à domicile (31 tarifs), le traitement de l'insuffisance rénale chronique (5 tarifs), l'interruption volontaire de grossesse (IVG) et les soins palliatifs.
- Des tarifs par prestations² (consultations et soins externes, urgences non suivies d'hospitalisation, les prélèvements multi-organes),

² Article L 162-22-8 du code de la sécurité sociale, certaines activités non décrites par les GHS sont financées sur la base de tarifs de prestations spécifiques, complétées, le cas échéant, par un forfait annuel

- Le paiement en sus des molécules onéreuses (MO) et dispositifs médicaux implantables (DMI)³.

La mise en place du financement à l'activité est progressive. Les établissements continuent donc de recevoir une partie de leurs ressources sous la forme d'une allocation budgétaire, la Dotation Annuelle Complémentaire (DAC). Celle-ci n'est versée qu'à titre transitoire, de manière décroissante pour s'éteindre en 2012, date à laquelle le financement sera entièrement assuré via la T2A. En 2007, la part financée par la T2A est de 50% alors qu'en 2004 elle ne représentait que 10% du financement.

En 2012, si le rythme actuel de la réforme est maintenu, le financement des établissements proviendra donc principalement du paiement des prestations d'activité réalisées. En parallèle, il est prévu de passer à une facturation directe et au fil de l'eau à l'Assurance Maladie. La mise en œuvre de cette facturation se fait également par étapes. En 2005-2006, les éléments d'activité ainsi que les données relatives à la consommation des MO et DMI étaient adressés trimestriellement aux ARH, qui les valorisaient et les notifiaient à la caisse pivot d'assurance maladie pour paiement. Désormais, à compter du deuxième trimestre 2007, la périodicité de transmission à l'ARH est mensuelle. En effet, depuis mars 2007⁴, le taux de conversion a été supprimé pour les activités de MCO soumis à la T2A, pour les actes et consultations externes et les séjours. Il s'agit de valoriser l'activité au taux réel de prise en charge de chaque prestation par l'Assurance Maladie, et non en appliquant un taux de conversion, c'est à dire un taux moyen de prise en charge. Les établissements doivent donc être en mesure de produire des fichiers complets, contenant toutes les données administratives et médico-économiques de chaque patient⁵. Outre que la suppression du taux de conversion introduit des changements internes considérables pour le système

³ Ces MO et DMI sont très onéreux et de prescription variable, ils risqueraient donc d'introduire une disparité de remboursement au sein d'un même GHS. Pour éviter qu'un établissement se retrouve pénalisé, ils sont donc financés à 100% en supplément du GHS.

⁴ circulaire n°DHOS/F1/F4/2007/105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion

⁵ Pour les séjours, il s'agit d'enrichir les informations médico-économiques sur l'activité issues du PMSI, des informations administratives issues du système de facturation des établissements. La transmission se fait via le fichier VID-HOSP. Les MO et les DMI facturés en sus du GHS sont transmis par les fichiers FICH-SUP ou FICH-COMP. Pour les actes et consultations externes, les établissements doivent produire des résumés standards de facturation d'actes et de consultations externes (RSFACE), transformés ensuite en résumés anonymisés (RAFAEL) par le logiciel PREFACE. Les forfaits ATU (accueil traitement des urgences), FFM (forfait de petit matériel), les activités d'alternative à la dialyse en centre font l'objet d'une transmission via les fichiers FICH-SUP.

d'information hospitalier (SIH), un défaut d'exhaustivité ou de qualité des fichiers transmis aura de lourdes conséquences sur la trésorerie de l'établissement. En sus de cet impératif de fiabilité, la rapidité de la chaîne de facturation devient également nécessaire.

Hormis la facturation des patients 100% payants, relativement rares et la facturation de quelques prestations au titre des activités subsidiaires comme la vente de services ou de médicaments, l'activité hospitalière ne générerait pas, jusqu'à la mise en place de la T2A, de besoins de facturation importants. En garantissant environ 80% des recettes des établissements sous la forme d'une DGF versée mensuellement à des dates fixes, l'ancien mode de financement avait contribué à donner à la facturation et à la gestion de la trésorerie un intérêt marginal. Au contraire, avec la réforme du financement à l'activité, c'est bien la logique inverse qui s'impose et qui doit conduire les établissements à refondre le plus rapidement possible leur chaîne de facturation afin de l'adapter aux nouveaux enjeux soulevés par cette réforme.

1.1.2 La refonte de la chaîne de facturation : des exigences nouvelles destinées à garantir le niveau des ressources budgétaires et financières des Etablissements

La chaîne de facturation doit être modernisée. Désormais, le processus de facturation doit répondre à des critères de qualité, d'exhaustivité et de rapidité s'il ne veut pas devenir un handicap pour l'établissement et au contraire, garantir son niveau de ressources budgétaires et financières.

A) Un enjeu budgétaire et financier : garantir et développer le niveau de ressources de l'établissement

a) *Un nouvel enjeu : la gestion de la trésorerie*

A partir du moment où les ressources d'un établissement vont évoluer au regard de son activité, la gestion des flux financiers prend tout son sens et la gestion de trésorerie devient

indispensable. Une chaîne de facturation permettant de recouvrer rapidement les produits devient donc un atout non négligeable, voire une nécessité pour les établissements connaissant certaines difficultés à développer ou maintenir leurs activités.

L'équilibre global de l'EPRD se fait par la variation prévisionnelle du fonds de roulement qui représente l'excédent des capitaux permanents sur l'actif immobilisé et sert à financer le décalage structurel existant entre les dettes et les créances, c'est à dire entre les décaissements et les encaissements. Il doit ainsi être rapproché du besoin en fonds de roulement (BFR) qui résulte du fonctionnement courant de l'établissement. Sa maîtrise devient un élément majeur de la gestion de trésorerie afin de limiter le recours à des lignes de trésorerie coûteuses.

Or, la maîtrise du BFR ne peut être obtenue qu'en améliorant le délais de recouvrement des produits. En effet, les délais de paiement des fournisseurs sont fixés réglementairement à cinquante jours, sous peine de devoir payer des intérêts moratoires. Plus généralement, la T2A n'a pas introduit de changements majeurs en terme de flux (montant, périodicité) du côté des dépenses. Le rythme de décaissement reste relativement stable d'une année sur l'autre. La gestion de la trésorerie va donc se jouer essentiellement sur les recettes, notamment sur la capacité des établissements à affiner leurs prévisions d'activité mais surtout à réorganiser leur chaîne de facturation.

La suppression du mécanisme de neutralisation budgétaire et financière des plus-values ou moins values provenant des produits de l'activité à la charge des patients (ex-recettes du groupe 2) aura également un impact important sur la trésorerie.

b) Une culture de la facturation réinventée

Le budget global incitait peu les établissements à développer les recettes de l'ancien groupe 2 « produits de l'activité hospitalière ». En effet, une plus-value réalisée en N avait pour conséquence la diminution de la dotation globale en N + 1. Ce mécanisme de compensation de plus-value et de moins value était, dans la logique de l'ancien mode de financement, destiné à déconnecter les moyens budgétaires des établissements de l'évolution de leur

activité. Sa suppression⁶ rend de fait opposables aux établissements les résultats annuels de cette catégorie de recettes et devrait les conduire à vouloir les maximiser.

La facturation et le recouvrement de ce type de recettes représentent donc un enjeu budgétaire et financier. Le développement du SIH à caractère financier pour le calcul du prix de journée devient important. Il convient désormais d'appliquer rigoureusement les règles d'exonération du ticket modérateur⁷. De même, il est nécessaire de créer un dossier administratif pour les patients exonérés de paiement⁸ comme le personnel hospitalier ou les patients pris en charge à 100%. Auparavant cela n'était pas nécessaire puisque aucun titre n'était émis. Désormais la facturation directe à l'assurance maladie rend nécessaire le recueil de toute l'activité médicale.

En outre, il convient de rechercher de nouvelles recettes, notamment celles liées à l'amélioration des conditions d'hébergements des patients : télévision, chambre particulière, repas et nuit de l'accompagnant, téléphone, etc. Enfin, il convient de développer une politique d'encaissement en régie en incitant le patient à régler dès sa sortie.

De manière générale, l'ancien mode de financement par la dotation globale de fonctionnement avait conduit à n'accorder à la facturation et à la gestion de trésorerie qu'un intérêt marginal. Or la réforme de la T2A leur confère une importance stratégique pour la bonne marche d'un établissement. Cependant, la facturation est entièrement tributaire des données administratives et médicales recueillies et dont la fiabilité et l'exhaustivité doivent être considérées comme un objectif à part entière.

c) Enjeu de la production des données médico-administratives

En mettant en lien l'allocation de ressources à l'activité réalisée par l'établissement, la réforme de la T2A donne à la production des données médico-administratives une importance nouvelle. De l'exhaustivité, de la qualité et de la rapidité de production et de transmission de ces informations vont dépendre le niveau de ressources budgétaires et de trésorerie des établissements.

⁶ Article 14 du décret n°2005-30 du 14 janvier 2005

⁷ Jusqu'alors, il n'était pas rare que les patients soient exonérés pour des motifs autres que l'affection pour laquelle ils étaient soignés.

⁸ Par le passé, cette catégorie pouvait être recensée directement dans un outil de suivi de l'activité puisque aucune émission de titres ne lui est associée.

Concernant le recueil de l'information médicale, un codage à la source et en temps réel est indispensable afin de réduire les délais de production de l'information. La mise en place de la CCAM en janvier 2004⁹ exige, compte tenu de la technicité et de la précision de la nomenclature, que le codage soit réalisé à la source, c'est à dire par les praticiens réalisant les actes. Il n'est plus raisonnablement envisageable que cette tâche soit déléguée aux secrétaires médicales, comme les actes codés en Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP). De plus, la qualité du codage impacte directement les recettes de l'hôpital. Il doit donc en résulter une plus grande implication des praticiens dans le codage de leur activité. En outre, l'activité doit être saisie au fil de l'eau afin que l'impact sur la trésorerie soit le plus neutre possible. La saisie doit donc être réalisée directement par les services de soins et non au bureau des entrées (BE) ou au département d'information médicale (DIM) ainsi que le montrent les différentes études en la matière¹⁰.

L'exhaustivité et la qualité du recueil d'informations dans le codage d'activité (actes et diagnostics) sont également indispensables pour éviter toute perte de recettes. Le financement étant basé sur l'activité déclarée, il est évident que tout acte ou séjour non enregistré engendre une perte financière pour l'établissement. De même, des erreurs de codage des données relatives aux séjours peuvent induire des pertes de recettes. Toute activité manquante, non recensée – qu'il s'agisse des prestations d'hospitalisation (GHS) et de leurs éventuels suppléments, ou d'autres prestations assurées par l'établissement (IVG, passages aux urgences, soins non programmés, consultations et actes externes, activités des plateaux techniques d'imagerie médicale), sans oublier les dépenses de médicaments et de DMI- va pénaliser immédiatement l'établissement en terme budgétaire. Au contraire, cela engendrera un paiement injustifié en cas de sur-cotation.

L'accélération des délais de facturation exige un traitement rapide, exhaustif et rigoureux des données administratives du patient. Son circuit doit être repensé de façon à garantir l'enregistrement en temps réel de l'ensemble des éléments nécessaires à l'élaboration du titre de recette et à sa transmission rapide aux débiteurs, assurance maladie, organismes complémentaires ou patients 100% payant. La logique en vigueur est désormais la suivante : la transmission rapide des données permet une validation et une fixation rapides des dotations liées à l'activité, donc, un versement rapide par les caisses-pivots et, par

⁹ 1^{er} janvier 2004 pour sa version codante, 1^{er} juillet 2005 pour sa version tarifante.

¹⁰ Selon M. Angelloz-Nicoud « la réforme du mode de financement des établissements de santé », page 125.

conséquent, un impact minimum sur la trésorerie. Tout délai, à quelque étape que ce soit du processus, pèse négativement, in fine, sur la trésorerie de l'établissement.

De plus, il convient de garantir la fiabilité et l'exhaustivité des données saisies. Le processus d'admission doit intégrer de nouvelles fonctions: identité-vigilance (c'est à dire la prévention et la gestion des dossiers en doublon), vérification et mise à jour des données d'assurance maladie, systématisation de pré-admissions. L'identité du patient doit être vérifiée¹¹, d'où l'importance d'une bonne saisie et de la création d'une identité patient unique. Désormais, l'objectif doit être une identité sociale et géographique du patient fiable à 100%.

En outre, chaque patient doit faire l'objet d'une ouverture de dossier administratif, même lorsqu'il est couvert à 100% par l'assurance maladie ou qu'il bénéficie de soins gratuits. Il s'agit d'une condition indispensable à la saisie en temps réel et à la source de tous les actes.

Toutes ces conditions ne peuvent être remplies que si le système d'information est suffisamment performant pour permettre la saisie à la source et la distribution de l'information en temps réel, tout en garantissant la confidentialité des informations dans un contexte d'affirmation des droits du patient au secret sur les informations le concernant.

Le SIH est donc très fortement impacté par la mise en œuvre de la réforme de la T2A alors que les adaptations techniques à mettre en œuvre sont souvent peu lisibles et peu prévisibles car connues que tardivement. La médicalisation du SIH pour permettre la réalisation d'une interface entre les données de l'activité médicale et les données administratives de gestion apparaît désormais comme nécessaire. Il semble judicieux de suivre en la matière les recommandations du Groupement pour la Modernisation du Système d'Information Hospitalier (GMSIH). En effet, il propose un modèle cible permettant de lier les informations issues de la facturation (données administratives) et celles issues du PMSI¹².

¹¹ Cela dépasse le cadre de la facturation et concerne également la responsabilité médico-légale du chef d'établissement.

¹² Ce modèle repose sur la mise en place du Dossier Résumé de Venues (DRV) qui concentre l'ensemble des données médico-administratives concernant le patient pour une venue (y compris les DMI et MO). Le DRV permet de réaliser l'ensemble des contrôles de cohérence au fil de l'eau, c'est à dire, à chaque fois qu'une information validée est saisie dans le DRV ou qu'elle est modifiée. De plus, les informations du DRV sont utilisées pour la production des GHS, GHM et suppléments facturables en sus. Ces éléments sont envoyés à la base facturable pour produire les factures en tenant compte du calcul du ticket modérateur et de son éventuelle exonération ainsi que de la répartition par débiteurs. Du DRV sont également produites les informations requises par les ARH.

La T2A et la chaîne de facturation sont des domaines d'une grande complexité technique, mais leur impact est plus large puisqu'il conduit à s'interroger sur les organisations existantes et à introduire une nouvelle culture de la collaboration et de la responsabilisation au sein de l'hôpital.

d) Un enjeu culturel et organisationnel : l'évolution des rôles et des fonctions

La T2A appelle à davantage de coopération entre différents acteurs de l'hôpital. La synergie médico-administrative qu'elle doit faire émerger l'inscrit ainsi dans le cadre plus large de la réforme de la nouvelle gouvernance. Elle implique également une prise de conscience par chaque acteur de la chaîne de facturation de l'importance de sa fonction.

- Le BE, jusqu'alors souvent marginalisé et caractérisé par un niveau de formation des agents historiquement faible, concentre désormais plusieurs enjeux essentiels : il est à la fois un élément incontournable de gestion de la clientèle ainsi que la première étape du processus de facturation. Il convient donc de ne plus tomber dans deux travers, malheureusement répandus dans les hôpitaux publics : la minimisation de l'importance de l'accueil du public ainsi que l'habitude de nommer au BE des personnels en rupture de carrière ou marginalisés.
- Le Praticien Hospitalier est responsable de la déclaration de son activité et donc de l'intégralité de son volume et de son codage.
- Le médecin responsable de l'information médicale (médecin DIM) exerce une triple mission de formation, de conseil et de contrôle auprès de ses collègues praticiens. Il est chargé de garantir l'exhaustivité, la qualité et la cohérence des données médicalisées servant de base à la facturation.
- Le responsable de la facturation, que ce soit le directeur des affaires financières ou un agent spécialement chargé de cette mission, est chargé d'améliorer la rapidité et la fiabilité de la facturation afin de faciliter l'encaissement en régie et, en parallèle, d'optimiser les recettes du groupe 3.
- Le responsable du système informatique garantit l'adéquation fonctionnelle des outils informatiques au recueil de l'ensemble des données nécessaires à la facturation en tenant compte des spécificités des organisations.

Pour plus de clarté, la responsabilisation des différents acteurs de la chaîne de facturation peut être schématiquement résumée dans le tableau ci-dessous :

SECTEURS	BE	Unité médicale	Bloc opérateur	DIM	facturation
ACTIVITE	Dossier administratif	Dossier médical	Codage des actes	Fonction groupage	Base facturable
CONTRAINTES	Exhaustivité qualité	Tracabilité - exhaustivité - qualité		Contrôle validation	Exhaustivité qualité
RISQUES	Rejets contentieux	Recettes : +/-	Recettes : +/-	Recettes : +/-	trésorerie

La responsabilisation des différents acteurs doit également s'accompagner d'une recherche de davantage de communication et de collaboration entre eux. De fait, l'intégration des flux de facturation et des flux de données PMSI engendrent des rapprochements inévitables entre le DIM et le bureau des entrées (BE). Or, jusqu'ici, il existait généralement peu de collaboration entre ces deux structures. Par ailleurs, le rapprochement entre les secrétariats médicaux et le bureau des admissions doit être favorisé. En effet, face à un parcours administratif du patient complexe, au risque de perte d'informations que cela engendre et à la complexité croissante de la facturation, la répartition des tâches entre les secrétaires médicales et les agents administratifs réalisant les admissions doit être redéfinie. De manière générale, il semble que les interfaces entre deux fonctions de la chaîne de facturation génèrent la majorité des dysfonctionnements, c'est pourquoi la communication et la collaboration entre les différents acteurs doit être activement recherchée.

Ce rapprochement ne peut avoir lieu et fonctionner que si chaque acteur possède une vision globale de la chaîne de facturation et prend conscience de l'impact de son travail sur l'ensemble du processus. Or, on constate que souvent les différents acteurs n'ont qu'une vue partielle de l'ensemble de la chaîne de facturation et ne disposent pas d'une connaissance suffisante des enjeux soulevés par la T2A. En particulier, ils ont rarement conscience des répercussions et dysfonctionnements qu'une erreur peut ensuite engendrer à des niveaux autres que le leur. Il s'agit ici d'un enjeu fort en terme de management et de conduite du changement à conduire par la direction. Le directeur d'hôpital est ici un promoteur et un accompagnateur du changement, dimension qui devient de plus en plus prépondérante dans sa fonction.

La mise en place concomitante à la T2A des pôles doit être ici utilisée comme un important levier d'action. Ainsi, la déclinaison de l'EPRD par pôles d'activité doit permettre de

responsabiliser les professionnels de santé à la maîtrise des dépenses mais également à l'importance de la qualité, de la rapidité et de l'exhaustivité du codage de l'activité médicale, alors qu'ils semblent pour le moment peu concernés.

La réforme de la T2A ne peut être abordée uniquement sous son versant financier. En effet, cette réforme marque, non seulement le début d'une nouvelle ère financière mais également organisationnelle et culturelle pour les établissements publics de santé. De nouvelles modalités de gestion sont en train de se mettre en place et vont nécessiter l'adaptation de chacun. Pour cela, un accompagnement de cette démarche par l'équipe de direction est nécessaire.

Si la mise en place de la T2A est porteuse de nouveaux et multiples enjeux, les risques qui y sont associés sont considérables pour l'établissement. En effet, les dysfonctionnements de la chaîne de facturation ont des conséquences budgétaires et financières immédiatement perceptibles.

1.2 Les risques d'une chaîne de facturation mal adaptée aux exigences de la T2A

Les conséquences se situent à deux niveaux :

- Soit on ne recueille que partiellement l'activité et donc on ne facture pas entièrement cette activité réalisée,
- Soit la qualité de la facturation est mauvaise suite à une mauvaise gestion du dossier administratif patient, ce qui rend plus difficile le recouvrement des produits et donc explique que certaines créances deviennent irrécouvrables.

Ces deux problèmes ont des explications différentes, mais conduisent à un résultat identique: une perte de recettes pour l'établissement.

1.2.1 Le coût de la non qualité

Ainsi qu'évoqué précédemment, la mauvaise qualité du recueil de l'activité médicale a un coût pour l'établissement, soit qu'il ne facture pas entièrement ses prestations, soit qu'au contraire, il les surfacture.

A) Contrôle externe et sanctions de la facturation en T2A

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) a mis en place depuis 2006 une politique de lutte contre les abus et les fraudes. Dans ce cadre, il existe désormais un système de contrôle externe institué par un décret du 16 mars 2006¹³, avec depuis 2007, une possibilité de sanctions financières.

Chaque établissement de santé sera désormais visité au minimum tous les trois ans par les médecins conseil de la CNAMTS et les directeurs d'ARH pourront, sur la base des conclusions¹⁴ des médecins conseils, prononcer des sanctions financières en plus du remboursement des sommes facturées indûment à l'assurance maladie. La sanction financière totale appliquée à l'établissement ne pourra excéder 5% du montant total de ses recettes annuelles d'Assurance Maladie.

Des contrôles ont été effectués par la CNAM sur 310 établissements de santé lors de la première vague de contrôles « à blanc » débutée en février-mars 2006. Ils ont révélé des facturations erronées à l'Assurance Maladie d'un montant total estimé à 50 millions d'euros sur l'année 2005. Ces surfacturations se rapportent à de hospitalisations abusives (c'est à dire à de la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel pour des actes relevant des consultations externes) ainsi que des suppléments de réanimation ou encore des séjours indus en soins palliatifs. Selon l'Assurance Maladie, 100% des cliniques visitées font apparaître des anomalies et 70% des hôpitaux publics contrôlés. L'organisme lancera donc des procédures de recouvrement auprès de ces établissements pour environ 24 millions d'euros. Il semble cependant, que le flou qui a entouré la notion « d'actes frontières », c'est à dire d'actes réalisés en clinique ou à l'hôpital pour des raisons de sécurité, plutôt qu'en consultation externe, explique en partie cette situation. En effet, la circulaire d'explication n'est parue que le 14 mars 2006, soit un an après l'apparition de cette catégorie d'actes, ce qui explique pourquoi les textes ont pu être interprétés très largement. De plus, il ne faut pas voir dans ces résultats une volonté de fraude systématique mais davantage l'illustration de la complexité du codage de certaines activités médicales.

¹³ Décret n 2006-307 du 16 mars 2006 pris pour l'application de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale, dit « décret-sanction » et sa circulaire d'application n DHOS/F1/2007/303 du 31 juillet 2007 relative à la procédure d'application par la COMEX des sanctions financières résultant des contrôles menés dans le cadre de la tarification à l'activité.

¹⁴ Notamment sur le caractère systématique ou non des erreurs, l'ampleur de l'indu.

L'année 2007 est la première année de déroulement des contrôles de facturation T2A avec possibilité de sanctions financières en cas de manquements constatés. La mauvaise qualité de la facturation d'un établissement pourra donc lui être doublement préjudiciable, par le remboursement des sommes indus ainsi que le paiement d'une pénalité. Le CHD Felix GUYON sera, pour sa part, contrôlé en septembre prochain.

Si les résultats des contrôles externes laissent penser que les erreurs de codage se font davantage en défaveur de l'Assurance Maladie que des établissements, on peut également penser que les conséquences financières de certaines de ces erreurs sont supportées par les établissements. En effet, il est probable que ces deux situations cohabitent, avec un établissement qui surfacturerait certaines activités et en sous facturerait d'autres. Cependant, in fine, si la sous facturation se traduit immédiatement et irrémédiablement par une perte de recettes, la sur-facturation également, mais à plus long terme, via le remboursement des indus et éventuellement le paiement d'une pénalité. D'un sens comme dans l'autre, les erreurs de codage sont donc préjudiciables financièrement pour l'établissement.

B) Les pertes financières liées à un mauvais recueil de l'activité médicale

Selon M.Angelloz Nicoud, les contrôles internes du type audit montreraient, en général, une absence fréquente de codage des CoMorbidity Associées (CMA), ce qui constitue une perte de recettes pour les EPS.

Les principaux défauts d'exhaustivité¹⁵ concernent selon l'auteur:

- Le recensement partiel de l'activité réalisée en externe, en consultations, actes, forfaits techniques, qu'elle soit liée à une activité de consultation externe proprement dite ou aux passages aux urgences non suivis d'hospitalisation,
- Une faible valorisation des séances de radiothérapie ou de dialyse réalisées à l'occasion d'un séjour hospitalier.

L'auteur identifie certaines « erreurs grossières » :

¹⁵ M.Angelloz-Nicoud , *la réforme du mode de financement des établissements de santé* , page 118

- Le nombre de passage aux urgences est sous-évalué ou surévalué, par exemple avec la comptabilisation des urgences pédiatriques ou gynécologiques qui ne correspondent pas au « passage aux urgences » selon la définition retenue par la T2A.

- De nombreuses erreurs dans les volumes et les prix d'achat des médicaments onéreux, pourtant financés en sus des séjours à 100%.

Ainsi le CHD ne connaît pas précisément le prix des MO qu'il dispense à ses patients. Il connaît le prix d'achat aux entreprises pharmaceutiques mais les frais de transports et les différentes taxes font l'objet d'une estimation globale à 20% du prix d'achat. En effet, pour les produits qui arrivent de métropole, ce qui est le cas de l'ensemble des produits pharmaceutiques, la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA) est payée au transitaire et non au fournisseur. A la TVA (8,5%) il convient de rajouter les taxes d'octroi de mer (environ 6,5%)¹⁶ et enfin les frais de port calculés en fonction du poids ou du volume du produit transporté. Il conviendrait donc de calculer le coût des MO et DMI au cas par cas, sur la base des factures transmises par le transitaire. Face à l'ampleur de la tâche, il a été décidé d'appliquer un taux moyen de 20%, sans avoir pu chiffrer si, in fine, cela correspondait à la réalité des coûts supportés par le CHD Felix GUYON.

Enfin, pour bien illustrer l'impact budgétaire de la « non-qualité » des données de l'activité médicale, l'auteur a calculé le manque à percevoir potentiel lié à la non-qualité, sur la base des tarifs 2005. Ainsi, un supplément de réanimation non détecté par jour, peut coûter à l'établissement jusqu'à plus de 300 000 euros par an. De même, 1000 séjours qui en raison de la mauvaise qualité des informations médicales sont classés dans un GHS/GHM moins valorisé coûteraient 800 000 euros¹⁷.

L'établissement est donc pénalisé budgétairement puisqu'il s'agit de recettes non perçues alors que les dépenses ont, elles, effectivement été engagées pour réaliser l'activité. Le manque à gagner consommera donc des ressources qui auraient pu être utilisées pour financer d'autres projets ou objectifs d'activité.

Ainsi, on comprend mieux pourquoi l'exhaustivité et la qualité du recueil des informations médicales sont devenues des exigences incontournables. Le médecin DIM devient quant à lui un rouage essentiel de la chaîne de facturation pour sa mission de contrôle mais aussi de

¹⁶ C'est l'octroi de mer à 4,5% et l'octroi de mer régional à 2% de la valeur du bien.

¹⁷ 833 euros x 365 = 304 045 euros et 1000 x 800 euros = 800 000 euros

formateur et de conseil auprès des médecins et des soignants chargés du codage de l'activité. Cependant, si bien recenser l'activité est une condition nécessaire, elle n'est pas suffisante pour garantir le niveau de recettes d'un établissement. Le recueil des données administratives du patient doit également répondre à des exigences propres. En effet, ces données servent de base à la facturation et conditionnent largement le travail de recouvrement réalisé par le comptable de l'établissement c'est à dire la Trésorerie Principale (TP).

1.2.2 Le coût de données administratives lacunaires ou erronées : des difficultés de recouvrement qui pèsent sur la trésorerie et engendrent des créances irrécouvrables

La qualité des titres de recettes hospitalières s'entend du bon renseignement des mentions obligatoires des titres par l'hôpital. Leur défaut de qualité (détermination aléatoire du débiteur, identification incomplète ou inexacte,...) conduit à une prise en charge administrative du patient incomplète, ce qui impacte de manière significative l'action de recouvrement du comptable. Or, dans le cadre de la mise en place de la T2A, la qualité des titres émis constitue la première étape au bon recouvrement des recettes hospitalières et à une trésorerie saine des EPS. L'impact de la mauvaise qualité des titres est donc double, au niveau de la trésorerie et au niveau du budget, sans compter qu'ils sont coûteux pour les services de l'hôpital qui sont contraints de retravailler les dossiers de patients.

- A) La mauvaise qualité du recueil des données administratives du patient pèse négativement sur la trésorerie

Le recueil d'un maximum d'informations auprès du patient, de son entourage et des organismes de sécurité sociale est essentiel pour limiter le montant des admissions en non-valeur. C'est donc l'action, dans un premier temps, des services administratifs de l'établissement, puis, dans un second temps, des services du comptable sur la base des informations déjà recueillies qui permettra d'en limiter le montant et donc de dégager des ressources pour l'établissement. Si le recueil des informations est défectueux dans la première phase, le comptable ne pourra pas ou très partiellement récupérer les informations manquantes et, surtout, ne disposera pas des informations nécessaires pour encaisser les sommes revenant à l'hôpital.

L'impact en terme de trésorerie est donc immédiat. Ces imperfections empêchent un recouvrement rapide des titres de créances par la TP. Or, tant que le produit n'a pas été encaissé, la trésorerie courante de l'établissement doit couvrir cette avance, ce qui constitue une difficulté supplémentaire puisque ce sont des recettes qui ne seront encaissées que tardivement. Les dysfonctionnements de la chaîne de facturation ont donc un impact négatif sur le BFR. Face à cette difficulté, les établissements doivent avoir recours à des lignes de trésorerie. Ainsi, pour 2007, le CHD Felix GUYON a utilisé, à l'heure actuelle, pour 23 millions de ligne de trésorerie, ce qui lui a coûté en frais financiers 409 000 euros. Il semble que les principales raisons du recours aux lignes de trésorerie proviennent des retards de versement par l'assurance maladie concernant l'AME DRASS (2 à 6 mois) et les soins urgents (un an). De plus le remboursement des avances concédées par la Sécurité Sociale se révèle particulièrement pesant pour la Trésorerie¹⁸. Cependant, si les difficultés de recouvrement ne sont pas la première cause de l'utilisation des lignes de trésorerie, on peut légitimement craindre qu'avec la facturation au fil de l'eau de l'assurance maladie, elles puissent le devenir.

La Trésorière du CHD Felix GUYON estime que les principaux problèmes de recouvrement qu'elle rencontre proviennent de la présence d'erreurs en masse lors de la facturation des mutuelles : erreurs dans le recueil des droits, adresses des mutuelles qui ne sont pas tenues à jour... Si le contentieux avec les mutuelles débouche très rarement sur des créances irrécouvrables, il n'en reste pas moins qu'il est extrêmement consommateur de temps pour les agents de la Trésorerie, du CHD Felix GUYON, comme de ceux des mutuelles concernées. Il constitue en outre, le type même de contentieux qui, par les montants financiers qu'il suppose, pèse fortement sur la trésorerie de l'établissement.

Si une facturation déficiente impacte négativement la trésorerie de l'établissement, elle génère à plus long terme un autre type de problème : la constitution de créances irrécouvrables (CI).

¹⁸ en septembre 2007, le CHD remboursait les avances de 2005, 2006 et du début de 2007.

- B) Le recueil imparfait des données administratives du patient engendre des difficultés de recouvrement et, à terme, la création de créances irrécouvrables

Un système de facturation non optimal génère des difficultés de recouvrement pour le comptable public, et donc potentiellement, des créances irrécouvrables. L'exemple du CHD Felix GUYON est, malheureusement, une bonne illustration de ce phénomène.

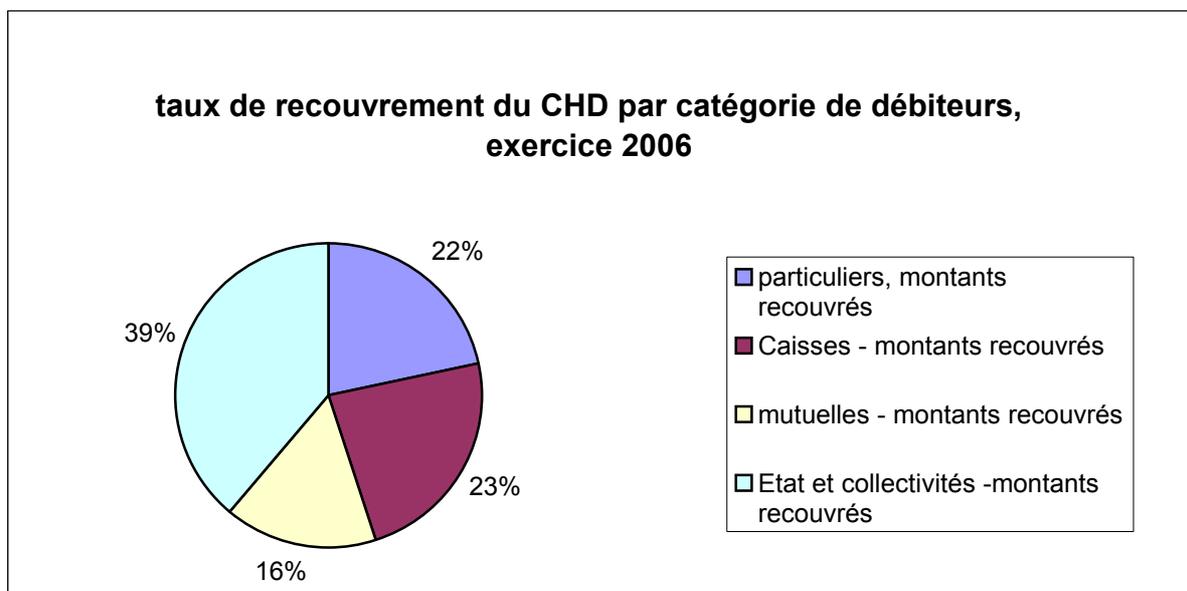
a) *Un recouvrement des recettes laborieux*

La qualité du système de facturation d'un établissement peut être évaluée par différents indicateurs, parmi lesquels le taux de recouvrement des titres et le taux d'annulation des titres, à une date donnée. Ils permettent de se représenter le volume financier des produits hospitaliers encaissés par le Trésorier.

Le taux de recouvrement du CHD, tous débiteurs confondus et hors dotation globale, est de 70% pour 2006, ce qui permet de conclure que le CHD Felix GUYON dispose de réelles marges de progression en la matière. En effet, si on le compare aux huit établissements audités par la Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier (MEAH)¹⁹, il se classe dans le groupe des établissements les moins performants. Les plus performants ont un taux de recouvrement situé autour de 95%. Il reste cependant difficile pour le moment de faire des comparaisons avec les autres établissements tant les différences de pratiques sont grandes ainsi que le degré de maturité des établissements en la matière.

De manière générale, lorsque l'on compare les taux de recouvrement réunionnais avec ceux nationaux, on constate que la Réunion a un taux de recouvrement bien inférieur à la moyenne nationale. L'ensemble des indicateurs de la performance du recouvrement est accessible à l'annexe 2.

¹⁹ Dans le cadre du chantier « organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés », janvier 2007.



Le taux d'annulation des titres est un indicateur de la qualité du système de facturation et plus particulièrement du recueil des données relatives aux débiteurs. Ce taux est de 6,6% pour les titres émis en 2005, ce qui classe le CHD dans une situation moyenne²⁰, la majorité des annulations concernant les particuliers (16% des titres émis) et l'Etat (6%).

Le montant des annulations de titres reflète également la qualité de la facturation. Or, on observe un dérapage des annulations de titres sur exercices antérieurs. En 2006, il y a eu pour 700 000 euros d'annulation, l'EPRD initial pour 2007 prévoyait 800 000 euros. Les anticipations réalisées fin août laissent plutôt anticiper 1 580 000 euros.

Le délai moyen de facturation, c'est à dire le délai entre la sortie du patient et l'émission du ou des titres de recette est de 43,7 jours pour les consultations externes et de 23,7 jours pour les hospitalisations. Ces chiffres sont en amélioration depuis le début de l'année. Ainsi, ils étaient respectivement de 47,4 jours et 26,6 jours en juin 2007. Cette progression est liée au fait que la facturation pour 2007 a débuté fin février de la même année. Le CHD se classe donc dans la moyenne des établissements (délai moyen de 1mois et 10 jours²¹). Cet indicateur représentatif de la rapidité de la chaîne de facturation est important car on peut

²⁰ Par rapport aux huit établissements étudiés par la MEAH. Chiffre disponible le 21 juin 2007.

²¹ Sur les établissements étudiés par la MEAH, le délai de facturation s'échelonne de 17 jours à 73 jours.

légitimement penser que, moindre est le délai de facturation, plus les chances de recouvrer sont importantes, surtout en ce qui concerne les titres émis à l'encontre des particuliers.²² Le délai de recouvrement ne peut pas être actuellement calculé.

Le taux médiocre de recouvrement des produits hospitaliers et le niveau élevé d'annulation de titres sont symptomatiques d'une chaîne de facturation qui fonctionne mal et génère beaucoup de contentieux. En effet, il ne suffit pas d'émettre rapidement les titres si ceux-ci reviennent à l'établissement par la voie d'un rejet contentieux. Tous ces dysfonctionnements rendent difficile le recouvrement et, partant, génèrent potentiellement l'existence d'un stock de créances irrécouvrables important.

b) L'existence d'un stock de créances irrécouvrables importants

Les CI reflètent la performance globale de la chaîne de facturation et du recouvrement.²³

Les non valeurs, qui deviendront par la suite des CI représentent pour 2006²⁴, 546 730 euros, et pour 2005, 408 055 euros. Elles proviennent essentiellement des particuliers, que ce soit en nombre de titres (plus de 5000) ou en montant (environ 440 000 euros). En nombre, ce sont principalement les consultations externes qui sont concernées (plus de 4000 titres), et en montant, les hospitalisations (350 000 euros pour 923 titres). Il s'agit surtout de créances de faible montant, c'est à dire inférieures à 150 euros (4700 titres pour un montant 176 000 euros). L'intégralité des chiffres est disponible à l'annexe 2.

Les principales explications du non recouvrement sont les suivantes :

- Créance minime, c'est à dire en dessous de 100 euros²⁵,

²² Cependant, la MEAH est prudente sur ce point puisque ses études ne permettent pas de conclure positivement sur l'existence d'un lien entre réduction des délais de facturation et performance du recouvrement.

²³ L'irrécouvrabilité des créances peut résulter :

- de la situation du débiteur : insolvabilité, disparition...
- décision de l'ordonnateur de ne pas autoriser les poursuites,
- absence de recouvrement en phase amiable pour les créances inférieures au seuil d'émission des titres de recettes ou aux seuils des poursuites définis par l'établissement,
- refus d'autorisation des poursuites.

²⁴ Année de prise en charge du titre, c'est à dire l'année d'émission.

²⁵ Pas de voie d'exécution pour les créances inférieures à 100 euros

- Le patrimoine de la personne ne permet pas de rembourser (un procès verbal de carence est alors dressé). Dans ce cas, c'est davantage les difficultés socio-économiques que peuvent rencontrer certains patients qui est la source d'explication plutôt que les dysfonctionnements de la chaîne de facturation,
- Impossibilité de retrouver la personne. La personne a disparu ! Cela s'explique dans la majorité des cas, non pas par une disparition volontaire de la personne, mais parce que l'huissier de justice ne dispose pas de sa véritable adresse.

D'un point de vue budgétaire, les CI constituent une charge supplémentaire pour l'établissement. En effet, l'apurement des créances reconnues comme irrécouvrables viennent en concurrence avec les moyens quotidiens des hôpitaux. Les admissions en non valeur sont prononcées par le chef d'établissement²⁶, l'irrécouvrabilité est enregistrée par le comptable²⁷ comme une charge²⁸.

Pour le CHD Felix GUYON, les non valeurs apparaissent stables dans le temps. En 2006, il a été apuré pour 1,27 millions d'euros et 1,27 millions d'euros ont été comptabilisés en charge. Il reste néanmoins un stock important de 3,6 millions d'euros de CI non provisionnés. En effet, en 2007, il n'a pas été constitué de provision car, budgétairement cela n'était pas possible pour l'établissement (cf annexe 2).

La T2A et le nouveau régime budgétaire et comptable des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale conduisent ces établissements à porter une attention nouvelle à l'ensemble de la procédure de recouvrement de leurs recettes. En effet, la logique budgétaire étant inversée, ce niveau de recettes déterminera la capacité de l'établissement à dépenser et donc les marges de manœuvre pour son développement. Par ailleurs, le mécanisme de compensation des recettes du groupe 2 a disparu en même temps que la dotation globale, et les établissements devront rechercher en leur sein les ressources

²⁶ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, avant cette compétence appartenait au conseil d'administration.

²⁷ Il doit alors faire la preuve de sa diligence dans la poursuite des débiteurs. Cette opération n'éteint pas juridiquement la dette du débiteur.

et les gains de productivité nécessaires pour couvrir les recettes non encaissées. Enfin, dans la perspective à court terme d'une facturation directe et au fil de l'eau à l'assurance maladie, il est impératif que les établissements fiabilisent tout leur processus de recueil d'informations et de facturation. La qualité du recouvrement des recettes a donc désormais des répercussions bien plus importantes qu'elle n'en avait dans le régime de financement antérieur.

Confronté à cet enjeu immédiat, les établissements doivent conduire le plus rapidement possible une réflexion sur le fonctionnement de leur chaîne de facturation afin de pouvoir l'optimiser.²⁹ Désormais, le processus de facturation doit répondre à des critères de qualité, d'exhaustivité et de rapidité. Une fois ces enjeux et risques nouveaux identifiés, il convient désormais d'étudier comment la chaîne de facturation du CHD Felix GUYON y répond.

2 Diagnostic de l'organisation de la chaîne de facturation du CHD Felix GUYON

Le CHD Felix GUYON, comme tout établissement de santé, doit faire face aux nouveaux défis liés au déploiement de la T2A. Cependant, il présente des spécificités qui rendent peut-être plus difficiles mais également plus nécessaires qu'ailleurs les changements à mettre en place. Les difficultés de recouvrement qu'il connaît peuvent s'expliquer de deux manières différentes mais non exclusives l'une de l'autre. Une première raison tient au fait que l'hôpital se situe dans un contexte économiquement défavorisé, où la problématique du recouvrement des recettes peut prendre des dimensions plus complexes qu'ailleurs. L'autre explication réside dans le fait que, comme beaucoup d'autres hôpitaux, le CHD n'a pas été incité à optimiser sa chaîne de facturation, ce qui a conduit à laisser s'accumuler des dysfonctionnements internes.

²⁸ Les pertes sur créances irrécouvrables sont enregistrées au débit du compte 654 à hauteur des admissions en non-valeur prononcées par l'ordonnateur.

²⁹ L'enjeu en la matière n'a pas échappé à la DHOS et à la direction générale de la comptabilité publique qui ont constitué un groupe de travail commun pour améliorer les différentes procédures mises œuvre sur l'ensemble de la chaîne de facturation. De même, la MEAH a consacré un chantier pilote sur 2006-2008 à l'optimisation du recouvrement des produits hospitaliers et a ainsi accompagné huit centres hospitaliers.

2.1 Un environnement spécifique

Avant de décrire le fonctionnement même de la chaîne de facturation, il semble nécessaire d'étudier l'environnement dans lequel elle se déploie, c'est à dire le contexte socio-économique de l'hôpital ainsi que l'environnement interne de l'hôpital, c'est à dire, la restructuration architecturale qu'il connaît actuellement. En effet, ces deux éléments ont des conséquences non négligeables sur la chaîne de facturation qui doit donc en tenir compte et s'y adapter.

2.1.1 Le CHD Felix GUYON se situe dans un contexte socio-économique difficile

La nature du bassin de population fréquentant l'établissement est un facteur à prendre en compte. L'établissement est situé dans une zone économiquement défavorisée. En 2006, le taux de chômage³⁰ était de 30%, alors qu'il environnait les 9% pour la France métropolitaine³¹. En 2004, le salaire net annuel était de 19 363 euros à la Réunion, contre 22 232 euros en métropole, alors que le coût de la vie y est bien supérieur. En 1999, 77,5% des foyers fiscaux réunionnais n'étaient pas imposés contre 47,7% de ceux français. En 2000, 20% de la population réunionnaise bénéficiait du RMI, contre 3,2% en métropole.³²

Situé à Saint Denis, la « capitale » administrative de la Réunion, le CHD Felix GUYON reçoit moins de patients économiquement défavorisés que son homologue du sud de l'île, le Groupe Hospitalier Sud Réunion localisé à Saint Pierre. En effet, le Sud de l'île concentre les territoires les plus pauvres, avec des taux de chômage avoisinant les 50%. Néanmoins, de par sa proximité avec le principal aéroport de l'île, le CHD reçoit beaucoup de patients étrangers en situation irrégulière³³ qui, à leur arrivée, s'installent dans les environs de Saint Denis. Il aurait été intéressant de comparer l'accueil des patients étrangers en situation

³⁰ Au sens du bureau international du travail.

³¹ Par comparaison, la Seine Saint Denis, considéré comme un département accueillant une importante population en situation de précarité, connaît 13,3% de chômage en 2005.

³² Données INSEE.

³³ 16% des patients accueillis par la PASS en 2006 étaient des patients étrangers (8% en 2005) Plus de la moitié en 2005 était en situation irrégulière, en 2006, ils étaient 35%. Les autres détenaient un visa touristique.

irrégulière au CHD avec les données de certains hôpitaux métropolitains se trouvant dans une situation semblable, mais, ces données sont actuellement indisponibles pour la Réunion.

Cependant, si la précarité des personnes accueillies peut expliquer certaines difficultés de recouvrement, il ne faudrait pas conclure à l'existence d'un lien mécanique entre précarité des patients accueillis et non recouvrement des créances. En effet, avec l'instauration au 1^{er} janvier 2000 de la CMU³⁴ et CMU-C, la grande majorité des Français peut disposer d'une couverture sociale³⁵ (voir l'annexe 3 présentant les différentes prestations sociales en matière d'accès aux soins de santé et l'annexe 5 sur la sociologie des patients accueillis au CHD). Ainsi, en 2003, 11% des Réunionnais étaient couverts par la CMU de base (contre 2,4% des Français de métropole), et 41% des Réunionnais disposaient de la CMU complémentaire (contre 7% des métropolitains, 11,5% en Seine Saint Denis). Il ne devrait y avoir qu'un faible taux de créances irrécouvrables, puisque à la Réunion, près de la moitié des patients accueillis dépend de l'assurance maladie pour le paiement des prestations de soins réalisées. C'est pourquoi, l'accueil d'une population démunie implique justement une rigueur supplémentaire dans la gestion, notamment en ce qui concerne le recueil ou les demandes d'ouverture des droits sociaux des patients. L'intervention du service sociale de l'hôpital est également un élément indispensable pour limiter la création de créances irrécouvrables.

Enfin, l'hôpital public est encore souvent perçu, à tort, comme gratuit. La tendance actuelle au renforcement de la participation des malades avec la mise en place du forfait de un euro ou la participation forfaitaire de 18 euros devrait peut être aider à combattre cette culture de la gratuité. Il n'en reste pas moins, que sur ce point, l'hôpital doit accompagner ce changement de mentalité en informant davantage les patients sur les coûts qu'il supporte. Enfin, il semble que certaines consultations gratuites, notamment au profit des patients étrangers, soient pratiquées au sein de l'établissement. Il conviendrait à ce titre de sensibiliser les médecins sur les conséquences de cette pratique pour l'établissement.

³⁴ Date d'entrée en vigueur de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

³⁵ Même si pour les personnes en situation d'exclusion sociale (ex SDF) pouvant bénéficier de cette couverture sociale, les démarches administratives à réaliser se révèlent être un obstacle à l'ouverture des droits.

Le CHD Felix GUYON est effectivement dans une situation particulière vis à vis de la plupart des centres hospitaliers de métropole y compris ceux considérés comme localisés dans une zone économiquement et socialement défavorisée comme le Centre Hospitalier de Saint Denis. Il n'en reste pas moins que, si toutes les créances irrécouvrables ne sont pas évitables, elles atteignent aujourd'hui un montant que l'établissement ne peut supporter, d'autant plus qu'il connaît un déficit budgétaire. Il ne s'agit donc pas de nier les spécificités du contexte local mais, au contraire, de considérer que la chaîne de facturation doit être spécialement adaptée pour y répondre. De plus, le contexte particulier dans lequel se situe le CHD ne doit pas masquer que l'essentiel des difficultés de recouvrement qu'il rencontre s'explique par des dysfonctionnements internes de sa chaîne de facturation.

2.1.2 Impact des travaux de restructuration sur le circuit des patients

Le CHD Felix GUYON est actuellement en cours de travaux. Ceux ci ont été décidés en 1998 et sont prévus pour durer jusqu'en 2012. Il s'agit de la reconstruction totale de l'hôpital sur le même site. La circulation au sein de l'établissement est devenue, depuis le début des travaux, un véritable labyrinthe car évoluant au rythme des démolitions des anciens bâtiments ou de l'émergence de nouveaux. Mais surtout, les patients ont perdu leurs points de repère habituels. En effet, le bureau des entrées se situait dans la cour des Flamboyants, point d'accueil traditionnel de l'hôpital et aisément reconnaissable grâce à ces grands arbres si caractéristiques. Il a été ponctuellement déménagé et localisé dans un modulaire mal indiqué et peu accessible. Il réintégrera son ancien emplacement en 2009. Si on ajoute que la signalétique est nettement insuffisante et rapidement obsolète on comprend le mécontentement des patients et de leurs familles qui perdent beaucoup de temps dans les couloirs.

Hormis, la mauvaise image que cela donne de l'hôpital et le fait que cela dissuade certains patients de venir consulter, cette contrainte pèse également sur la chaîne de facturation. En effet, il est, par exemple, délicat de mettre en place un système de pré-admission lorsque l'on sait que face au jeu de piste qui attend le patient après sa consultation, beaucoup d'entre eux ne voudront pas se rendre au BE réaliser leur pré-admission. L'organisation de la chaîne de facturation, largement tributaire du circuit du patient dans l'établissement, souffre donc également des difficultés engendrées par les travaux de restructuration.

La chaîne de facturation implique différents acteurs ou processus selon que le patient soit admis pour une hospitalisation ou une consultation externe, avec des cas particuliers comme le passage aux urgences ou les évacuations sanitaires. L'hospitalisation à domicile n'est pour le moment pas pratiquée au CHD Felix GUYON. Cependant, quelque soit le mode d'admission du patient, les grandes étapes restent identiques.

2.2 La chaîne de facturation au CHD

L'état des lieux du processus de facturation a pu être réalisé suite à une série d'entretiens auprès des acteurs concernés. Il en est ressorti en synthèse, outre la description objective de son fonctionnement actuel, la mise en évidence d'éléments sur lesquels réfléchir pour améliorer l'efficacité du circuit de facturation, c'est à dire pour pallier les dysfonctionnements rencontrés, améliorer encore certains points, ou se conformer à certaines réflexions initiées au niveau national, comme les recommandations de la DHOS et de la DGCP par exemples. Il ne s'agit pas ici de présenter de manière exhaustive chacune des étapes du circuit mais de chercher à comprendre l'architecture d'ensemble afin de pouvoir dégager des axes d'amélioration.

Pour décrire la chaîne de facturation du CHD, on détaillera d'abord les différentes étapes de la chaîne de facturation, en débutant par les différentes modalités d'admission d'un patient. Nous terminerons par l'émission du titre de recette et le règlement de l'éventuel contentieux y afférent. En parallèle, on dégagera certaines pistes de réflexion. La facturation des DMI et MO ne sera évoquée que succinctement car ne constituant qu'une part minime de la facturation en volume de titres³⁶. On insistera ensuite sur certains des acteurs clefs de la chaîne de facturation, le DIM, le département informatique, le service social et la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) et enfin, la Trésorerie Principale (TP).

2.2.1 De l'accueil du patient à l'émission d'un titre de recette

A) Admission du patient

a) *Les différentes modalités d'admission*

³⁶ Même si le volume financier représenté par ces titres peut être important. 2006, les rétrocessions ont rapporté 4,85 millions d'euros. L'ensemble du titre 3 a représenté 18,57 millions d'euros en 2006.

➤ **Pour les patients hospitalisés**, c'est le BE qui réalise leur admission.

Le BE est organisé en deux sous-services :

- Un point accueil et information situé dans l'entrée du BE
- Des guichets pour l'admission et la sortie des patients hospitalisés. La gestion des dossiers se fait en arrière boutique (système de front / back office).

Pour une hospitalisation, le patient doit se présenter au BE avec la convocation que lui a remise la secrétaire médicale du service où il sera hospitalisé, ou, pour les patients adressés par leur médecin de ville, avec un courrier de ce praticien.

➤ Le bureau des entrées réalise également les **pré-admissions** de certains patients. Il s'agit principalement de ceux venant en hospitalisation de jour. Ce système de pré-admission fonctionne bien car il s'agit de patients « réguliers », comme ceux de diabétologie. Pour réaliser une pré-admission, la secrétaire médicale du service de soins remet au patient une convocation accompagnée de la liste des pièces qu'il doit fournir et lui demande de se rendre au BE pour réaliser son dossier administratif. Si le patient ne dispose pas de l'ensemble des pièces lors de son passage au BE, il peut les ramener lors de son hospitalisation ou de la consultation.

L'intérêt principal des pré-admissions est de mieux recueillir les pièces administratives comme la carte vitale, de mutuelle et de limiter le nombre de dossiers incomplets. En outre, il facilite le travail des secrétaires des urgences lorsqu'elles accueillent les patients qui se présentent aux urgences pour se rendre ensuite au bloc opératoire, avant l'ouverture du BE, c'est à dire avant 7h30.

➤ **les admissions en consultations externes**

Elles sont réalisées par les secrétaires médicales des services de soins concernés, ce qui semble être une organisation relativement atypique puisque dans la plupart des centres hospitaliers, les fonctions de gestion des dossiers administratifs et des dossiers médicaux sont séparées. Des agents administratifs s'occupent de l'ouverture et de la gestion des dossiers administratifs avec notamment le recueil des droits sociaux des patients, tandis que ce sont les secrétaires du service de soins qui s'occupent de la prise de rendez-vous, saisie des comptes rendus médicaux, archivage des dossiers médicaux, etc. Or, au CHD, les secrétaires médicales des consultations externes assurent l'ensemble de ces tâches.

Les consultations externes (CE) sont le plus gros point d'entrée de l'hôpital (environ 60% des passages). Il existe cinq pôles d'accueil principaux des CE : la maternité, les laboratoires, la radiologie, la pédiatrie, les consultations externes centrales³⁷. Ces points d'accueil sont éclatés sur l'ensemble de l'établissement. Au total, une quarantaine de secrétaires médicales travaillent dans un service de consultations externes avec des missions relevant de la gestion du dossier administratif en lien avec la chaîne de facturation.

➤ **Les admissions aux urgences**

Il y a deux secrétaires présentes en permanence au niveau du point « accueil et traitement des urgences ». Ces secrétaires réalisent l'admission des urgences pédiatriques, urgences adultes ou maison médicale, soit environ 3200 personnes par mois.

Pour un patient qui arrive au CHD via les urgences et y est ensuite hospitalisé, le système est le suivant : le secrétaire des urgences réalise l'admission, photocopie les pièces justificatives du patients puis les envoie au BE. Celui-ci rentre les débiteurs puis gère le dossier. Concernant les hospitalisations de maternité³⁸, le système est identique. Dans ce cas, les secrétaires médicales ne réalisent qu'une partie seulement des tâches relatives à la gestion de dossiers administratifs patients. Le dossier du patient qui, après le passage aux urgences, quitte le CHD est géré par la secrétaire médicale du service porte.

La maison médicale de garde est ouverte tous les soirs ainsi que le week end et jours fériés. Le patient est orienté par l'Infirmier d'Accueil et d'Orientation (IAO) des Urgences qui, selon la gravité de son état, juge s'il relève effectivement des urgences ou peut être vu par un médecin généraliste de la maison médicale.

Cependant, même si le patient est dirigé vers la maison médicale de garde, il passe nécessairement par le secrétariat des urgences. Les secrétaires lui créent un dossier administratif, saisissent comme débiteur « maison médicale » et entrent un acte non facturable. Ni la maison médicale ni le patient ne sont donc facturés. Il arrive que la maison médicale de garde renvoie le patient aux urgences sous prétexte que son état de santé le nécessite. Cependant, souvent les véritables raisons de ce retour viennent du fait que ces

³⁷ qui regroupent l'ensemble de la chirurgie, la rhumatologie, la médecine physique et de réadaptation et les consultations post urgences.

³⁸ Accouchements, grossesses difficiles et interventions chirurgicales en gynécologie. Les dossiers des IVG réalisés en hospitalisation sont gérés entièrement par les secrétaires de maternité.

patients n'ont pas de prises en charge. Dans ce cas, les secrétaires des urgences doivent modifier le dossier du patient.

Quelques fois, elles réalisent également les admissions avant 7h30 pour les patients destinés au bloc opératoire³⁹. Cette tâche est révélatrice d'un dysfonctionnement. En effet, dès la consultation pré-opératoire, les patients sont informés qu'ils doivent se rendre au BE faire la pré-admission. Or, souvent, les patients ne réalisent pas cette pré-admission et les secrétaires du service où ils sont attendus ne vérifient pas que cette démarche a été réalisée avant qu'ils n'arrivent.

➤ **Les évacuations sanitaires (EVASAN)**

- Les EVASAN provenant de Madagascar, de l'île Maurice, des Comores ou des autres îles de l'Océan Indien sont gérées par le BE. L'assurance du patient l'informe de la venue du patient étranger au CHD. Le BE lui faxe alors un devis et demande le versement d'une caution. Lorsque l'assurance s'est acquittée de ces opérations, le BE délivre un certificat administratif d'admission du patient au CHD. Ce certificat est obligatoire si le patient veut pouvoir pénétrer sur le territoire français.

- Les EVASAN Mayotte représentent la part la plus importante.

Elles ont concerné en 2006 environ 650 patients et représenté 4,6 millions d'euros de recettes dont 4,2 millions pour les hospitalisations (voir l'annexe relative 3 aux différentes prestations relatives à l'accès aux soins de santé).

Au sein du CHD, il existe la coordination logistique des évacuations sanitaires de Mayotte (CLEM). Celle-ci est le référent pour toutes les évacuations sanitaires de Mayotte sur la Réunion mais elle ne prend en charge que les dossiers des patients hospitalisés au CHD.

Elle reçoit par fax du CH de Mayotte⁴⁰ une fiche administrative contenant l'identité du patient, le service d'origine et d'arrivée, le nom du PH qui le prend en charge, etc. Elle transmet cette fiche au BE.

Les avions en provenance de Mayotte atterrissent à 19h, donc ce sont les secrétaires des urgences qui réalisent l'admission du patient. Chaque patient arrive avec un dossier contenant ses papiers d'identité, billet d'avion, etc. Lorsqu'il se présente au secrétariat de l'accueil des urgences, les secrétaires disposent d'une fiche d'inventaire à renseigner. Cet

³⁹ Cela permet d'éviter une nuit d'hospitalisation au patient.

inventaire permet de lui réclamer immédiatement les pièces manquantes. En effet, il est arrivé à plusieurs reprises que l'on s'aperçoive trop tard qu'on ne lui avait pas demandé son billet d'avion et que ce billet ait été perdu. Le CHD n'avait donc pas pu se faire rembourser le vol. Ces pièces sont ensuite transmises au BE qui s'occupe entièrement de la gestion administrative des patients arrivés via Evasan. Les demandes d'AME Drass sont également réalisées par le BE. Les demandes de CMU et CMU-C sont effectuées par les Assistantes Sociales. Les pièces sont ensuite remises à la CLEM qui est chargée d'organiser le retour du patient sur Mayotte (réservation du vol retour, etc).

Le principal problème vient du fait que les fiches evasan sont souvent mal renseignées. Ainsi, il arrive que les informations figurant sur la fiche administrative du patient et sur sa carte d'identité ne coïncident pas (pas même date de naissance, ni même nom). De plus, l'état civil de Mayotte est lacunaire, avec une inversion fréquente des noms / prénoms, ou un recueil incomplet de la date de naissance (l'année et le mois sont exacts, mais pas le jour : les Mahorais sont presque tous déclarés comme étant nés le premier jour du mois). Sur ce point, il semble qu'il y ait peu d'amélioration à attendre, sauf pour les enfants nés ces dernières années.

b) Les opérations techniques

On observe que les pratiques sont relativement homogènes entre le BE et les secrétariats médicaux exerçant la fonction administrative d'accueil, ce qui semble un point positif et distingue ainsi le CHD de la plupart des autres établissements. Cependant, l'établissement n'est pas en mesure de garantir une application rigoureuse de ses procédures.

➤ **L'admission du patient**

Elle est réalisée dans le logiciel crossway. Chaque patient fait systématiquement l'objet d'une ouverture de dossier administratif. A tout patient venant consulter ou être hospitalisé au CHD est attribué un numéro IPP (identifiant permanent du patient) unique qu'il conserve à vie ainsi qu'un IEP qui est spécifique à chaque passage.

De plus, une recherche d'antériorité de venues est automatiquement réalisée par le logiciel dès la saisie du nom et de la date de naissance. Les demandes d'informations relatives à l'identité du patient (nom, adresse, date de naissance) sont systématiquement repostées par

⁴⁰ Il n'y a qu'un centre hospitalier à Mayotte, celui de Mamoudzou.

la secrétaire médicale ou l'agent du BE. Cette opération permet de vérifier et, éventuellement, de mettre à jour ces données.

Pour les consultations externes, lors de la mise en place du parcours de soins coordonné, il a été établi que, chaque UF du parcours patient doit ouvrir un dossier⁴¹, sauf pour les consultations externes centralisées où il s'agit d'un seul et même dossier pour l'ensemble des consultations concernées. Chaque secrétaire ouvre donc un dossier même si le patient est déjà connu de l'établissement. De même elle lui re-demande les informations concernant l'ouverture de ses droits et refait une photocopie des pièces justificatives. Il n'y a que les secrétaires de radiologie-scanner qui soient exemptées de ce travail lorsqu'elles l'estiment judicieux. En effet, 90% des patients qu'elles reçoivent en consultation proviennent des consultations externes centralisées. Leurs dossiers ont donc été créés dans la semaine voire le plus souvent dans la journée même par ces secrétaires. Elles font donc un « copié-collé » des informations contenues dans le dossier administratif et ne photocopient pas les justificatifs de prise en charge.

➤ **L'existence de doublons**

Un doublon est créé lorsque le patient est déjà connu dans la base de données Crossway et que la secrétaire ou l'agent du BE lui crée un deuxième dossier administratif et partant un deuxième IPP. Des doublons peuvent être facilement générés. En effet, certains noms sont très répandus à la Réunion, comme Payet, Grondin, Fontaine, etc, et le prénom Marie est également très fréquent. De plus, il existe, pour certains noms, différents types d'orthographe. Ex : Hoareau, Houareau, Woareau, Hoarau, etc. Enfin, certains cas d'homonymie sont justifiés, c'est à dire qu'à l'identité « Payet Marie-Thérèse » correspond effectivement deux personnes. La recherche de doublons est donc délicate mais nécessaire.

Lorsqu'on s'aperçoit qu'un doublon a été créé, il est fait appel au référent Pastel pour les secrétariats médicaux afin qu'il réalise la fusion des dossiers. De plus, il existe sur crossway un moyen de signalement que les secrétaires peuvent renseigner. Cet agent vérifie également chaque jour la base de donnée à la recherche de doublons via une requête informatique pour sortir tous les cas d'homonymie. Elle est doublée par une requête plus élaborée lancée chaque semaine.

➤ **Identification des patients :**

Une carte d'identité et un justificatif de domicile sont très rarement, voire jamais demandés aux patients. Peu de patients pensent d'ailleurs à apporter un justificatif de domicile. Les agents sont quelque fois confrontés à l'agressivité des patients lorsqu'ils leur demandent une pièce d'identité. Pour les patients étrangers, c'est le passeport qui est demandé ainsi que leur lieu de résidence à la Réunion, mais souvent, ils ne sont pas en mesure de donner l'adresse correspondante.

Régulièrement, une note de service rappelle qu'il convient d'être vigilant et de vérifier systématiquement les adresses des patients. Une note de service du Chef d'Etablissement a par ailleurs demandé aux agents du BE ainsi qu'aux secrétaires médicales d'exiger une pièce d'identité et un justificatif d'adresse du patient. Cependant, il semble qu'elle reste inappliquée. Or ce laxisme est l'une des explications des difficultés de recouvrement rencontrées par la TP car les adresses sont inexactes.

En 2006, on a relevé deux cas d'usurpation d'identité. La réalité de ce problème est difficilement chiffrable, cependant on peut penser que l'ajout d'une photographie d'identité sur les cartes vitales, notamment celles des patients de Mayotte, devrait permettre de réduire ce problème.

Trente huit dossiers de consultations externes étaient sans adresse et correspondaient à des personnes sans domicile fixe. Il n'existe aucune procédure à mettre en œuvre lorsqu'un patient se présente sans pouvoir justifier de son identité ou refuse de la communiquer.

Aux urgences, lorsque le patient refuse de communiquer son identité ou n'est pas en mesure de le faire, il est inscrit dans son dossier « patient p » ou « p lundi », « p mardi » selon le jour d'arrivée. Il s'agit le plus souvent de patients qui arrivent drogués⁴² ou en détresse vitale et donc, dans un cas comme dans l'autre, ne sont pas capables de décliner leur identité. Lorsqu'un patient p retrouve sa lucidité, l'IDE prévient alors la secrétaire pour qu'elle essaie de relever son identité. En règle générale, lorsqu'un patient p se trouve dans le service, les secrétaires préviennent leurs collègues lors des transmissions pour qu'elles essaient de compléter le dossier lors de l'arrivée de la famille du patient ou lors de sa sortie.

L'autre difficulté du recueil de l'identité patient aux urgences concerne les patients qui sont transportés aux urgences par les pompiers ou les ambulanciers. En effet, seuls les patients valides sont accueillis au secrétariat. Dans les autres cas, ce sont les pompiers qui font le

⁴¹ Cette organisation a été adoptée car le SIH ne permettait pas de faire autrement. Il y a donc création d'un nouvel IEP à chaque consultation, l'IPP restant identique.

⁴² Alcool ou zamal (variété de cannabis local).

relevé des informations administratives sur une fiche d'intervention. Or, bien souvent, ces informations sont lacunaires ou incorrectes.

B) Recueil des informations relatives aux droits sociaux

Comme nous l'avons évoqué précédemment, le CHD accueille une population en situation de précarité économique. C'est pourquoi, l'accueil des patients implique une grande rigueur lors de la création du dossier administratif. Il convient d'être notamment vigilant quant à l'ouverture des droits et, le cas échéant de bien insister auprès des patients pour que les démarches nécessaires soient réalisées, en lui proposant l'aide d'une assistante sociale.

Chaque poste dispose d'un lecteur de cartes vitales et il existe une borne de mise à jour au niveau du BE et de l'accueil des Urgences. Les droits sociaux sont saisis dans le logiciel Pastel. Une photocopie de l'attestation des droits de la mutuelle est réalisée pour archivage au BE ou dans le service de soins. Il serait souhaitable qu'avec le passage à une facturation directe à l'Assurance Maladie, une interface entre le lecteur de cartes vitales et Pastel soit créée pour que les informations relatives aux débiteurs se déversent instantanément dans Pastel. Ce système permettrait d'éviter toute erreur de saisie de ces droits.

La validité des droits est systématiquement vérifiée même si le patient est déjà connu de l'établissement: nouvelle lecture de la carte vitale/ carte de mutuelle, nouvelles photocopies.

Lorsque la carte de mutuelle ou la carte vitale n'est pas à jour, la secrétaire médicale ou l'agent du BE met le dossier du patient en « payant » pour le ticket modérateur ou en « 100% payant » et le bloque. Ce blocage provisoire accompagné d'une note « attente d'une attestation mutuelle » par exemple, permet de suspendre la valorisation du dossier. Le patient est alors averti qu'il dispose de huit jours pour ramener les pièces manquantes. Passé ce délai, son dossier sera débloqué et sera directement facturé 100% payant ou uniquement pour la partie relative au ticket modérateur. L'envoi d'une lettre de relance n'est pas automatique et est laissé à la diligence de l'agent.

La menace d'être facturé, suffit généralement pour que les patients rapportent assez rapidement leurs pièces justificatives. Cependant, une minorité de patients attend que le titre soit émis, voire qu'il y ait eu un rappel de la TP pour produire leurs justificatifs de prise en charge. Le service contentieux doit donc annuler le titre et en émettre un nouveau. Ce type d'attitude génère une surcharge de travail pour le service.

Il est possible d'interroger directement la Sécurité Sociale (SS) sur l'ouverture des droits d'un patient. Cependant, elle se montre de moins en moins coopérative sur ce sujet. Désormais, elle a demandé au CHD de dresser une liste de dix agents habilités à prendre contact avec elle. Ces agents peuvent lui demander si les droits du patients sont ouverts ou non, mais elle refuse de leur communiquer les dates d'ouverture des droits, pour des raisons de confidentialité. Quatre agents du BE sont inscrits sur cette liste, seule l'assistante sociale de la PASS ainsi que la secrétaire du service social y figurent, alors que toutes les assistantes sociales devraient pouvoir accéder à ce type d'information. La communication du CHD avec la SS s'est donc fortement dégradée du fait de la restriction des personnes habilitées à solliciter la SS.

Face aux difficultés de recouvrement des mutuelles, un nouveau système de mise à jour de la liste des mutuelles conventionnées vient d'être mis en œuvre au sein du CHD. Désormais, au lieu que la mise à jour se fasse de manière quelque peu désordonnée au sein des différents secrétariats, il a été désigné une personne référente chargée de cette tâche pour l'ensemble de l'établissement. De plus, le système de conventionnement des mutuelles est relativement complexe car certaines mutuelles peuvent être conventionnées, uniquement pour les hospitalisation et non pour les consultations externes. Les secrétaires médicales peuvent donc se tromper de codes. Face à ce type d'erreurs très fréquent, l'agent référent en matière de conventionnement a bloqué l'ensemble des codes des mutuelles non conventionnées pour qu'elles ne puissent pas apparaître comme conventionnées.

Il convient désormais de s'interroger sur la nécessité de poursuivre le conventionnement avec les mutuelles métropolitaines. Outre, qu'en médecine de ville ces mutuelles ne sont pas acceptées et qu'en métropole les mutuelles réunionnaises ne sont pas non plus acceptées, cela permettrait de réduire une cause importante de rejet.

Il n'existe aucune convention signée avec les pays étrangers, notamment ceux de la zone Océan Indien. Le CHD a d'ailleurs beaucoup de difficultés à se faire rembourser par les assurances étrangères, notamment celles des Seychelles ou de Maurice.

C) Le recueil de l'activité médicale à des fins de facturation

L'activité médicale est recueillie dans le logiciel Crossway. La saisie de l'acte génère automatiquement son codage. Un système de codage à la source et décentralisé a été adopté en 2005. En effet, la proximité « secrétaire médicale – PH » a paru être un élément positif pour un codage de qualité, et répondait également aux recommandations du GMSIH.

Le codage des actes est généralement réalisé par les secrétaires médicales, plus rarement par les médecins. Les agents du BE n'interviennent pas dans le recueil des données médicales. Pour le bloc opératoire, le chirurgien code les actes sur une fiche papier, puis la secrétaire les saisit. Pour la radiologie, ce sont les manipulateurs radio qui codent pour les hospitalisations, les CE sont saisies par les secrétaires. Les urgences utilisent Urqual. Les secrétaires des urgences ressaisissent les actes dans Crossway. Il est prévu d'intégrer Urqual dans Crossway en 2008 car, lorsque des données sont saisies manuellement, il est toujours à craindre que des erreurs de saisies se produisent. Pour les laboratoires, la saisie des actes se fait dans LMX et dans Crossway. LMX est alimenté par les techniciens de laboratoire via le passage d'une douchette sur les codes barres figurant sur les feuilles d'analyse. LMX calcule la cotation. Les secrétaires des laboratoires ressaisissent les actes dans Pastel pour les actes externes de biologie car il n'existe pas d'interface informatisée entre LMX et Pastel.

Il avait été envisagé de mettre les activités de consultations externes sous la forme de code barre. Le PH entoure l'acte et la secrétaire passe dessus un lecteur de codes-barres. Aujourd'hui, seuls le laboratoire de biologie et les consultations externes de gynécologie ont adopté ce système.

Pour les diagnostics ou les co-morbidités associées, il existe deux organisations différentes :

- Dans la majorité des services : le médecin les met par écrit et les hiérarchise, puis la secrétaire saisit et code dans crossway
- Certains médecins de soins de suite et réadaptation codent directement.

En principe, le médecin DIM ne devrait pas saisir de données médicales, mais il lui arrive régulièrement de saisir des Résumés d'Unité Médicale (RUM)⁴³ pour certains services. En effet, il se peut que les secrétaires n'aient pas le temps de coder. Certaines ont d'ailleurs pris l'habitude de se décharger sur le DIM.

La qualité du codage effectué par les secrétaires n'est que partiellement vérifiée. En effet, le logiciel repère les actes incompatibles entre eux ou bloque si aucun acte n'a été rentré. Cependant, il n'est pas en mesure de détecter si un acte est manquant ou incorrect. Le plus, lorsque le codage est effectué par la secrétaire, il n'est pas vérifié par le médecin.

⁴³ Un RUM contient notamment le diagnostic principal, le diagnostic relié, les diagnostics associés significatifs, les actes médico-techniques.

Enfin, l'absentéisme au sein des secrétariats médicaux⁴⁴ impacte la qualité du codage. La Coordination des Secrétariats Médicaux (CSM) gère donc un pool de remplaçantes en interne et fait ponctuellement appel à des secrétaires remplaçantes. Outre que cela engendre un travail important de formation des nouvelles venues par la CSM et les secrétaires elles-mêmes sur le terrain, la qualité du codage souffre de ce turnover.

D) Les mouvements patient entre deux UF d'hospitalisation

Ils sont saisis par les infirmiers (IDE) des services de soins dans crossway. Le BE n'effectue aucune vérification. Cependant, on constate que de nombreux mouvements ne sont pas faits en temps réel, ce qui a des conséquences négatives en terme de facturation. Désormais, lorsqu'il est confronté à un patient qui conteste sa facture (on lui a facturé plus de journées que celles effectivement réalisées), le BE lui demande de se rendre dans le service où il a été hospitalisé pour que celui-ci lui remette un document certifiant le nombre exact de jours d'hospitalisation effectués. Les agents du BE font ensuite les corrections nécessaires sur la base de ce document.

Les mouvements non faits en temps réel génèrent donc une réelle surcharge de travail pour le BE car il doit annuler et ré-émettre un titre. Le fait de renvoyer le patient dans le service de soins lorsqu'il y a un contentieux a certes conduit à complexifier le système, mais paradoxalement à l'améliorer. Il permet aux services de soins de prendre conscience de l'importance de cette saisie en temps réel ! On observe donc moins de contentieux en la matière que du temps où les démarches étaient entièrement effectuées par le BE.

E) La réalisation de la sortie des patients hospitalisés

Elle est saisie par l'IDE du service de soins et réalisée par l'agent du BE (clôture du dossier administratif). Il y a quelque temps, le service de soins appelait le BE avant la sortie du patient pour permettre au BE de vérifier si le dossier était complet. Le cas échéant, elle demandait au patient de se rendre au BE pour le compléter. Il semble que cette opération soit de moins en moins réalisée, ce qui est dommageable puisque cela permettait de limiter le nombre dossiers incomplets.

⁴⁴ En 2005, on a relevé, pour l'ensemble des 200 secrétaires médicales de l'établissement, 4140 journées d'absentéisme soit un peu plus de 18 équivalents temps plein. Données issues du rapport de gestion 2005.

F) Gestion et valorisation des dossiers

A chaque agent gestionnaire du BE ou secrétaire médicale a été attribué un code informatique gestionnaire propre. Ce code leur permet de travailler leurs dossiers et assure également davantage de traçabilité en la matière.

Il s'agit pour les agents de déterminer la base facturable et de mettre à jour les règles de répartition entre débiteurs (via la carte vitale). Il faut notamment mettre à jour les informations relatives à l'exonération du ticket modérateur (TM)⁴⁵.

La valorisation concerne les dossiers pouvant être proposés à la facturation⁴⁶. C'est une transaction informatique qui permet de facturer les dossiers sans attendre le passage en chaîne de facturation au bout d'un mois et donc, de facturer dès la sortie du patient. Elle est réalisée dans le logiciel Pastel. Une interface permet à Crossway d'alimenter Pastel. La valorisation est effectuée au fil de l'eau par les secrétaires médicales et le BE.

Les dossiers pour lesquels une demande d'ouverture des droits sociaux a été réalisée auprès de l'assurance maladie sont bloqués par les agents du BE, les secrétaires médicales ou les assistantes sociales. Cette opération permet donc de suspendre temporairement la valorisation automatique du dossier et sa facturation. Généralement le dossier est bloqué le temps de recevoir les pièces justificatives manquantes (ex « dossier en cours PASS » « demande d'AME en cours »). A la date du 23 mai 2007, il y avait 151 dossiers bloqués pour l'ensemble des consultations externes.

Pastel clôture automatiquement les dossiers non clôturés, un mois après la date d'ouverture du dossier. Les dossiers non bloqués passent donc automatiquement en facturation : ils sont valorisés par le service « contentieux et recettes diverses » sur la base des éléments disponibles, ce qui explique qu'ils soient presque tous rejetés.

Avant la facturation, les valorisations sont contrôlées à deux niveaux:

- Au niveau des secrétariats et du bureau des entrées :

⁴⁵ Il s'agit de renseigner le type de risque du patient. Les principaux risques permettant une exonération du TM sont : le risque 40 - accident du travail, risque 27 - affection multiple, risque 30 - maternité, et risque 28 - affection longue durée.

⁴⁶ Les débiteurs sont à jour et des actes médicaux ont été rentrés.

Contrôle de l'exhaustivité : Pastel détecte le dossier dans lequel une information administrative ou médicale est manquante, et le bloque. Il n'y a donc pas possible d'avoir en facturation des dossiers sans actes à la clôture.

Chaque semaine, une secrétaire médicale a la possibilité de faire un auto-contrôle via une requête sur crossway de l'ensemble des dossiers qu'elle a créés dans la semaine et de corriger ainsi ceux présentant une anomalie (ex. association d'actes non prévue).

- Au niveau du service RDC chargé de la facturation des CE, un contrôle de la qualité des informations est réalisé par un agent du service. Il vérifie principalement deux éléments :
 - Pour les patients âgés de moins de 16 ans, il vérifie que la majoration de coordination des généralistes ne leur est pas facturée⁴⁷. Il semble que sur ce point, le SIH ne soit pas fiable et quelque fois le facture indûment.
 - Pour les mutuelles non conventionnées en CE, il vérifie que le code débiteur saisi par la secrétaire ne fasse pas apparaître ces mutuelles comme conventionnées.

Ces deux niveaux de contrôles ont été mis en place depuis début 2007 et il semble prématuré de juger de leur efficacité.

G) Les encaissements en régie

Les agents du bureau des entrées comme les secrétaires médicales en charge de la valorisation des dossiers ont tous qualité de régisseurs de recettes⁴⁸. Dans le cas des régies liées à l'activité médicale, les services disposant d'une régie sont ceux où l'activité est la plus élevée (imagerie, urgences, maternité-gynéco...).

Le BE demande systématiquement aux patients étrangers (sauf aux ressortissants d'un pays appartenant à l'Union Européenne⁴⁹) et aux patients sans couverture sociale (c'est à dire 100% payant) dont le dossier n'a pas l'objet d'une note bloquante, de payer une avance ou de signer un engagement à payer.

⁴⁷ Les patients de moins de 16 ans ne s'inscrivent pas dans le parcours de soins coordonné.

⁴⁸ Les dix régies de recettes sont situées dans les services suivant : BE (2 régies), Consultations externes centrales (CEC), Imagerie, Laboratoire de consultations externes, Accueil des urgences, Maternité, ORL, Médecine nucléaire, IFSI.

⁴⁹ Ces patients sont considérés comme des patients français lorsqu'il s'agit de soins non prévus, d'après les règles de coordination des régimes de sécurité sociale au sein de l'UE. Lorsqu'il s'agit de soins programmés, le patient doit demander auprès de son institution d'Assurance Maladie une autorisation de prise en charge (formulaire E 112).

Pour ces types de patients venant au CHD comme consultants externes, il serait également possible de leur demander de payer une avance, mais jusqu'ici cela ne s'est jamais fait. Les secrétaires ont néanmoins été informée de la possibilité de demander une avance pour les CE, correspondant au minimum au prix de la consultation.

Il semble que certaines secrétaires soient très réticentes à encaisser en régie. Cette possibilité de paiement est donc, en général, rarement proposée aux patients. La Trésorerie estime d'ailleurs que l'activité d'encaissement en régie pourrait être davantage développée, notamment pour les encaissements des CE. En effet, les régies de recettes sont en baisse d'activité sur 2006 puisque l'on a encaissé par ce biais, 561 000 euros, soit 26% de l'ensemble des encaissements relatifs aux patients du CHD⁵⁰ alors qu'en 2005, il s'agissait de 644 000 euros, soit 29%. A l'heure actuelle, on ne dispose pas du détail des recettes encaissées en régie pour les hospitalisation / CE, ni d'un bilan d'encaissement par régie. De plus, il n'existe pas de référentiel de comparaison avec les autres CH disponible.

H) Facturation

La facturation des consultations externes et de recettes diverses⁵¹ est assurée par le service RDC qui gère également le contentieux en la matière. La facturation des hospitalisations est assurée par le bureau des entrées.

Tous les titres sont expédiés sous format papier sauf les avis des sommes à payer destinés à l'Assurance Maladie pour lesquels il existe une solution de télétransmission (norme Iris B2 Noémie). Mais, les retours (les rejets de l'assurance maladie) se font sous format papier. Pour le Trésor, la transmission se fait via HTITRE / NOEMIE. Il existe également une solution de dématérialisation à destination des mutuelles (NOE) mais elle n'est pas exploitée du fait du refus des mutuelles d'adopter la norme NOE.

Le taux d'exhaustivité mensuelle de la facturation, c'est à dire le nombre de factures produites rapporté au nombre de dossiers produits (sur un mois)⁵² fait l'objet d'un suivi

⁵⁰ compte 4111 « part du malade hospitalisé ou consultant »

⁵¹ Ex les rétrocessions de médicaments, la vente de produits fabriqués, les prestations de services..., c'est à dire l'ensemble des recettes du titre 3.

depuis le début de l'année par un agent du service contentieux et recettes diverses. Ce taux se décline selon les grands secteurs d'activité de l'hôpital : l'hospitalisation, consultations externes, urgences⁵³, laboratoires et imagerie (chiffres disponibles en annexe 4).

Les retards de facturation s'expliquent de différentes manières :

- Certains dossiers sont bloqués pour cause d'attente de droits,
- La réglementation relative à l'AM a connu une évolution rapide qui a fortement impacté le processus de facturation : mise en place du parcours de soins coordonné, du forfait 18euros, etc. Il a donc fallu adapter à la hâte et de manière quelque peu chaotique le SIH. De fait, cela a généré d'importants délais de facturation. Ainsi, en 2006, les consultations externes n'ont pas été facturées pendant trois à quatre mois. En effet, le prestataire informatique du CHD (le MIPIH) n'a fourni l'applicatif informatique nécessaire à la mise en place du parcours de soins coordonné qu'avec beaucoup de retard. Par conséquent, seuls les patients payants ont pu être facturés.

Il a été prévu de rattraper ce retard tout au long de 2007. Pour ce faire, un tableau de suivi de l'émission des titres est alimenté toutes les semaines. Voir l'annexe 4.

- Enfin, il existe un goulot d'étranglement au niveau du service expédition.

En effet, il y a constamment des éditions en attentes et donc un retard d'expédition qui n'est pas comblé. Avant toute expédition vers les organismes (ex département...), les agents du service doivent joindre au titre une copie de la prise en charge que leur adressent les secrétariats médicaux. Ce dispositif est identique pour certains examens (scanner, prise en charge SMUR, etc) mais également pour les accidents de travail. Ce travail est fastidieux et ralentit l'expédition des titres mais il est nécessaire sinon les titres sont systématiquement rejetés.

Le service RDC est actuellement toujours en train de traiter des titres de 2005. Il convient d'être particulièrement vigilants, notamment pour ceux relevant de l'AM, car les délais de prescription en la matière sont de deux ans.

⁵² Il convient de calculer cet indicateur en considérant les dossiers sur un mois + 15 jours. En effet, le délai de 15jours au début du mois n+1 permet de prendre en compte la facturation des dossiers produits à la fin du mois n.

⁵³ non suivies d'hospitalisation

I) Contentieux et traitement des rejets

Les rejets sont traités au fil de l'eau (annulation / ré-émission de titre), avec une priorité pour les particuliers menacés par une saisie et les factures les plus anciennes pour éviter qu'elles ne se prescrivent.

Les rejets concernant les hospitalisations sont traités par l'agent du BE qui a travaillé le dossier rejeté (il est identifié grâce à son code gestionnaire). Le service RDC gère les autres types de rejet. Lorsqu'il s'agit d'une simple erreur, comme par exemple un code débiteur inexact, le dossier rejeté est envoyé à la secrétaire médicale qui a créé le dossier (elle aussi identifiée via son code gestionnaire). Avant la mise en place de ce code gestionnaire, le rejet était envoyé directement au service concerné, ce qui faisait qu'une secrétaire pouvait se trouver à traiter le rejet d'un dossier qu'elle n'avait pas personnellement créé et ne l'incitait pas à beaucoup de diligence. Depuis, il s'écoule en moyenne quatre semaines entre la réception par le service contentieux d'un dossier en rejet et son retour.

Ce système a permis aux secrétaires de prendre conscience des conséquences en terme de surcharge de travail qu'un dossier mal rempli engendre. Elles sont désormais plus vigilantes à la qualité des dossiers valorisés, d'autant plus qu'elles pourront être amenées à les retravailler. Le service RDC traite la partie la plus complexe du contentieux généré par les secrétariats médicaux.

En 2006, il y a eu 6,5% de rejets sur l'ensemble des titres émis en facturation initiale. Pour les consultations externes, le taux de rejet serait de 10%, chiffre à considérer avec prudence car la facturation a été suspendue pendant 3 à 4 mois en 2006, suite à la mise en place de PSC. Il n'en reste pas moins que chaque mois, le service RDC émet environ 1077 titres par mois, qui correspondent au traitement des rejets contentieux⁵⁴ des consultations externes.

On peut penser que l'organisation adoptée au sein des secrétariats médicaux de consultations externes explique largement ce fort taux de rejet. En effet, il paraît illusoire, qu'étant donnée la complexité du travail de recueil des données administratives et de valorisation des dossiers, une secrétaire soit également en charge de la prise de rendez-vous ou de la saisie des comptes rendus médicaux. Très peu d'hôpitaux ont d'ailleurs adopté une telle organisation du travail. Au contraire, ils distinguent clairement les fonctions de « gestion administrative des dossiers patients », qui sont d'ailleurs souvent rattachées au BE, des tâches de secrétariat médical.

Concernant les consultations externes, les principales causes de rejet sont :

- erreur de débiteur (40%),

⁵⁴ étude sur 3 mois

- association d'actes non prévu (13,5%), c'est à dire une erreur de codage,
- Nom du médecin traitant absent (10%).

Les « n'habite pas à l'adresse indiqué » (NPAI) concernent environ 20 titres par mois, soit 0,18% des titres émis. Au 22 mai 2007, les titres non encaissés pour cause de NPAI étaient de 327 titres, pour un montant de 26 719 euros⁵⁵. Cette somme comprend des titres de 2005 (4 titres), de 2006 (238 titres) et de 2007 (85 titres). A l'heure actuelle, il n'existe pas de suivi mensuel des NPAI.

Les services à l'origine des plus forts taux de rejets semblent être l'accueil des urgences, la maternité et les consultations externes centralisées, mais pour le moment aucun relevé factuel n'a été effectué. Il n'est pas possible également de connaître avec exactitude le nombre de rejets par secrétaire gestionnaire. Il serait bon de mettre en place ce suivi et de communiquer à chaque secrétaire ses résultats afin de pouvoir organiser l'accompagnement de celles rencontrant le plus de difficultés. Au contraire, pour le BE, le taux de rejet par agent gestionnaire est calculé et permet à la responsable de faire ce type de suivi.

Il n'existe pas de convention avec la CPAM permettant un traitement plus rapide des rejets. Pourtant, l'assurance maladie a été identifiée comme l'un des débiteurs à l'origine du plus grand nombre de rejets. On estime que le taux de rejets pour l'AM est de :

- 12% pour les consultations externes,
- 5% pour les hospitalisations.

A noter enfin que lorsqu'un cas d'exonération du TM a été mal renseigné, la mutuelle rejette donc le titre, que le service contentieux doit alors annuler. Mais, aucun titre n'est ré émis à l'encontre de l'assurance maladie (AM), ce qui constitue un manque à gagner pour l'hôpital.

Si pour le moment, ce manque à gagner est moindre, il va fortement s'accroître compte tenu d'un financement T2A croissant. Il conviendra alors d'être plus vigilant et d'émettre à l'avenir ces titres de recettes à l'encontre de l'AM.

J) Le règlement

Concernant les règlements, il n'existe aucun système d'échanges formalisé avec la TP. Les agents du service n'ont pas connaissance des règlements effectués et doivent appeler la TP pour savoir si un titre a été réglé ou non.

⁵⁵ données TP

2.2.2 Les autres acteurs de la chaîne de facturation

A) Le Département d'Information Médicale

Le DIM réalise les missions suivantes à l'aide du logiciel Crossway :

- Groupage,
- Production des Groupes Homogènes de Séjour (GHS), Groupes Homogène de Malades (GHM),
- Production des Résumés de Sortie Standardisés (RSS), des Résumés de Sortie Anonyme (RSA)
- Préparation des fichiers Fich. Sup et Fich Comp.

➤ Missions du DIM relatives au codage

Un important effort de formation initiale au codage a été réalisé. Les axes de progrès concernent davantage la formation des secrétaires nouvellement arrivées qui sont formées « sur le tas », par leurs collègues. De plus, les deux médecins DIM ont prévu de mettre en place une formation spécialement adaptée à chaque service, à partir de l'été 2007. Trente dossiers seront piochés au hasard parmi les dossiers produits par le service, recodés par le DIM pour être ensuite comparés. Il s'agit de repérer les erreurs les plus flagrantes et de mettre en œuvre les formations adéquates pour les secrétaires et les PH, ainsi que d'inciter les médecins à saisir les actes et les diagnostics.

Le délai de codage a des conséquences importantes sur les délais de facturation. Le codage est réalisé en temps réel pour les actes externes. Pour les hospitalisations et le bloc opératoire, le délai moyen de codage est de 16 jours. 83% des actes, diagnostiques, etc sont codés avant 20 jours. Cependant, il convient de ne pas se fixer d'objectifs de délais trop ambitieux car la qualité du codage pourrait en pâtir, ce qui résulterait en une sur/sous facturation de l'activité.

Le délai moyen de production des RUM est de 16 jours. 80% des RUM sont produits en moins de 20 jours. Lorsqu'une unité fonctionnelle (UF) tarde à envoyer ses RUM, les secrétaires du DIM contactent les secrétaires médicales du service pour leur signaler le retard. Lorsqu'il ne s'agit que d'un nombre restreint de dossiers, ils sont codés directement par le DIM. Il s'écoule en moyenne une semaine entre la production des RUM et celle des GHS.

➤ Le codage des DMI (dispositif médical implantable) et MO (molécules onéreuses) payés en sus des GHS.

Pour les DMI, la cellule analyse de gestion récupère la consommation de la pharmacie à partir du logiciel eMagh2 (logiciel de suivi de la variation des stocks). Ce logiciel permet de savoir quelles UF ont consommé des DMI, mais ne permet pas de savoir à quels patients ces DMI ont été dispensés. Les données de consommations sont recensées dans Fichcomp. Puis elle recense ces DMI valorisés (auxquels on applique une majoration de 20% pour tenir compte de l'ensemble des taxes) dans le fichier Fichsup. Ces deux fichiers sont transmis via e-pmsi. Les MO sont soumises à une obligation de prescription individualisée depuis le 1^{er} juillet 2007. Les DMI auront la même obligation au 1^{er} octobre 2007. Ils font l'objet d'un recueil via quatre logiciels spécialisés⁵⁶. Par la suite ils seront directement saisis dans le logiciel « pharma » fin 2007 et dans celui « chimio » début 2008.

A terme, il faudra alimenter le logiciel de facturation Pastel avec les données sur les DMI et MO prescrits, les GHS et tous les suppléments facturables. Il faudra également définir les types de contrôles à mettre en œuvre. Pour le moment, l'exhaustivité de la facturation des DMI et MON est assurée par le DIM, la pharmacie et la cellule analyse de gestion.

➤ Contrôle de l'exhaustivité et qualité des données transmises au DIM

Au sein du DIM, les médecins se sont fixés comme objectif une exhaustivité des séjours codés à un mois + 20jours, ce qui leur laisse dix jours pour faire en interne les contrôles qualité et les corrections de fichiers nécessaires, avant transmission. Pour cela, ils éditent chaque semaine les taux d'exhaustivité du codage des séjours, par pôles et par UF. Cela leur permet de cibler les UF où il y a un problème de codage afin de contacter, si nécessaire, les médecins concernés. Les taux d'exhaustivité sont également diffusés tous les mois en commission médicale d'établissement (CME). Concernant l'activité externe, tous les mois, les rendez vous sans actes sont édités au sein du DIM et renvoyés aux différents services concernés pour qu'ils les complètent.

Selon le médecin DIM, le codage des actes est de bonne qualité. Au contraire, il existe des marges de progrès pour les diagnostics.

La qualité du codage est vérifiée a posteriori, via des contrôles mensuels lancés en routine pour les erreurs de groupage (incompatibilité actes / diagnostics). Il existe différents types de contrôles avec une plus ou moins grande finesse d'analyse. Certains contrôles a priori sont réalisés : ils permettent de bloquer la saisie de certains actes dans les services.

⁵⁶ un pour les médicaments dérivés du sang, deux pour les médicaments anticancéreux, un pour tous les autres médicaments autorisant un paiement en sus du GHS et un autre pour les DMI au 1^{er} octobre

Des contrôles par échantillonnage sont également réalisés ainsi que mentionné précédemment (sélection de trente dossiers...), mais, ce type de contrôle est ponctuel et ne porte que sur les séjours.

L'outil DATIM⁵⁷ qui permet une comparaison avec un établissement moyen est peu utilisé car trop consommateur de temps et n'a pas jugé être une priorité dans l'état actuel des choses.

La cohérence des séjours multi-RUM est vérifiée : la date de sortie doit coïncider avec la date d'entrée du séjour suivant.

Concernant la vérification de la cohérence des données médicales et non médicales, le contrôle réalisé cible essentiellement le repérage de certaines erreurs déjà rencontrées par le passé ainsi que les anomalies les plus importantes ex : accouchement chez un patient masculin.

Lorsqu'une erreur est détectée, le DIM est chargé de la correction, avec, si nécessaire un renvoi au service s'il y a un élément manquant. Les résultats de ces contrôles ne sont communiqués ni aux services ni aux pôles. Cependant, en cas d'erreurs systématiques dans un service de soins, celui-ci en est informé.

B) Le département informatique « patient »

Il existe peu de déperdition d'informations entre crossway et Pastel (entre 10 et 15 erreurs par jours). Ces erreurs sont essentiellement dues à la somme des informations traitées par le SIH et au grand nombre d'intervenants⁵⁸ mais se corrige très rapidement, ce qui n'entraîne pas de réels blocages. La correction est faite manuellement par le DIM ou par le département sous la responsabilité du DIM. De manière générale, il existe une bonne collaboration entre les deux services.

Il existe un référent Pastel au sein de la CSM et au sein du service contentieux et recettes diverses. Ces agents sont chargés de transmettre à l'informaticien les problèmes informatiques rencontrés sur le terrain. Ils sont également chargés du paramétrage du système de facturation utilisé par ces services. Le référent Pastel auprès des secrétariats

⁵⁷ Dépistage des Atypies de l'Information Médico-administrative : logiciel qui analyse automatiquement les fichiers de RSA des établissements.

⁵⁸ Il suffit par exemple qu'un mouvement soit effectué alors que le dossier était en train d'être traité par un tiers.

médicaux est en outre, chargé de leur formation en la matière et gère les questions d'identito-vigilance.

Le médecin DIM est responsable du paramétrage de Crossway. Il participe à la gestion de la sécurité informatique puisqu'il gère les habilitations des utilisateurs de Crossway (IDE, médecins...).

C) Le service social et la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)⁵⁹

➤ organisation du service de la PASS et du service social

Neuf assistantes sociales travaillent dans le service social du CHD. La PASS quant à elle comporte deux assistantes sociales.

Les assistantes de la PASS n'interviennent pas pour les patients relevant des services d'hospitalisation mais uniquement pour ceux des urgences et des consultations externes (CE)⁶⁰. Elles sont également sollicitées par le bureau des entrées (BE) pour des patients hospitalisés lorsque ceux-ci sont arrivés au CHD via les urgences. Les patients vus à la PASS viennent principalement pour l'ouverture de leurs droits sociaux ou pour recevoir des médicaments⁶¹.

Les autres assistantes sociales sont chacune en charge d'un secteur d'hospitalisation spécifique (un ou plusieurs services). Il n'y a pas de partage des tâches entre elles.

En cas d'absence d'une assistante sociale de la PASS, c'est l'assistante sociale d'addictologie qui assure son remplacement, et vice-versa. Ce système permet d'assurer une certaine permanence de l'accueil. Au contraire, il n'y a pas de système de remplacement mis en place par les autres assistantes sociales, ce qui explique que certains patients connaissant des problèmes d'ouverture de droits ne soient pas détectés.

➤ Fonctionnement de la PASS

⁵⁹ Les PASS ont été créées par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

⁶⁰ Elles sont globalement peu sollicitées par les CE : environ 2 à 3 fois par semaine.

⁶¹ La PASS intervient également dans la dispensation gratuite de médicaments de la pharmacie à usage intérieur aux patients du CHD (sans couverture sociale ou en attente de droits) munis d'une ordonnance établie par un médecin de l'établissement.

Elle se situe à proximité des Urgences, et, une fois les travaux terminés, elle sera localisée à l'intérieur même des Urgences, ce qui semble un élément positif. En 2006, 545 patients ont été vus en 2006, contre 605 en 2005.

Pendant les heures d'ouverture, les assistantes sociales de la PASS sont sollicitées par les équipes médicales et soignantes ainsi que par les secrétaires des urgences pour toute personne rencontrant des difficultés d'accès aux soins. Il leur arrive fréquemment de passer en service porte pour repérer elles-mêmes les patients qui pourraient avoir besoin de leurs services.

Pendant les heures de fermeture de la PASS, il existe un système de main courante sur laquelle les IDE, les médecins et les secrétaires des urgences peuvent inscrire les coordonnées des patients à contacter. A noter que ce système de main courante n'est pas mis en œuvre dans les services d'hospitalisation par les autres assistantes sociales alors qu'il gagnerait à être généralisé, notamment en l'absence d'un dispositif de remplacement des absences.

Hormis pour la PASS, il n'existe aucune procédure formalisée d'alerte des assistantes sociales par les secrétaires médicales ou le BE. En effet, depuis 2007, un protocole détaillant l'intervention de la PASS pour les malades hospitalisés ou les consultants a été formalisé. Cependant, il ne prévoit pas la manière dont ces assistantes sociales sont alertées des difficultés potentielles qu'un patient peut rencontrer pour l'ouverture de ses droits. Seul un mécanisme d'alerte par les secrétaires de l'accueil urgences a été prévu.

Une fois que l'absence de couverture sociale a été mise en évidence :

- S'il s'agit d'un patient hospitalisé, l'assistante sociale de la PASS envoie une fiche de liaison au BE pour qu'il puisse bloquer la valorisation du dossier (et donc la facturation) dans l'attente de la décision d'ouverture des droits. Dès que la décision est connue, le dossier est débloqué.
- S'il s'agit d'un consultant externe : c'est l'assistante sociale qui bloque et débloque le dossier dans crossway.

D) Le comptable public : la Trésorerie Principale

➤ Relations avec le CHD

Il n'existe pas à l'heure actuelle de convention entre la TP et le CHD mais il est prévu qu'il y en est une de conclue d'ici la fin de l'année 2007. Il n'existe ni réunions communes institutionnalisées, ni sessions d'information / de formation communes. La Trésorière le

déplore et souhaiterait d'ailleurs développer une culture commune. Cependant, les agents respectifs du CHD (bureau des entrées, RDC) et ceux de la Trésorerie se connaissent, ce qui facilite leurs relations.

➤ Le partage d'information en matière de facturation et de recouvrement

Il semble pour le moment limité, bien que des efforts récents aient eu lieu, sous l'impulsion de la TP.

Jusqu'à présent, il n'y a pas eu de demande formelle de la part du CHD de production des états de restes selon une périodicité fixe ou selon certains critères. Cependant, depuis l'arrivée en début d'année de la nouvelle Trésorière, des statistiques relatives au recouvrement amiable sont fournies mensuellement. De plus, la TP remet chaque mois un état de suivi des recouvrements et des restes sur les antérieurs, le précédent et le courant. Elle fournit aussi mensuellement au service « contentieux et recettes diverses » un suivi des réclamations⁶² car elle a constaté que les réclamations sur les titres n'étaient pas traitées dans un délai raisonnable.

La DFSI ne transmet pas de tableaux de bord concernant le suivi de l'émission des titres de recettes à la TP. La TP estime d'ailleurs que ce serait à mettre en place. Enfin, la TP rencontre des difficultés pour obtenir les renseignements utiles pour pouvoir engager le plus rapidement possible les voies d'exécution. Les réponses aux demandes d'adresse à corriger ou de numéro de sécurité sociale sont communiquées dans un délai relativement long (1 à 2 mois).

➤ Le recouvrement

La politique de recouvrement est définie de manière exclusive par la Trésorière. Le comptable actuel vient de mettre en place une position plus offensive de recouvrement. En effet, elle a choisi d'adopter une politique sélective des poursuites à l'encontre des particuliers et l'accélération des poursuites envers les mutuelles⁶³.

Cependant, elle peine à effectuer un regroupement des dossiers par type de débiteurs. Cette opération permet d'atteindre plus facilement les seuils à partir desquels les voies d'exécution peuvent être lancées. Le CHD doit affecter une lettre (Caisse, Etat, Mutuelles, Particuliers) à

⁶² Tableau reprenant le code empêchement (ex réclamations transmises à l'ordonnateur, demandes de suspension de recouvrement de l'ordonnateur), la nature du produit (hospitalisation, consultation...), le nombre de titres en souffrance et le montant.

⁶³ Désormais, elle cible le recouvrement des créances supérieures à 500 euros pour les particuliers (poursuites programmées mensuellement), ce qui permet de prioriser les saisies

chaque débiteur. Le système de poursuites est initié à partir du nom et regroupe donc les dettes d'un même débiteur lorsqu'il est classé dans la même catégorie « C », « P », etc. Cependant, il semble que souvent cela soit mal codé, ce qui limite quelque peu la portée de l'opération de regroupement.

En guise de conclusion partielle, on peut procéder à une analyse synthétique de la chaîne de facturation du CHD selon la méthode de la matrice SWOT⁶⁴ : forces / faiblesses / opportunités / Menaces.

➤ Forces :

- Le codage décentralisé des actes,
- La forte implication des acteurs du BE, des secrétariats médicaux, du RDC,
- La forte mobilisation de la TP : mise en place d'une gestion offensive du recouvrement,
- La responsabilisation des différents gestionnaires de dossiers via les codes gestionnaires,
- Les nombreuses régies et le fait que tous les agents ont qualité de régisseurs. Le BE demande systématiquement une avance de frais pour les patients étrangers ou 100% payant.
- Bon délai de facturation,
- Le bon fonctionnement de la PASS : bon articulation avec le secrétariat des urgences,
- Accueil administratif 24/24 aux urgences,
- Gestion attentive de l'identité-vigilance

➤ Faiblesses :

- Recueil des informations administratives (notamment l'identité patient) insuffisamment sécurisé,
- Fonction régie de recettes sous utilisée : trop peu d'encaissements, notamment en CE,
- Contrôle de la qualité du recueil de l'activité médicale à renforcer,
- Relations avec les services sociaux insuffisamment formalisées, sauf avec la PASS,
- Configuration physique de l'établissement pénalisante suite aux travaux de restructuration, signalétique peu visible,

que l'huissier doit effectuer. Concernant les mutuelles, elle a choisi de réduire le délai entre le commandement à payer et la saisie.

- Corps médical peu impliqué dans son ensemble,
- Fort taux de rejets contentieux, provenant d'une organisation des fonctions au sein des secrétariats de consultations externes peu judicieuse,
- Télétransmissions insuffisamment développées, notamment envers les mutuelles,
- Peu de communication entre les différents acteurs : entre les services de soins et le BE, entre le RDC et les secrétariats médicaux, entre RDC, BE et TP.

➤ Opportunités :

- La réorganisation en pôles de l'hôpital avec, en parallèle, le projet de réorganisation des secrétariats médicaux,
- Le plan de retour à l'équilibre renforce le caractère vital et prioritaire de la refonte de la chaîne de facturation,
- Un engagement fort de la direction, avec le projet « efficience de la chaîne de facturation et de recouvrement » mené par la Direction des Finances et du Système d'Information (DFSI),
- La mise en place récente d'outils de contrôle et d'analyse de la facturation et du recouvrement,
- Le projet de création d'une cellule qualité de la facturation.

➤ Menaces :

- L'hôpital est souvent synonyme de gratuité pour les patients,
- Contexte socio-économique local difficile,
- Réticence des agents à demander une pièce d'identité et un justificatif de domicile,
- Réticence des secrétaires médicales à encaisser en régie,
- Assistantes sociales peu concernées par la problématique du recouvrement.

Au regard de ces éléments, il semble que la situation du CHD en terme de facturation et de recouvrement soit loin d'être optimale. Le CHD n'a pris en compte la problématique du recouvrement que tardivement, ce qui le place dans une configuration défavorable au regard de la T2A. Cependant, il semble qu'une réelle prise de conscience soit en cours au niveau des différents acteurs de la chaîne de facturation, comme de la direction de l'établissement et une véritable attente de changement émerge. Outre, la situation de déficit budgétaire de l'établissement qui réclame des actions d'amélioration rapides, le moment semble

⁶⁴ Strengths/ Weaknesses / Opportunities / Threats

particulièrement propice à un changement de grande ampleur. Néanmoins, cette prise de conscience doit concerner l'ensemble de l'hôpital. Il conviendrait donc que des actions d'information sur les enjeux de la T2A soient menées à l'intention des hospitaliers, en particulier des médecins. La mise en œuvre de la gouvernance par pôle peut, de ce point de vue, être un vecteur particulièrement favorable.

Le CHD Felix GUYON ne manque pourtant pas d'atouts puisque son organisation favorise les encaissements au plus près de l'acte. Néanmoins, il s'avère que cette possibilité est très largement sous exploitée. La principale faiblesse de l'organisation vient du processus de recueil des informations administratives aux consultations externes qui génère beaucoup de rejets contentieux. Pour l'heure, il est difficile de se prononcer sur la qualité du recueil de l'information médicale car elle n'est encore que peu suivie.

De l'analyse du fonctionnement actuel de la facturation ressort donc un certain nombre de manques au regard des besoins et des attentes de la T2A. Ces insuffisances servent de base à la réflexion que nous mènerons pour dégager différentes propositions d'amélioration du circuit de la facturation.

3 Piloter et contrôler la chaîne de facturation en T2A : proposition d'axes d'amélioration

A partir de ce rapide bilan, on peut dégager des pistes d'amélioration s'inscrivant dans cinq grandes thématiques :

- Le pilotage,
- Les ressources humaines,
- L'organisation,
- La communication,
- Les relations avec les débiteurs institutionnels.

Cette analyse s'inspire très largement la méthodologie préconisée par la MEAH dans son chantier « organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés ».

3.1 Propositions d'axes d'amélioration

Il s'agira de prioriser les actions à mener, en gardant à l'esprit un souci de réalisme et de faisabilité. En effet, des actions trop larges ou trop ambitieuses sont souvent synonymes d'échec, avec le risque de démotivation que cela peut entraîner pour les acteurs impliqués. Si aujourd'hui les différents acteurs semblent solliciter le changement et se déclarent désireux de s'investir dans le projet d'optimisation de la chaîne de facturation, il convient de garder à l'esprit qu'ils n'ont pas oublié l'échec des fédérations, notamment les secrétaires médicales. La dynamique porteuse qui existe actuellement pourrait donc s'essouffler rapidement et au contraire engendrer des frustrations si rien n'est mis en œuvre ou si les résultats de la démarche se révèlent mitigés. Ce risque renforce l'obligation pour le management d'adopter une démarche lisible et participative étant donnée la complexité du sujet, mais surtout très volontariste car il s'agit de donner un signal fort aux différents acteurs de la chaîne de facturation.

Les plans d'actions retenus ont été priorisés selon une double exigence : le caractère prioritaire et stratégique au regard des dysfonctionnements constatés et la facilité de mise en œuvre. Ces plans d'actions ne sont que des propositions plus ou moins développées que les équipes devront s'approprier pour juger de leur pertinence et arrêter le cas échéant leurs modalités de mise en œuvre. Ce moment de réflexion devra permettre de faire émerger un programme d'action ainsi qu'un calendrier. Enfin, il a semblé nécessaire que ces plans d'actions s'inscrivent en cohérence avec la stratégie de l'établissement, ce qui constitue le premier gage de leur pertinence et de leur faisabilité. C'est pourquoi, on a veillé à ce que ces propositions s'articulent avec les projets en cours, et plus particulièrement celui intitulé « efficience de la chaîne de facturation et recouvrement » et celui d'intégration des secrétariats médicaux au sein des pôles.

3.1.1 Détails des propositions par grandes thématiques

A) Le pilotage

L'objectif est d'améliorer le pilotage et le suivi des activités liées au recouvrement des produits hospitaliers. Il se décline en deux items : l'élaboration de tableaux de bord et les actions de renforcement de la coopération entre les différents acteurs de la chaîne de facturation.

➤ Tableaux de bord : définir, mesurer et suivre des indicateurs caractérisant la performance de la chaîne de facturation. Ils devront faire l'objet d'un suivi mensuel.

Pour l'instant, il convient de se limiter à des indicateurs relativement généraux, en complément de ceux déjà suivis, afin de ne pas tomber dans un excès d'informations lourde à produire en routine et n'apportant que peu d'éléments de compréhension. Ces tableaux sont destinés à alerter sur un dysfonctionnement et accompagnent la mise en œuvre d'un projet (comme l'amélioration de la fiabilité de l'identité patient) dont ils permettent d'évaluer l'efficacité. Ils constituent donc des indicateurs de performance ciblés sur une problématique spécifique. De plus, ils permettent un suivi plus micro que le taux de recouvrement, indicateur à forte inertie. Ces indicateurs plus fins, notamment ceux par échantillonnage, présentent en effet l'avantage d'être plus sensibles et réactifs au changement, et permettront de mieux fédérer les équipes.

- Mesurer les délais moyens de facturation des consultations externes, urgences simples⁶⁵ et des hospitalisations.
- Mesurer le taux de rejet mensuel (nombre de factures en rejet / nombre de factures produites par mois), selon les trois grands types de prise en charge : hospitalisation / CE / urgence simples, puis par types de débiteurs. Il faudra également identifier les motifs de rejet retraités, dans le but de quantifier et d'expliquer le problème des rejets.
- La qualité du codage : contrôle par échantillonnage d'un lot de dossiers, en se focalisant sur les diagnostics et les co-morbidités associées. Ce contrôle doit également porter sur les dossiers de consultations externes.
- Evolution des encaissements en régie de recettes : le suivi mensuel de l'encaissement des recettes, par point de régie. Cet indicateur sera à élaborer en partenariat avec la TP.
- Taux de recouvrement à date (date unique) par débiteurs sera fourni par la TP, dans le cadre de l'échange d'information institué par le partenariat CHD-TP.
- Suivi de la qualité du recueil de l'identité des patients : mise en place d'un indicateur nombre de NPAI mensuel rapporté au nombre de patients facturés par mois, par grands secteurs de prise en charge.
Cet indicateur devra être bâti en collaboration avec la Trésorerie Principale, les agents du CHD ne disposant pas des éléments nécessaires à son élaboration.
- Suivi de la mise en place des pré-admissions : suivi mensuel du ratio dossiers pré-admis / entrées totales en hospitalisations

⁶⁵ c'est à dire non suivies d'hospitalisation

➤ Coordination inter-services : assurer un management homogène de l'ensemble du processus chaîne de facturation.

Il convient de mettre en place des réunions d'échanges : BE / Service social / PASS, RDC / Secrétariats médicaux. Ces réunions seront l'occasion de renforcer la collaboration entre ces différents acteurs en permettant une meilleure connaissance des interlocuteurs respectifs mais également d'exprimer les problèmes rencontrés.

Dans le même souci de collaboration, il convient de définir une convention de partenariat avec la TP, selon quelques axes :

- Formaliser les relations personnelles entre partenaires (rencontres de revue et analyse de dossiers, sessions de travail thématiques inter-services, réalisation de formations communes). La Trésorière semble d'ailleurs très intéressée par cette démarche.
- Développer le partage et améliorer la périodicité de l'information,
- Définition conjointe d'une politique globale des poursuites.

Il sera possible de s'inspirer de la convention de services comptables et financiers⁶⁶ mise en œuvre en 2005 au GHSR, si le CHD et la TP souhaite aller plus loin que la signature d'une simple convention de partenariat. Cependant, cela semble pour le moment prématuré, notamment en raison des importants dysfonctionnements de la chaîne de facturation du CHD qu'il convient de régler en préalable à tout projet.

B) Ressources Humaines

Il s'agit d'améliorer la gestion des ressources humaines et le niveau des compétences impliquées par le processus. Il convient de redéfinir les fiches de postes et le parcours de formation continue des agents. En effet, la méconnaissance des circuits administratifs et comptables, des enjeux, des outils comme des dispositifs juridiques de couverture sociale des patients est une cause majeure d'échec du recouvrement.

➤ Formation :

- Assurer une veille de la réglementation en matière sociale et de facturation :

⁶⁶ Ces conventions ont pour objectif de mettre en œuvre des prestations nouvelles et innovantes du Trésor Public destinées à faciliter et à alléger la gestion financières des EPS. Elles visent également à dépasser la classique séparation fonctionnelle ordonnateur-comptable afin de définir des actions communes aux deux parties, en privilégiant l'approche organisationnelle par chaîne d'activité.

Il convient de désigner une personne responsable de cette veille, qui sera également chargée d'en informer et plus généralement de former les autres agents. Cette veille apparaît comme indispensable car ces réglementations évoluent vite et se complexifient. Il semble que cette mission devrait être assumée par le chef de projet « facturation et recouvrement ».

- Organiser des formations périodiques de l'ensemble des agents administratifs du BE, RDC et secrétaires médicales chargées de la facturation sur le recouvrement et les procédures associées.

- Formation d'un référent informatique Pastel au niveau du BE pour la production des tableaux de suivi de la facturation. Ce référent fera parti de la cellule « qualité de la facturation » et assurera le rôle d'interface entre le BE et le service informatique.

- Saisie des actes : sensibiliser les médecins sur la problématique du codage.

- L'importance que le codage soit réalisé par les médecins et non par les secrétaires médicales a été maintes fois soulignée dans les études relatives à la facturation. On peut penser que cette proposition puisse être mise en œuvre par l'intervention conjointe du DFSI et du médecin DIM en CME et au sein des conseils de pôles.

- Amélioration des compétences des médecins sur la saisie des actes grâce à des formations organisées par le DIM et axées sur des problématiques spécifiques comme la saisie des diagnostics et des co-morbidité associées.

Ces formations existent déjà mais sont peu suivies par les praticiens. Face à ce manque d'intérêt, il pourra être profitable de s'appuyer sur le médecin responsable de pôle et les chefs de services comme relais pour inciter leurs collègues à y participer. Il conviendra ici de leur rappeler qu'à terme, les résultats du codage par pôle et partant des recettes générées seront utilisés comme un indicateur de la performance des pôles, et que, si en termes budgétaires l'activité réalisée est importante, son recueil fidèle l'est tout autant.

C) Organisation

L'objectif est d'améliorer l'efficacité de l'organisation.

- Réorganisation du travail au sein des secrétariats médicaux des consultations externes :

Cette proposition s'inscrit pleinement dans le projet de réorganisation des secrétariats médicaux au sein des pôles. Il s'agit de mettre en place une nouvelle division du travail entre les secrétaires médicales chargées des tâches de secrétariat médical⁶⁷ et les secrétaires chargées de l'accueil administratif, à l'exemple de ce qui est déjà pratiqué dans l'établissement en consultations externes centralisées. Il s'agit ici de diminuer le nombre de rejets contentieux en fiabilisant le recueil des données administratives. A l'avenir, il devrait donc y avoir deux métiers distincts, celui de secrétaire médicale et celui d'agent administratif d'accueil. Par souci de clarté, la suite du texte fera référence à cette nouvelle fonction sous terme d'agent et non de secrétaire médicale, bien que dans la réalité, ce poste sera effectivement occupé par une secrétaire médicale

Un patient ne pourra être vu en consultation tant que son dossier administratif n'aura pas été créé par l'agent du pôle accueil. Le recueil de l'activité médicale et son contrôle seront effectués par le médecin ou la secrétaire médicale directement dans le service de soin et lors de la consultation. Une fois la consultation terminée, le patient pourra alors venir payer en régie si nécessaire. L'agent d'accueil vérifie ensuite que le dossier est complet, le corrige si nécessaire et le valorise. Il est également responsable du traitement des rejets contentieux des dossiers qu'il a créés, comme c'est le cas actuellement avec le système du code gestionnaire, en relation directe avec le RDC.

Cette nouvelle organisation implique la création d'un pôle d'accueil administratif spécialisé pour chaque point de consultation externe (donc cinq pôles au maximum) ou selon, les effectifs et la disposition architecturale, un point d'accueil administratif couvrant différents types de consultations externes, qui serait sorte de secrétariat des consultations externes centralisées bis. La saisie et le codage des actes devront être effectués préférentiellement par les médecins ou, à défaut, par les secrétaires médicales des unités fonctionnelles.

Au sein de chaque pôle d'accueil administratif, un poste de coordinateur responsable de la facturation sera créé. Cet agent aura en charge la gestion des plannings de l'ensemble des agents relevant de l'accueil administratif, des remplacements, des besoins en formation continue, etc. La même organisation pourra être adoptée pour les secrétaires médicales, avec la désignation d'une secrétaire coordinatrice par pôle. Dans le projet d'intégration des secrétariats médicaux à l'intérieur des pôles, il est prévu de supprimer la CSM. Les questions relatives aux ressources humaines auparavant gérées par la CSM, devront être étudiées avec la Direction des Ressources Humaines pour décider des attributions précises du coordinateur responsable de la facturation.

⁶⁷ gestion médicale des dossiers, gestion des rendez-vous, certificats, arrêts maladie, ordonnances, saisie des courriers, archivage des dossiers...

Le coordinateur responsable de la facturation exercera également un rôle de relais avec le service informatique. Le signalement des doublons à l'agent chargé de l'identité-vigilance ainsi que les contacts avec le RDC ne doivent pas être centralisés. Au contraire, chacun des agents doit avoir accès directement à ces interlocuteurs. Il en va de même pour solliciter les assistantes sociales ou la cellule qualité de la facturation.

L'étude de la charge de travail des secrétaires médicales est un préalable nécessaire à la réorganisation de la fonction gestion de l'accueil patient au sein des secrétariats. Il s'agit de distinguer les effectifs nécessaires à la réalisation de cette activité ainsi que de redéployer les tâches entre les deux grandes fonctions. Il conviendrait également que les horaires d'ouverture des secrétariats coïncident avec les heures d'activité des médecins, et, si possible que les effectifs évoluent en fonction de l'affluence.

La création de cette fonction accueil administratif du patient pose la question de la rémunération des secrétaires qui accepteront ce poste étant donné que le salaire associé au grade d'agent administratif est moindre que celui de secrétaire médicale. Il semble donc raisonnable que les secrétaires qui accepteront ce type de poste conservent leur rémunération actuelle. Pour les recrutements à venir, il conviendra de s'interroger sur l'utilité de maintenir ce dispositif. De plus, désormais, seuls les agents d'accueil pourront percevoir l'indemnité relative à la qualité de régisseur de recettes. De même, la reconnaissance du nouveau poste de coordinateur responsable de la facturation implique que le grade d'adjoint des cadres lui soit associé car il est à craindre que, sans incitation financière, il y ait peu de volontaires pour assumer cette fonction. D'autres modalités d'incitation pourront être mises en place si nécessaire.

Il est possible de s'inspirer de l'expérience conduite par le GHSR en la matière ainsi que pour la mise en place d'une cellule qualité de la facturation.

➤ La mise en place d'une cellule qualité de la facturation

Un comité « qualité de la facturation » comprenant la responsable du bureau des entrées, du RDC, les coordinateurs responsables de la facturation en consultations externes, le responsable du département informatique patient, un médecin DIM, le directeur des affaires financières ainsi que le comptable public (ou son représentant), pourrait être constitué et réuni régulièrement. Animé par le chef de projet « facturation et recouvrement », ce comité aurait pour tâche de définir la politique générale à mettre en place en matière d'optimisation de la facturation et du recouvrement : choix des actions prioritaires à mener et des méthodes de travail à adopter. Ce comité permettrait ensuite de faire un point régulier sur les avancées

du projet et de décider des orientations futures. Lorsque le projet de restructuration de la chaîne de facturation sera plus avancé dans sa mise en œuvre, le périmètre de ce comité de pilotage pourra être réduit ou de configuration variable afin d'en alléger le fonctionnement. Pour le moment, étant donné la diversité et l'imbrication des domaines concernés, il convient que chaque « spécialiste » à son niveau de participation au processus de facturation et recouvrement y participe afin de s'assurer qu'aucune problématique ne soit oubliée. Le chef de projet sera en charge d'apporter une vision synthétique et de conduire les discussions.

La mise en œuvre des orientations retenues par le comité relèverait de la responsabilité du chef de projet « facturation et recouvrement ».

En parallèle du comité de pilotage, une cellule « qualité de la facturation » pilotée par ce chef de projet serait chargée de mettre en place la politique définie ainsi que de garantir la qualité du processus de facturation par une série de contrôles. Cette cellule aurait donc pour missions:

- production des indicateurs de pilotage : élaboration et exploitation des tableaux de bords, communication des résultats,
- contrôles aux différentes étapes-clefs de la chaîne de facturation : identito-vigilance, contrôle de la qualité des dossiers avant facturation, repérage des dysfonctionnements et alerte des différents responsables du BE ou des secrétaires coordinatrices responsables de la facturation,
- référents informatiques pour le BE et les secrétaires chargées de la facturation.

Ces agents pourront être amenés à se rendre dans les services pour proposer une aide ponctuelle ou une formation ciblée sur les difficultés rencontrées par les agents, à leur demande ou suite au repérage lors des contrôles de taux d'anomalies particulièrement élevés. Ils auront donc un rôle d'expert référent, chargés d'une mission de formation et de conseil auprès des équipes.

Cette cellule pourrait être composée de la personne en charge de l'identito-vigilance, de l'agent du RDC référent Pastel et d'un agent du BE qui serait formé aux requêtes informatiques, ainsi que d'un représentant du DIM.

Cette cellule serait pilotée par le chef de projet « facturation et recouvrement » qui aurait la responsabilité de la mise en œuvre et de la coordination des différents plans d'actions stratégiques. Il serait en outre chargé d'élaborer des protocoles communs à l'ensemble des agents chargés de l'accueil du patient, servant de guide pour la gestion des dossiers. Il aurait également la responsabilité de leur diffusion et application. Il s'agit ici d'homogénéiser les méthodes de travail et les procédures entre les différents services, dans un souci de fiabilité du recueil des informations administratives du patient, du développement du

paiement en régie, etc. Il serait enfin en charge de la veille juridique et de la diffusion des informations nouvelles y afférentes.

La cellule qualité comme le chef de projet seraient rattachés à la DFSI.

Il semble approprié que la responsable de la CSM soit désignée comme étant chef de projet. En effet, outre que son poste n'a plus de raison d'être suite à la dissolution de la CSM, elle connaît bien le fonctionnement des secrétariats médicaux de part son précédent poste et a l'habitude de travailler en collaboration avec le RDC et le BE ainsi qu'avec le DIM. Il pourra être nécessaire que cet agent puisse bénéficier d'une formation approfondie en matière de facturation afin de pouvoir assumer sereinement ses futures fonctions, en particulier son rôle de suivi des évolutions réglementaires en la matière.

➤ Vérification systématique de l'exhaustivité des dossiers médicaux patients avant leur archivage car les contrôles externes réalisés par les médecins inspecteurs s'appuieront sur ces dossiers. Il conviendra notamment de vérifier la présence du compte rendu opératoire et du compte rendu obstétrical.

Pour le moment, chaque secrétaire médicale est chargée de contrôler ses dossiers avant transmission au service chargé de l'archivage médical (sous la responsabilité du DIM), or celui-ci ne contrôle pas l'exhaustivité des dossiers réceptionnés.

La mise au point d'une check list est en cours d'étude. Il convient donc de relancer et de mener à terme ce projet.

➤ Encaissement en régie : favoriser et stimuler l'encaissement en régie.

Pour les patients ayant oublié leur carte de mutuelle, sans prise en charge ou étrangers, il convient de mettre en place un système de pré-paiement avant la consultation ou l'hospitalisation⁶⁸ ou de paiement en régie obligatoires. Le système des notes bloquantes seraient donc supprimé, sauf pour les patients faisant l'objet d'une demande d'ouverture de droits par l'assistante sociale. A défaut de paiement, leur admission doit être reportée, notamment pour les hospitalisations, sauf dans le cas d'une urgence médicalement constatée. Au préalable, il sera nécessaire d'afficher clairement, au niveau de chacun des points d'accueil des patients, les tarifs qui leur sont applicables.

⁶⁸ système déjà pratiqué pour les patients étrangers ou 100% payant, qui doivent verser une provision.

➤ Sollicitation des services sociaux : localiser et anticiper les problèmes d'ouverture des droits des patients en difficulté.

– Définir un protocole de sollicitation des services sociaux dès l'accueil du patient au BE ou à l'accueil des consultations externes : mise en place d'une « alerte sociale » pour réduire le nombre de patients ne bénéficiant pas d'une couverture sociale par négligence ou par ignorance.

– Informer par voie d'affichage les patients qu'ils peuvent bénéficier de l'aide d'une assistante sociale dans leur démarche d'ouverture de droits.

– Revoir les horaires d'ouverture de la PASS : assurer une permanence le matin, afin de pouvoir rencontrer les patients arrivés la nuit aux urgences, avant leur sortie du CHD dans la matinée.

– Réorganiser le fonctionnement du service social et de la CLEM de manière à maintenir une permanence d'accueil lors des absences et départs en congés. La mise au point l'année prochaine d'un dossier social informatisé partagé entre les assistantes sociales devrait permettre également de mieux coordonner leurs actions respectives et d'assurer un meilleur suivi des patients.

➤ Fiabiliser la gestion administrative des patients: mettre en place les pratiques permettant de limiter les erreurs ou lacunes du dossier administratif.

– Mettre en place une pré-admission systématique pour les hospitalisations programmées. Il convient tout d'abord d'identifier les secteurs d'hospitalisation où cette modalité d'admission n'est pas encore réalisée. Puis, il faut élaborer une procédure de pré-admission et la diffuser à l'ensemble des secrétariats médicaux. Cette procédure devra notamment prévoir que les secrétaires médicales du service où le patient est attendu, vérifient quelques jours avant son arrivée que sa pré-admission a bien été réalisée. Cette procédure implique également la réalisation d'une convocation standard où les documents à produire figureront clairement et où il sera précisé que, si le patient ne justifie pas de la prise en charge par un organisme tiers-payeur, une avance sur frais d'hospitalisation lui sera réclamée le jour de son hospitalisation.

Face aux difficultés de circulation dans l'établissement, une procédure de pré-admission dégradée peut être envisagée. Un dossier de pré-admission papier peut être remis ou envoyé au patient, en lui demandant de le retourner rempli avant sa date prévue

d'hospitalisation. Il conviendra de vérifier avec lui l'exactitude des informations saisies lorsqu'il viendra apporter sa carte vitale et de mutuelle au BE.

– Systématiser la demande de pièce d'identité et de justificatif de domicile :

Lors de la prise de rendez-vous, la secrétaire médicale doit demander l'adresse du patient, coordonnées téléphoniques⁶⁹ (fixe ou portable). Il faut également lui rappeler d'apporter une pièce d'identité, un justificatif de domicile⁷⁰, ses pièces justificatives d'ouverture de droits sociaux faute de quoi il devra obligatoirement faire l'avance des frais. Les agents du BE et des secrétariats médicaux doivent systématiquement demander ces pièces⁷¹.

L'ensemble des procédures relatives à l'admission d'un patient doivent être formalisées et recensées dans un guide de la gestion administrative des dossiers. Ce guide servira de référence unique pour tous les acteurs de la chaîne de facturation, afin de garantir une homogénéité des pratiques. Il sera élaboré et actualisé par le chef de projet « facturation et recouvrement », qui sera également chargé de sa diffusion et application.

Dans ce cadre, il convient également de redéfinir les modalités de recueil des données médico-administratives aux Urgences en instituant davantage de communication entre soignants, notamment l'IAO, et les secrétaires ainsi que la mise à profit du temps d'attente aux urgences des proches pour compléter les informations manquantes. Pour les patients amenés par les pompiers, la secrétaire devra aller vérifier et compléter les informations auprès du patient (si son état le permet) ou auprès des accompagnateurs.

Plus généralement, il convient de sensibiliser les équipes médicales et paramédicales à la recherche des renseignements.

– Instituer la transmission des services de soins au BE de la liste des patients hospitalisés sortant le lendemain pour que celui-ci vérifie que leurs dossiers sont à jour et complets. Il ne s'agit pas de mettre en place une nouvelle procédure mais de réactiver une existant déjà et qui a été délaissée au fur et à mesure, faute de rappels successifs. Cet exemple montre bien comme il est souvent difficile de pérenniser un effort. Il convient donc de cibler précisément

⁶⁹ en prétextant si nécessaire de pouvoir l'informer en cas de changement de programme imprévu.

⁷⁰ possibilité de dire que c'est pour lui adresser éventuellement des résultats d'examen.

⁷¹ l'article L.162-21 du code de la sécurité sociale permet aux établissements de santé de demander aux patients « d'attester auprès des services administratifs de son identité à l'occasion de soins qui lui sont dispensés, par production d'un titre d'identité comportant sa photographie ».

les actions à mettre en œuvre en évitant de se disperser et d'être vigilant quant à leur suivi dans le temps.

- Sensibiliser les soignants à l'importance de la saisie des mouvements en temps réel dans les services de soins. Cette action a déjà été menée en début d'année et semble avoir permis une amélioration de courte durée. Elle a été réalisée dans l'objectif d'une meilleure connaissance des disponibilités en lits de l'établissement, et donc à l'initiative de la Direction des Soins Infirmiers (DSSI). Une communication conjointe avec le BE permettrait de sensibiliser les cadres ainsi que les soignants sur les impacts d'une saisie tardive des mouvements en terme de facturation. Il convient au préalable d'identifier les services où le problème de la non saisie en temps réel des mouvements se pose avec le plus d'acuité afin de cibler les actions de communication. Une intervention sur ce sujet pourrait être également envisagée à l'IFSI afin d'éviter le réflexe qui consiste pour les IDE à se défaire sur leur cadre infirmier sous prétexte qu'il s'agit d'une tâche administrative.

- Flux de patients : optimiser le parcours des patients

- Il convient tout d'abord d'améliorer la signalétique dans l'établissement. Une action en ce sens a été menée en début d'année et a semblé efficace. Mais, il convient de la renouveler fréquemment afin d'actualiser la signalétique en fonction de l'avancée des travaux mais également parce que certaines affiches sont tombées ou bien sont devenues illisibles.

- Il convient d'étudier la localisation des points d'accueil et de sortie du patient au sein des nouveaux bâtiments afin de vérifier s'ils sont placés au plus près du parcours physique du patient. Le cas échéant et, lorsque les travaux d'aménagements n'ont pas été encore réalisés, il faudra s'interroger sur l'opportunité de revoir l'affectation intérieure des locaux (par exemple, placer les secrétariats à la place d'une chambre ou d'un bureau d'un médecin) sans pour autant modifier l'architecture d'ensemble.

- Flux d'information : il s'agit d'adapter le SIH aux contraintes de la facturation afin de simplifier les tâches des différents utilisateurs et éviter le plus possible la saisie manuelle, potentiellement porteuse d'erreurs.

- Intégration d'Urqual dans crossway et de LMX dans Pastel

- Interface à prévoir entre Pharma et Pastel et entre Chimio et Pastel

- Permettre la création automatique de dossiers à partir de la carte vitale : création d'une interface entre la carte vitale et Pastel

➤ Moyens matériels supplémentaires à prévoir :

Installer des bornes de mise à jour de la carte vitale aux consultations externes centralisées et à la maternité.

➤ Rejets et contentieux : gérer de manière plus efficace les retours

Identifier via le code gestionnaire, les secrétaires médicales à l'origine des plus forts taux de dossiers rejetés et mise en place des mesures d'accompagnement spécifique. Ce type de suivi est déjà réalisé au sein du BE par la responsable du BE.

D) Communication

L'objectif est d'informer et de sensibiliser le personnel mais également les patients aux enjeux du recouvrement sans l'opposer à la qualité des soins. En effet, l'amélioration du recouvrement se heurte à deux obstacles d'ordre culturel : l'idée assez communément admise que l'hôpital est gratuit et l'image dévalorisée des fonctions d'accueil et de facturation.

➤ Sensibilisation de l'ensemble du personnel : informer l'ensemble du personnel sur la T2A. Faire des interventions sur ce thème à l'IFSI situé dans l'enceinte du CHD pendant la formation des élèves infirmiers et lors des conseils de pôles. Les différentes réunions institutionnelles pourront être également mises à profit. On peut aussi penser qu'une rubrique du journal intérieur de l'établissement y soit consacrée, ainsi que sur l'intranet.

➤ Sensibilisation des patients : informer les patients sur le fonctionnement et le financement des établissements de santé

– Affichage : information sur le tiers payant, tarifs et parcours de soins, ainsi que sur l'obligation de présenter une pièce d'identité (rappel de la législation). Rappeler également que l'usurpation d'identité est un délit et avertir que l'établissement portera plainte pour « faux et usage de faux » auprès des services de police ou de gendarmerie compétents.

Ce dernier point est destiné à rester de l'ordre de la menace, car, le CHD ne fait pas signer son dossier d'admission au patient⁷². Or, en l'absence de signature, aucune mesure de poursuite et de recouvrement des sommes en jeu ne peut être envisagée.

⁷² à la différence de certains hôpitaux comme l'Assistance Public- Hôpitaux de Paris

Il convient également d'afficher clairement au BE, aux différents points d'accueil des consultations externes et aux urgences, l'obligation de paiement en cas de carte vitale ou de mutuelle manquante ainsi que la possibilité de faire appel à une assistante sociale pour effectuer une demande d'ouverture des droits.

– Mise à disposition de brochures sur ces mêmes thèmes dans les lieux d'accueil en plusieurs langues (français, créole, anglais, mahorais).

E) Relations avec les débiteurs institutionnels

L'objectif est de fiabiliser le recouvrement en améliorant les échanges avec les organismes d'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

➤ CPAM : optimiser les relations avec l'assurance maladie

Négociation d'une charte de partenariat, prévoyant notamment la mise en place de réunions périodiques avec les responsables locaux de l'assurance maladie (échanges, coordination, difficultés et modes de saisine en urgence). Dans ce cadre, il conviendra de nommer un référent établissement (le chef du projet « facturation, et recouvrement » par exemple) et un référent CPAM.

Une procédure de traitement des rejets B2 pourra être élaborée en collaboration avec la CPAM.

➤ Avec les organismes complémentaires

– Révision des conventions de tiers payants afin de réduire le champ des conventions avec les mutuelles métropolitaines.

– Dématérialisation des échanges :

Il faudrait mettre en place la télétransmission NOEMIE avec la TP et les principales mutuelles, c'est à dire celles générant les plus gros volumes de recettes. Cela permettra d'alléger le travail au niveau du service expédition et facilitera grandement les échanges CHD – mutuelles, sans compter les économies de papier et de frais de port.

➤ Avec les organismes étrangers

Il s'agit de dresser et d'actualiser la liste des organismes étrangers n'honorant pas leurs engagements. Les patients munis d'une prise en charge figurant sur cette liste seraient dés

lors tenus de verser à l'admission une provision dont le montant serait fixé en fonction de la durée prévisionnelle du séjour. A défaut de paiement, leur admission doit être reportée, sauf dans le cas d'une urgence médicalement constatée.

3.1.2 Priorisation des actions à mener

Ces cinq grands axes d'amélioration sont repris dans le tableau suivant et détaillés par projets. A chaque projet est associé un indice de priorité ainsi que des référents. Ces projets ont été priorisés selon une double exigence reprenant le caractère stratégique du projet ainsi que sa facilité de mise en œuvre compte tenu des difficultés précédemment énoncées. Il a été choisi d'appliquer une échelle allant de 1 à 5 pour l'enjeu stratégique que revêt le projet, le 5 correspondant aux projets présentant le plus d'intérêt pour l'établissement. Quant à la facilité de mise en œuvre, l'échelle ne court que de 1 à 3, le 3 représentant les projets pouvant facilement ou immédiatement être réalisés. Il a donc été choisi de privilégier le caractère stratégique d'un projet. En effet, il s'agit de faire preuve d'une démarche volontariste. Les difficultés de mises en œuvre ne doivent pas conduire à écarter certains projets fondamentaux, qui sont un préalable indispensable à la refonte de la chaîne de facturation, bien que délicats à mettre en œuvre car touchant aux organisations du travail. C'est le cas de la création de la cellule qualité de la facturation et plus encore de la réorganisation des secrétariats médicaux, d'autant plus que ce dernier projet s'inscrit dans une démarche plus large d'intégration des secrétariats au sein des pôles, ce qui renforce encore davantage son caractère prioritaire. On peut dire que la création de la cellule qualité de la facturation et la création d'un point d'accueil administratif au sein des secrétariats de consultations externes sont au centre de la réforme de la chaîne de facturation du CHD et conditionnent grandement le lancement et la réussite d'autres projets, comme l'élaboration de protocoles communs d'accueil patient. Si la mise en place de la cellule qualité devrait se faire sans difficultés majeures puisque agents concernés réalisent déjà plus ou moins les fonctions attendues, tel n'est pas le cas des centres d'accueil administratif en consultations externes. L'implication et les qualités de conduite de projet du DRH et de la DFSI seront donc fortement sollicitées.

axes et objectifs	référénts	action	importance stratégique	facilité de mise en œuvre	priorité
axe 1: pilotage					
tableaux de bord	cellule facturation	suivi des délais moyens de facturation, des taux de rejets mensuels	5	3	8
tableaux de bord	DIM	suivi de la qualité du codage par un contrôle par échantillonnage	5	3	8
tableaux de bord	cellule facturation et TP	évolution des encaissements en régie de recettes, taux de recouvrement par débiteurs, suivi du nombre de NPAI	5	3	8
coordination inter-services	BE/service social/PASS, RDC/secrétariats médicaux	réunions d'échange périodiques	4	3	7
collaboration CHD-TP	DFSI / TP	définition d'une convention de partenariat entre le CHD-TP	3	2	5
axe 2: ressources humaines					
postes et compétences	DRH / DFSI / chef de projet facturation	création des profils de poste "secrétaire chargée de la facturation" et "secrétaire coordinatrice responsable de la facturation"	5	1	6
postes et compétences	DRH / chef de projet facturation	organiser un plan de formation sur la T2A et la facturation	3	2	5
postes et compétences	chef de projet facturation	veille réglementaire en matière de facturation et de législation sociale	4	3	7

postes et compétences	DRH / DFSI	création d'un poste de référent informatique au BE et formation de cet agent aux requêtes informatiques	5	2	7
saisie des actes	DFSI / DIM	sensibilisation des médecins au codage par des interventions en CME, conseils de pôle	5	2	7
saisie des actes	DIM	formation des médecins ciblées sur les erreurs les plus fréquentes (ex oubli des CMA)	5	1	6
axe 3: organisation					
Suivi et contrôle de la chaîne de facturation	DIM/DFSI/chef de projet facturation	Création d'une cellule qualité de la facturation	5	2	7
fiabiliser la gestion administrative des patients	DRH / chef de projet facturation	réorganisation du travail au sein des secrétariats médicaux de consultations externes: création de pôles administratifs chargés de l'accueil et de la facturation	5	2	7
fiabiliser la gestion administrative des patients	chef de projet facturation	développement des pré-admissions (élaboration d'une procédure de pré-admission, diffusion, etc)	5	2	7
fiabiliser la gestion administrative des patients	chef de projet facturation	systematiser la demande de pièce d'identité et de justificatif de domicile	5	2	7
fiabiliser la gestion administrative des patients	chef de projet facturation	revoir les modalités de recueil de données médico-administratives aux urgences	5	1	6
fiabiliser la gestion administrative des patients	chef de projet facturation/DSSI	sensibilisation des soignants à l'importance de la saisie des mouvements en temps réel	3	1	4
fiabiliser la gestion administrative des patients	chef de projet facturation	transmission par le service de soins de la liste des patients sortant au BE	3	1	4

fiabiliser le recueil des droits sociaux	chef de projet facturation, responsable du service social	définir un protocole de sollicitation des services sociaux dès l'accueil	5	2	7
fiabiliser le recueil des droits sociaux	responsable du service social	adapter les horaires d'ouverture de la PASS et des services sociaux, assurer une permanence du service social	5	1	6
encaissement en régie	chef de projet facturation	affichage des tarifs applicables, systématisation du versement d'une provision pour les patients étrangers ou ne pouvant justifier d'une ouverture de droits	5	3	8
qualité du dossier médical	DIM	contrôle de l'exhaustivité des pièces du dossier médical avant archivage	3	2	5
flux d'information	DFSI	interface à mettre en place entre Urqual et Crossway, entre LMX et pastel, Pharma et Pastel et Chimio et pastel	4	2	6
flux d'information	DFSI	création d'une interface entre la carte vitale et Pastel	5	1	6
moyens matériels	DFSI	installation de bornes de mise à jour de la carte vitale supplémentaires	3	1	4
optimiser le parcours patient	chef de projet facturation et DTST	amélioration continue de la signalétique, étude de localisation des points d'accueil et de sortie du patient dans les nouveaux bâtiments	4	1	5
axe 4: communication					
sensibilisation des patients	chef de projet facturation	créer un affichage et mettre à disposition des brochures (information sur le tiers payants, les tarifs, l'obligation de présenter une pièce d'identité, etc)	5	2	7

sensibilisation de l'ensemble du personnel	chef de projet facturation, DSSI, DIM, DFSI	organiser des interventions à l'IFSI, au sein des conseils de pôles, etc	2	2	4
axe 5: relations avec les débiteurs institutionnels					
CPAM	DFSI, chef de projet facturation	négociation d'une charte de partenariat, mise en place d'un référent CPAM	2	2	4
organismes complémentaires	DFSI	révision des conventions de tiers payants	4	2	6
organismes complémentaires	DFSI	dématérialisation des échanges	5	1	6
organismes étrangers	chef de projet facturation	élaboration d'une liste des organismes n'honorant pas leurs engagements	3	3	6

Les actions d'amélioration proposées ci-dessus sont destinées à répondre aux problèmes prioritaires de la chaîne de facturation du CHD. Un des objectifs principaux est d'obtenir une diminution rapide des rejets qui provoquent un engorgement du service RDC et de limiter le nombre de créances irrécouvrables. Cela passe principalement par la réorganisation des fonctions accueil / secrétariat médical au sein des consultations externes mais aussi par des actions de sécurisation de l'identité patient lors de la constitution du dossier administratif. Les efforts doivent donc principalement porter sur la fiabilisation de l'accueil patient.

Cependant, quelque soit la priorité de mise en œuvre qui leur est accordée, tous les axes d'amélioration devront peu ou prou être abordés car, comme nous l'avons souligné tout au long de cette étude, la chaîne de facturation concerne des domaines et des acteurs très divers.

Cependant, si la mise en œuvre de ces propositions d'amélioration est un préalable incontournable, cela ne suffira pas à garantir à plus long terme l'efficacité de la chaîne de facturation. Elle ne constitue qu'une première étape, dont la mise en œuvre devra être évaluée. La seconde étape consistera à poursuivre et approfondir l'optimisation de la chaîne de facturation tout en pérennisant les efforts déjà réalisés. Il conviendra alors d'affiner le système de pilotage, en instituant un contrôle interne de la facturation, dont la cellule qualité ne constitue que les prémisses. Ce contrôle interne aura pour missions de :

- Sécuriser les recettes et fiabiliser la trésorerie,
- S'assurer que les référentiels métiers et procédures sont correctement appliqués,
- Evaluer les activités et les résultats de la chaîne de facturation,
- Repérer et identifier les principaux dysfonctionnements,
- Prévenir les risques organisationnels et financiers,
- Mettre en place le recadrage nécessaire et optimiser la chaîne de facturation.

En parallèle, un important travail de gestion des ressources humaines devra être effectué, avec par exemple la mise en place de recrutements adaptés à un profil « gestion de la facturation » ainsi que la poursuite de la formation continue.

Conclusion

Les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation, jusqu'alors minimisés par les systèmes de la dotation globale et de compensation des recettes manquantes du titre 2, ont aujourd'hui un impact immédiat et important sur l'état des finances globales de l'hôpital. Si par le passé, les établissements étaient peu incités à considérer l'optimisation de leur chaîne de facturation comme une nécessité, la logique de la T2A place désormais cette problématique comme une priorité. Désormais, le pilotage et le contrôle de la chaîne de facturation doivent permettre de sécuriser les recettes, de fiabiliser la trésorerie et de prévenir les risques du contrôle externe. Il s'agit donc, aujourd'hui comme pour les années à venir, d'un enjeu majeur, voire vital pour le secteur hospitalier.

La situation actuelle du CHD F.Guyon constitue le parfait exemple de cette problématique. L'environnement dans lequel se situe l'établissement, caractérisé par une population en situation de précarité économique doit encore plus l'inciter à être vigilant quant à sa chaîne de facturation, notamment au niveau de l'accueil administratif du patient, s'il veut pouvoir limiter ses créances irrécouvrables. De plus, sa situation de déficit budgétaire doit l'encourager à mieux facturer l'activité réalisée tout en continuant ses efforts de développement des activités nouvelles. Le réveil de la T2A a donc été quelque peu brutal et le contraint, comme de nombreux autres hôpitaux, à revoir son organisation du travail et l'adaptation de son SIH. Ce sentiment d'urgence et de nécessité a engendré une attente très forte des principaux acteurs de la chaîne de facturation quant au projet d'optimisation du processus de facturation. C'est sur cette note positive que l'on aimerait conclure car, même si la T2A reste encore un concept quelque peu mystérieux pour la plupart des agents, ils manifestent un réel désir d'en apprendre plus et ont bien compris les grands enjeux de la réforme. Toutes les réformes hospitalières n'ont pas eu cet écho par le passé.

Nul doute que le chantier de l'optimisation de la chaîne de facturation et du recouvrement des produits hospitaliers est destiné à s'inscrire dans la durée et repose bien sur une adaptation des organisations et de la culture hospitalière. En effet, d'après l'expérience du GHSR, il faut compter environ un an avant que les nouvelles organisations et méthodes de travail soient pleinement assimilées et considérées comme allant de soi.

Or, si optimiser la chaîne de facturation implique que le CHD revienne à son organisation, en terme de management, l'existence d'une demande forte de changement exprimée par les agents eux-mêmes est un atout considérable pour mener à bien une telle mission.

Bibliographie

Ouvrages :

ANGELLOZ-NICOUD M., *La réforme du mode de financement des établissements de santé. La T2A : les enjeux budgétaires et comptables*. Bordeaux. Les Etudes Hospitalières. 2005, 177p.

Documents officiels :

DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'ORGANISATION DES SOINS. Circulaire n° 2007-105 du 21 mars 2007 relative à la généralisation de la suppression du taux de conversion

MEAH chantier « organisation du recouvrement des produits hospitaliers dans les établissements publics et privés »2007.

- Rapport de phase 1, *Diagnostic et identification des premiers axes d'amélioration*, janvier 2007

- Rapport de phase 2 *Présentation des plans d'actions*, février 2007.

Groupe de travail DGCP / DHOS, *Guide des bonnes pratiques en matière de recouvrement des produits hospitaliers*, mars 2006.

GMSIH, *Rapport d'étude de l'organisation et du SIH cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en œuvre de la T2A – incidence de la T2A sur le recueil des actes et des données de séjour*, 2005

GMSIH, *Rapport d'étude de l'organisation et du SIH cibles et des niveaux d'évolution proposés pour la mise en œuvre de la T2A – PMSI et facturation*, 2005

GMSIH, *Guide de migration T2A vers l'organisation et le système d'informatisation cibles – incidences de la T2A sur le recueil des actes et données de séjour*, 2005

GMSIH, *Guide de migration T2A vers l'organisation et le système d'informatisation cibles – PMSI et facturation*, 2005

Articles de périodiques :

PFEIFFER M., MADELMONT F. « Refondre la chaîne de facturation dans un contexte de T2A ». *Revue Hospitalière de France*, Janvier-février 2006, n°508, p.44-50.

SALLES. F « Créances irrécouvrables et problèmes financiers des hôpitaux », *Revue Hospitalière de France*, Décembre 1994

Mémoires :

ALTMAN A., *Réforme du bureau des entrées, enjeux et problématiques de la facturation*, Mémoire ENSP 2006.

GUIBERT L., *Optimisation de l'organisation et du management des services d'accueil dans le contexte T2A : l'exemple du CHI de Fréjus / Saint Raphaël*, Mémoire ENSP 2006.

CAUHAPE J., *Le circuit de la facturation au CHU de Bordeaux : les réadaptations engendrées par la mise en place de la Tarification A l'Activité*, Mémoire ENSP 2004.

Documents internes au CHD Felix GUYON :

Rapport du comptable pour l'exercice 2006 établi par la Trésorière.

Documents d'autres CH :

GUIN F., *Guide de la gestion des dossiers d'hospitalisation*, APHP, 2004

Liste des annexes

- Annexe 1 : liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire (p. II)
- Annexe 2 : les indicateurs de la performance du recouvrement au CHD (p. III)
- Annexe 3 : les différentes prestations sociales en matière d'accès aux soins de santé (p. VI)
- Annexe 4 : les indicateurs de la facturation au CHD (p. X)
- Annexe 5 : caractéristiques sociologiques des patients accueillis au CHD et à la PASS (p. XI)
- Annexe 6 : exemple de grille d'entretien (p. XIII)

ANNEXE 1 : Liste des personnes rencontrées pour la réalisation du mémoire

Acteurs internes à l'établissement :

Mme Dindar, DFSI,

M.Bohrer, DIM,

M.Maillet, responsable du département informatique patient

Mme de Gêrus, responsable du BE

Mme Valéry et Mme Chamard, responsables de la CSM

Mme Soupaya, référent Pastel chargée de l'identito vigilance

M. Fauvette, responsable du RDC

M.Bourhis, référent Pastel et Mme Ho-Ting-Fat, agents du RDC

Les secrétaires de maternité, des consultations externes de laboratoire, d'imagerie médicale et de l'accueil des urgences

Mme Chirpaz, analyse de gestion

Mme Bénard, assistante sociale de la PASS,

Mme Dini, responsable de la CLEM

Acteurs externes à l'établissement :

Mme Guillomat, Trésorière Principale du CHD Felix GUYON

Mme Jourdain, responsable de la cellule qualité de la facturation au GHSR

ANNEXE 2 : les indicateurs de la performance du recouvrement au CHD

➤ Taux d'annulation par nature de débiteurs

Exercice d'émission du titre annulé	2002	2003	2004	2005	2006
Caisses	1,54	0,26	0,56	2,47	1,26
Etat	4,03	2,82	1,1	6,4	4,66
Mutuelles et tiers payant	1,8	1,61	1,46	1,4	1,71
particuliers	14,97	15,6	9,24	16,08	7,65

Source : données transmises par la TP, statistiques HTR au 21/05/07

Ces données sont à prendre avec prudence puisqu'elles ne sont que des statistiques cumulées au 21 juin 2007, le système ne permet pas de les obtenir à une date antérieure que celle du jour de la requête informatique.

➤ Taux de recouvrement :

Taux de recouvrement par catégorie de débiteurs	2004	2005	2006
particuliers ⁷³	30%	26%	53%
Caisses de sécurité sociale	51%	24%	57%
Mutuelles, aide médicales, divers	21%	8%	40%
Etat	94%	96%	95%

⁷³ Hospitalisés et consultants

Prestations entre Etablissements de santé	69%	33%	26%
Débiteurs divers	71%	22%	42%
TOTAL	50%	45%	70%

données TP, comptes de gestion et compte financier 2006

➤ Comparaison entre les taux de recouvrement réunionnais et ceux moyens nationaux :

Taux de recouvrement comparés (source nationale inca)

	2005 taux brut		2006 taux brut	
	Exercice courant	Exercices antérieurs	Exercice courant	Exercices antérieurs
3.2 Hospitalisés et consultants				
départemental	41	33	38	40
national	90	31	90	33
3.3 Autres débiteurs				
Départemental	71	51	82	71
national	96	53	94	46

Données transmises par la TP

➤ Les non valeurs

Catégories de débiteurs	Caisse Assurance Maladie	11 titres	3 829 euros
	Etat et collectivités publiques	38	37 284
	Mutuelles, assurances	124	63 369
	particuliers	5062	442 247
Catégories de produits	Consultations externes	4221	181 046
	Hospitalisations	923	346 387
	Divers	91	19 296
	Pensionnaires, hébergés	0	0
motifs	Créance minime	3660	106 308
	PV de carence	515	120 847
	Personne disparue	468	111 912

	Autorisation de poursuite non accordée ⁷⁴	50	89 834
	Poursuites sans effets	413	65 853
	Débiteur décédé	91	37 120
	Liquidation judiciaire	38	14 855
	surendettement	0	0
Tranches de montant	< 150 euros	4701	175 648
	De 150 euros à 534,99	392	100 663
	De 535 euros à 1000	81	61 302
	De 1000,01 à 2000	36	48 840
	De 2000,01 à 10 000	20	67 530
	> 10 000	5	92 746

Selon données transmises par la TP

➤ Les créances irrécouvrables

	2002	2003	2004	2005	2006
Rar ⁷⁵ sur exercices antérieurs (usagers) (compte 4141)	1235	1406	1377	1686	1216
Provisions pour dépréciation des comptes de redevables (Compte 491)	0	350	350	0	0
CI admises en non valeur (4152)	4 640	4 524	4 839	3 555	3554
Pertes sur CI (compte 654)	120	479	120	1438	1270

⁷⁴ le chef d'établissement peut décider de l'opportunité des poursuites.

⁷⁵ restes à recouvrer

ANNEXE 3 : les différentes prestations sociales en matière d'accès aux soins de santé

➤ **La Couverture maladie universelle (C.M.U.) de base et la C.M.U. complémentaire.**

La première est une protection maladie obligatoire pour les personnes résidant en France et qui ne sont pas déjà couvertes par un autre régime obligatoire d'Assurance Maladie. La seconde est une protection complémentaire (comparable à une mutuelle) accordée sur critères de ressources.

A) La C.M.U. de base

Pour bénéficier de la C.M.U. de base, la personne doit être en situation régulière, résider en France de manière stable depuis au moins trois mois et n'être pas déjà couvert par un autre régime obligatoire de Sécurité sociale. La C.M.U. de base n'est pas attribuée sous conditions de ressources, mais une cotisation est sera demandée si ses revenus dépassent un certain plafond.

La C.M.U. de base ouvre droit aux remboursements des soins et médicaments aux taux habituels appliqués aux autres assurés sociaux. Comme eux, le bénéficiaire de la CMU avance les frais puis l'Assurance Maladie le rembourse entre 35 % et 65 % du prix pour les médicaments, entre 60 % et 100 % pour les actes et prestations.

B) La C.M.U. complémentaire

La C.M.U. complémentaire possède tous les avantages d'une protection complémentaire ; avec, en plus, la gratuité et la dispense d'avance de frais chez tous les professionnels de santé pour vos soins remboursables. Pour en bénéficier, la personne doit habiter en France depuis plus de trois mois, être en situation régulière, et le revenu mensuel de son foyer ne doit pas dépasser pas un certain montant. Les soins seront pris en charge à 100 % sans avance de frais, y compris pour la part non remboursée par la Sécurité sociale et le forfait journalier hospitalier. En outre, les bénéficiaires n'ont pas à payer la participation forfaitaire d'un euro.

➤ **L'aide complémentaire santé**

L'aide pour une complémentaire santé consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire de santé individuel. Elle est accordée si

les ressources du foyer dépassent de moins de 20 % (au 1er janvier 2007) le plafond d'attribution de la C.M.U. complémentaire. Depuis 2006, un nouvel avantage s'y ajoute : la dispense d'avance de frais sur la part prise en charge par l'Assurance Maladie.

➤ **L'AME⁷⁶** est accordée aux étrangers sans titre de séjour, ayant plus de 3 mois de présence ininterrompue sur le territoire français et qui justifient de ressources annuelles ne dépassant pas le plafond applicable pour l'admission à la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire.

C'est une couverture de santé qui permet la prise en charge des dépenses de soins, de consultations médicales à l'hôpital, de prescriptions médicales et de forfait hospitalier, par application des tarifs servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie. Le bénéficiaire de l'AME est dispensé de faire l'avance des frais. Elle est presque systématiquement accordée.

Elle est attribuée pour un an, renouvelable. Elle peut être reconduite chaque année si, au terme de l'année d'admission, le bénéficiaire n'a pas quitté le territoire français et si les conditions pour en bénéficier sont remplies. Le renouvellement n'est pas automatique et il convient de renouveler la demande auprès de la CPAM avant la date d'expiration, ce qui explique pourquoi certains patients étrangers peuvent se retrouver sans couverture sociale si ils ne font pas ce renouvellement.

➤ **Les soins urgents⁷⁷** sont réservés aux étrangers en situation irrégulière ayant moins de 3 mois de présence sur le territoire français et non bénéficiaires de l'AME⁷⁸.

Ne sont pris en charge que les soins urgents, dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ou d'un enfant à naître et qui sont dispensés dans les établissements de santé.

Donc, sont notamment pris en charge :

- tous les soins destinés à éviter la propagation d'une pathologie à l'entourage ou à la collectivité.

⁷⁶ Article L251-2 du code de l'action sociale et des familles

⁷⁷ article L 254-1 du code de l'action sociale et des familles.

⁷⁸ demande non effectuée, demande en instance, ressources supérieures au plafond, défaut de justification d'une présence supérieure à 3 mois.

Ne sont pas visés les étrangers en simple séjour en France titulaires d'un visa court séjour ainsi que les ressortissants de l'Union européenne.

- tous les soins délivrés aux mineurs ne bénéficiant pas de l'AME sont présumés répondre à la condition d'urgence ;
- les examens de prévention réalisés durant et après la grossesse ainsi que les soins à la femme enceinte et au nouveau né ;
- les interruptions de grossesse pour motif médical ainsi que les IVG.

Sont intégralement pris en charge l'ensemble des frais (y compris le forfait journalier) relatifs à des soins dispensés en établissement de santé, en hospitalisation ou dans le cadre de soins externes, les bénéficiaires étant dispensés de l'avance des frais.

Postérieurement aux soins délivrés à l'hôpital, la circulaire prévoit que les médicaments sont pris en charge s'ils ont été prescrits lors de la délivrance des soins dans l'établissement et s'ils sont indispensables au succès du traitement engagé à l'hôpital.

Il revient à l'assistante sociale de déterminer si le patient s'inscrit ou non dans ce dispositif avant de faire la demande à la CPAM, ce qui n'est pas simple étant donné que les critères relatifs à l'urgence des soins peuvent être entendus de manière plus ou moins extensive.

➤ **Les différentes prises en charge intervenant dans les EVASAN.**

Le décret n 2004-942 du 3 septembre 2004 relatif à la protection sanitaire et sociale à Mayotte fixe les modalités de prise en charge des ressortissants mahorais par la Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte (CSSM) en matière de soins dispensés au cours d'une hospitalisation ou à titre externe.

Dans le cadre d'une evasan, la CSSM supporte tous les frais de transport et les frais de séjour résultant de cette évacuation dès lors qu'elle est validée par la Commission des évacuations sanitaires de Mayotte et que le patient est affilié à la CSSM. Cette commission se réunit deux fois par semaine et comprend des médecins du Centre Hospitalier de Mayotte (CHM), un responsable de la CSSM et un responsable de la DRASS. Elle examine selon l'état de santé du patient, les possibilités de prise en charge médicale existant au CHM si le patient peut rester au CHM ou doit être transféré vers la Réunion voire vers la métropole.

Pour les patients arrivés via EVASAN de Mayotte, il existe donc deux possibilités :

- soit le patient est mahorais et est pris entièrement en charge par la CSSM, mais après un délai de 3 mois, s'il est toujours présent sur le département, il doit acquitter de la part du ticket modérateur. En effet, à Mayotte il n'existe pas encore de système de tiers payant. Il doit donc faire une demande de CMU et CMU-C.

- Pour les patients étrangers (Comoriens et Malgache) habitants à Mayotte, ils sont couverts par l'AME DRASS pour une durée maximale de 3 mois, après laquelle, s'il se trouve toujours sur le sol réunionnais, il doit faire une demande d'ouverture des droits au titre de l'AME.

Les délais de traitement des dossiers sont variables, certains peuvent être très longs :

- 2 à 6 mois pour l'AME Drass

- 15j à 3 semaines pour l'AME

- 2 à 3 semaines pour la CMU C, sauf s'il y a demande de pièces

- Les soins urgents : en juillet 2007, la sécurité sociale traitait encore les dossiers de 2006. Il faut compter un an de décalage.

ANNEXE 4 : les indicateurs de la facturation au CHD

➤ **Taux d'exhaustivité mensuelle de facturation** : nombre de factures produites / nombre de dossiers produits (sur un mois)

secteur	hospitalisation	CE	urgences	laboratoires	imagerie
Taux d'exhaustivité au mois d'avril 2007	69,00%	65,7%	50,5% (ici 1mois + 15j)	68,9% (ici 1mois + 15j)	93,2% (ici 1mois + 15j)

➤ **Tableau de suivi de l'émission de titres**, suivi hebdomadaire.

Nombre de titres	Constaté en 2006	Prévisions 2007	Situation au 28/06/07	Retard constaté	Nombre de semaines restantes	Rattrapage par semaine	Nombre de titres à émettre par semaine ⁷⁹
Hospitalisation	26 824	28 000	13 085	14 538	26	35	573
Consultation ext	97 195	110 000	56 078	57 115	26	40	2155
Recettes diverses	1609	1800	483	935	26	16	51
total	125 627	139 800	69 646	72 588	26	91	2779

ANNEXE 5 Caractéristiques sociologiques des patients accueillis au CHD et à la PASS

Toutes les PASS des CH réunionnais ont le même fonctionnement et rencontrent les mêmes problèmes. Le CHD reçoit cependant, légèrement plus d'étrangers en situation irrégulière (proximité avec l'aéroport de Gillot) que le GHSR⁸⁰ tandis que celui-ci accueille des patients économiquement plus défavorisés.

84 % des patients vus en 2006 à la PASS avaient la nationalité française (92% en 2005)
Nombre de patients étrangers vus à la PASS : 16% en 2006 (8% en 2005) [dont plus de la moitié en 2005 était des étrangers en situation irrégulière, en 2006, ils étaient 35%. Les autres détenaient un visa touristique].

Il semble que les services où il y ait le plus de patients en situation irrégulière soient ceux de la maternité et de l'hémodialyse.

Situation sociale	2005	2006
Sans activité professionnelle	47%	44%
Absence de ressources ⁸¹	15%	18%
Bénéficiaires des minima sociaux	78%	61%
Dont RMI	33%	25%
Isolement social	3%	10%
Absence de logement	17%	10,9%
Logement précaire	13%	10,3%

⁷⁹ en routine on émet 2 688 titres par semaine, dont 538 en hospitalisation, 2115 en CE et 35 en recettes diverses

⁸⁰ Groupe Hospitalier Sud Réunion localisé à St Pierre et de taille comparable au CHD.

⁸¹ ⁸¹ jeune de moins de 25 ans non éligible au RMI, SDF désocialisé, étrangers en situation irrégulière

Globalement, en 2006, le CHD a accueilli moins de SDF car les travaux ont conduit l'établissement à fermer la douche qui leur était offerte.

Type de problèmes rencontrés par les patients vus à la PASS	Année 2005	Année 2006
administratifs	18%	22%
Accès aux soins	19%	7,2%

Raisons évoquées par les patients :

Obstacles	2005	2006
Administratifs (sans papiers)	30%	18%
Economiques ⁸²	9%	7%
Fonctionnels	2%	3%
Socio-culturels (langue, méconnaissance des dispositifs auxquels le patient peut prétendre..)	10%	4%
Précarité sociale (situation d'exclusion, problème de toxicomanie, violence conjugale...)	47%	49%

ANNEXE 6 : exemple de grille d'entretien

Grille utilisée pour le BE :

1. Organisation générale du service :

Combien d'agents sont affectées au BE ?

Les effectifs présents évoluent-ils selon l'affluence ?

Les agents sont-ils polyvalents ou spécialisés (accueil/ gestion des hospitalisation / facturation) ?

Organisation des tâches : est ce qu'il y a un système où chaque agent est référent pour plusieurs UF, toujours les mêmes ??

Les fiches de poste sont elles exhaustives ? Actualisées ?

Les agents sont ils confrontés à des patients ne parlant pas Français ? quelle solution est mise en œuvre (appel à un interprète..)

Comment les agents sont ils formés / informés pour suivre l'évolution de la réglementation sociale ?? pour la T2A ???

Quelles formations / informations sur la T2A ???

Pensez vous que les agents disposent d'une vue générale sur l'ensemble de la chaîne de facturation et de ses acteurs ? des conséquences de la qualité de leur travail sur la facturation ?

Se sentent ils concernées par la problématique du recouvrement ?

- Accueil

Combien de personnes sont accueillies par jour ?

Existe-t-il des pics de passage selon les heures de la journée ?

Les horaires d'ouverture du bureau des entrées (BE) coïncident-ils avec ceux des services de soins ?

Le week-end ?

2. Admission :

– quelles sont les types de venues traitées au BE ? (pré admission, admission programmée)

⁸² certains patients n'ont pas les moyens financiers de faire la demande de titres de séjour, or ce

- connaît on le taux de préadmission / admissions (2 ratios, un global pour l'ensemble du CHD, un par service).
- Comment explique t on que certains services ne disposent pas d'une procédure de pré admission ?
- A quel niveau sont faites les prises de rendez vous (secrétariats médicaux...) ? que demande t'on au patient de ramener lorsqu'il se présente au BE (carte vitale, carte de mutuelle, lettre du médecin traitant...)?
- Quelle est la marche à suivre lorsque le patient se présente sans convocation ?
- Comment le BE s'informe t-il auprès des services de soins que le patient est bien attendu ?
- Un patient peut il se présenter dans un service de soins (d'hospit) sans être passé auparavant par le BE ?? si oui, est ce que ce sont les secrétaires médicales qui font son admission ou bien le renvoient elles au BE ??
- Support utilisé pour réaliser l'admission : crossway ??
- Chaque patient fait-il systématiquement l'objet d'une ouverture de dossier administratif (même lorsqu'il s'agit de soins gratuits) ?
- Existe-t-il des protocoles différents selon qu'il s'agisse d'une première venue ou d'un patient déjà connu de la base de données (comment sont réalisées les mises à jour) ?
- Fait-on une recherche du dossier patient lorsque celui-ci déclare être déjà venu (gestion des antériorités des venues, des doublons...) ?
- Qui gère les doublons (BE ou appel à Mme Carpaye) ?
- L'ensemble des services « régie autour du patient » (ex télé, téléphone..) sont-ils proposés systématiquement au patient? Sont ils gérés par l'agent qui fait l'admission ou bien par un autre agent spécialement chargé de cette mission ?
- Vis-à-vis du Parcours de Soins Coordonnés (PSC) : comment fait-on pour savoir si le patient s'inscrit dans ce dispositif? Le nom du médecin traitant est-il systématiquement demandé ?
- Certains modes de prise en charge donnent ils lieu à une procédure particulière d'accueil (ex evasan, transfert inter établissement, HàD, Hdj) ?

▪ **Identification des patients :**

- Vérifie-t-on systématiquement l'identité du patient ? Comment (carte d'identité, justificatif de domicile...) ?

titre est nécessaire pour pouvoir faire une demande d'ouverture des droits à la CMU

- Comment assure-t-on la fiabilité des données liées à l'IPP (vérification par le patient de l'exactitude des informations saisies, photocopie de la carte d'identité...) ?
- Quelles sont les procédures à suivre lorsqu'il s'agit d'un patient étranger ? Combien de patients cela représente t-il par an ?
- Cas d'usurpation d'identité, sont ils fréquents (combien) ?
- Certains patients refusent ils de donner leur identité ?? quelle est la procédure à suivre ??
- La qualité de l'identification des patients fait-elle l'objet d'une attention particulière dans le service (formalisation de procédures spécifiques et formation du personnel à ces procédures, tableau de bord de suivi...) ?

▪ **Recueil des informations relatives aux droits sociaux :**

- Chaque poste dispose-t-il d'un lecteur de cartes vitales ?
 - Existe-t-il des bornes de mise à jour ?
 - Comment les droits sociaux sont ils recueillis ? saisie dans Pastel ? photocopie pour archivage ??
 - Pour un patient déjà connu, la validité des droits est elle systématiquement vérifiée ?
 - Quelle est la procédure utilisée pour savoir si une mutuelle est conventionnée ou pas ? comment les agents sont ils avertis des nouveaux conventionnements ? qui est chargé de la mise à jour ??
 - Qui renseigne le risque exonérateur du TM ?? sur quelles informations ??
 - Le service social ou la PASS sont ils systématiquement sollicités lorsqu'un problème d'ouverture des droits est détecté ?
 - Y a t'il une procédure formalisée articulant l'intervention du BE et de la PASS ? (ex fiche de liaison)
- Combien de dossiers en AME ?? quels sont les problèmes rencontrés avec les services de la Ddass Etat.

▪ **Exhaustivité des données :**

- Vérifie-t-on les données saisies lors de l'admission ? Comment (contrôle informatisé, manuel) ?

3. Gestion des dossiers

▪ Lorsque le dossier administratif est incomplet :

- Comment la gestion des dossiers incomplets est-elle organisée ?
- Combien de dossiers cela représente t-il ?
- incertitudes sur la prise en charge de la mutuelle : comment les mutuelles sont-elles contactées (courrier, télétransmission...) ?
- demandes particulières de prise en charge (ALD, affections multiples...) : qui les renseignent (les services de soins) ? sous quelle forme (courrier...) ?

4 Mouvements patient intra établissement :

- Qui les saisit ?
- Comment les services de soins renseignent le bureau des entrées?
- Celui-ci effectue t-il une vérification ? La vérification est-elle réalisée quotidiennement/autre fréquence ?
- Combien d'opérations de correction en résultent ?
- Quelles conséquences les erreurs de saisies ont ils ?

5. Le recueil de l'activité médicale

- Qui est chargé du codage des actes ??? (les services de soins ??)
- Les agents du BE réalisent ils la saisie de certains actes ?

6. la réalisation de la sortie

- Sous quelle forme la déclaration de sortie faite par le médecin est-elle transmise au service des admissions?
- Déclarations d'état civil : quelles sont les tâches effectuées par les agents en cas de naissance / décès ? certaines de ces tâches pourraient elles être effectuées par un autre service (agent d'amphithéâtre, état civil de la commune...)

7. les encaissements en régie

- tous les agents ont ils qualité de régisseur de recettes ?

- les horaires d'ouverture de la régie coïncident-ils avec les horaires du BE ?
- **Régie patient**
 - Où sont-elles placées ?
 - Quels produits ou services hospitaliers sont recouverts en régie ?
 - Dans certains cas (patients étrangers / sans mutuelle), demande-t-on aux patients de payer une avance ?
 - Un patient peut-il bénéficier de modalités de paiement échelonnées ?
 - Quels sont les moyens de paiement mis à la disposition des patients ?
 - Le patient peut-il verser des acomptes/ prépaiement ?
 - L'application de facturation peut-elle émettre des avoirs en cas de sur-paiement ?
- **Régie pour les autres utilisateurs**
 - Où sont-elles placées ?
 - Quels produits ou services hospitaliers sont recouverts en régie ?
 - Incite-t-on les usagers (famille, stagiaire, ...) à profiter de ces services
 - Quel type de paiement est mis à leur disposition ?
- **Prestations inter-établissements / Transferts**
 - Les établissements avec lesquels les échanges sont réalisés ont-ils été recensés ?
 - Connaît-on les raisons et la fréquence des échanges ?
 - Quelles sont les difficultés rencontrées ?
 - Quelles sont les procédures existantes en matière de transfert et de prestations inter-établissements ?
 - Font-elles l'objet d'une formalisation ?
 - Sont-elles partagées avec les établissements partenaires ou un tiers identifié ?
 - Ont-elles été élaborées en commun ?
 - Comment cela se traduit-il en termes de circuit de l'information (informatisation des échanges sur les prestations réalisées, sur les données médicales ou paramédicales et non médicales ?) ?

9 Valorisation

- Comment le BE reçoit-il les éléments sur lesquels baser la facturation ?
 - Doit-il saisir certaines informations (données médicales relatives aux prestations) ?
 - Valide-t-on la réception des données (GHS) transmises par le DIM ?
- Quelle est la fréquence de valorisation des dossiers ? dossier valorisé dès la sortie du patient ??
 - Qui valorise ?? l'agent gestionnaire du dossier ??
 - Comment les valorisations sont-elles contrôlées ?
 - Ce contrôle permet-il de réduire efficacement le taux de rejet des factures ?
 - Lorsqu'une information est manquante / erronée
 - Comment se passe sa recherche ?
 - Le contact avec le service à l'origine du défaut de renseignement : comment se fait l'alerte (téléphone, informatique) ?
 - Existe-t-il au sein du service de facturation une personne référente chargée des recherches d'informations manquantes ou bien chaque agent fait il les recherches concernant le lot de dossier qu'il a à traiter ?
 - Combien de temps le traitement global d'une erreur nécessite-t-il (processus global : détection, signalement, correction par le service, retour de l'information) ?

10. facturation

- comment se passe la répartition du travail avec le service de M.Fauvette et notamment le service expédition ??
 - quel est le calendrier de facturation des hospit ?? Le calendrier est il respecté ??
qui est responsable du respect du calendrier de facturation ?
comment s'expliquent les retards de facturation ?
- Cas particulier des facturations annexes :
 - Les rétrocessions de médicaments : sont elles traitées par le BE ??
 - Pour les DMI, MO ???
 - Factures annulées – remplacées : quelle est la marche à suivre ? Combien de temps cela prend –il ?
 - Qualité de la facturation :
Existe-t-il des tableaux de bord de suivi de la qualité des flux (nombre de dossiers en cours, nombres de dossiers consultés, durée du traitement avant facturation...) ?

11. traitement des rejets

- Comment sont traités les rejets de factures (réception au service recettes diverses et contentieux qui envoie les rejets du BE au BE, traitement par l'agent qui a géré le dossier rejeté ?? ou par une personne spécialement chargée de cette mission) ?
- Quel est le pourcentage de factures (en nombre et en montant) faisant l'objet d'un rejet ?
- Certains rejets font-ils l'objet d'un traitement particulier et prioritaire (ceux en provenance de la CPAM) ?
- Quelles sont les causes majeures des rejets de factures ? (ex : erreur de débiteur, NPAI...) ?
- Calcule-t-on le taux de rejet par agent gestionnaire ???

11. le contentieux

- Combien y a-t-il de réclamations par jour ?
- Comment sont-elles traitées (accueil téléphonique, physique), selon les mêmes horaires d'ouverture que le BE ?
- Quelles sont les principales explications des réclamations ?

12 questions diverses :

- relations avec les autres services :
 - quelles sont les relations avec le DIM ?
 - avec la TP

le BE a-t-il connaissance des règlements effectués ??

- est-ce que vous avez le sentiment que beaucoup de patients considèrent que l'hôpital est gratuit ?